

# Liechtensteinisches Landesspital

## Qualitätsbericht 2018



Nach der Vorlage von



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2018.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2018

Frau  
Rahel Simmen  
Leitung Qualitätsmanagement  
00423 235 44 81  
[rahel.simmen@landesspital.li](mailto:rahel.simmen@landesspital.li)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.5 Registerübersicht .....	14
4.6 Zertifizierungsübersicht Der Entscheid für eine Zertifizierung ist gefallen und die Vorbereitungen darauf sind gestartet.	
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>15</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>16</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	16
5.2 Eigene Befragung .....	17
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär .....	17
5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant .....	17
5.3 Beschwerdemanagement .....	18
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>19</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>10 Operationen</b> Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>19</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	19
<b>12 Stürze</b> .....	<b>21</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	21
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>23</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	23
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	

17	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	<b>Projekte im Detail</b>	<b>25</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
18.1.1	Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems	25
18.1.2	Digitalisierung Meldesysteme	25
18.1.3	Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier	26
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018	26
18.2.1	Projekt QPR	26
18.2.2	Konzept pQRM	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	26
18.3.1	Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems	26
19	<b>Schlusswort und Ausblick</b>	<b>27</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b>	<b>28</b>
	Akutsomatik	28
	<b>Herausgeber</b>	<b>30</b>

## 1 Einleitung

Das Liechtensteinische Landesspital ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung und verfügt über rund 40 stationäre Betten. Als medizinischer Grundversorger in Liechtenstein beschäftigen wir 166 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Frauenanteil lag im Jahr 2018 bei 72%. Auf Führungsebene betrug dieser per 31. Dezember 2018 48% (Vorjahr 52%). Zur Führung werden Spitalleitungsmitglieder und Abteilungsleiter gezählt, welchen mindestens ein Mitarbeitender unterstellt ist.

Das Landesspital ist von der SIWF / FMH anerkannt, um Ärzte auszubilden und bietet zusätzlich Ausbildungsplätze in den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft, Kaufmännischer Bereich und Gastronomie an.

Qualität betrifft uns alle und ist in all unserem Tun das Leitmotiv. Als modernes Regionalspital unterhalten wir eine vertikale Kooperation mit dem Kantonsspital Graubünden in Chur, ein ausgewiesener Servicepartner, welcher über ein breites und qualitativ hochstehendes medizinisches Angebot in allen Bereichen der modernen Medizin verfügt. So können der liechtensteinischen Bevölkerung mehr qualitativ hochstehende Leistungen im eigenen Spital – also im eigenen Land – ermöglicht werden.

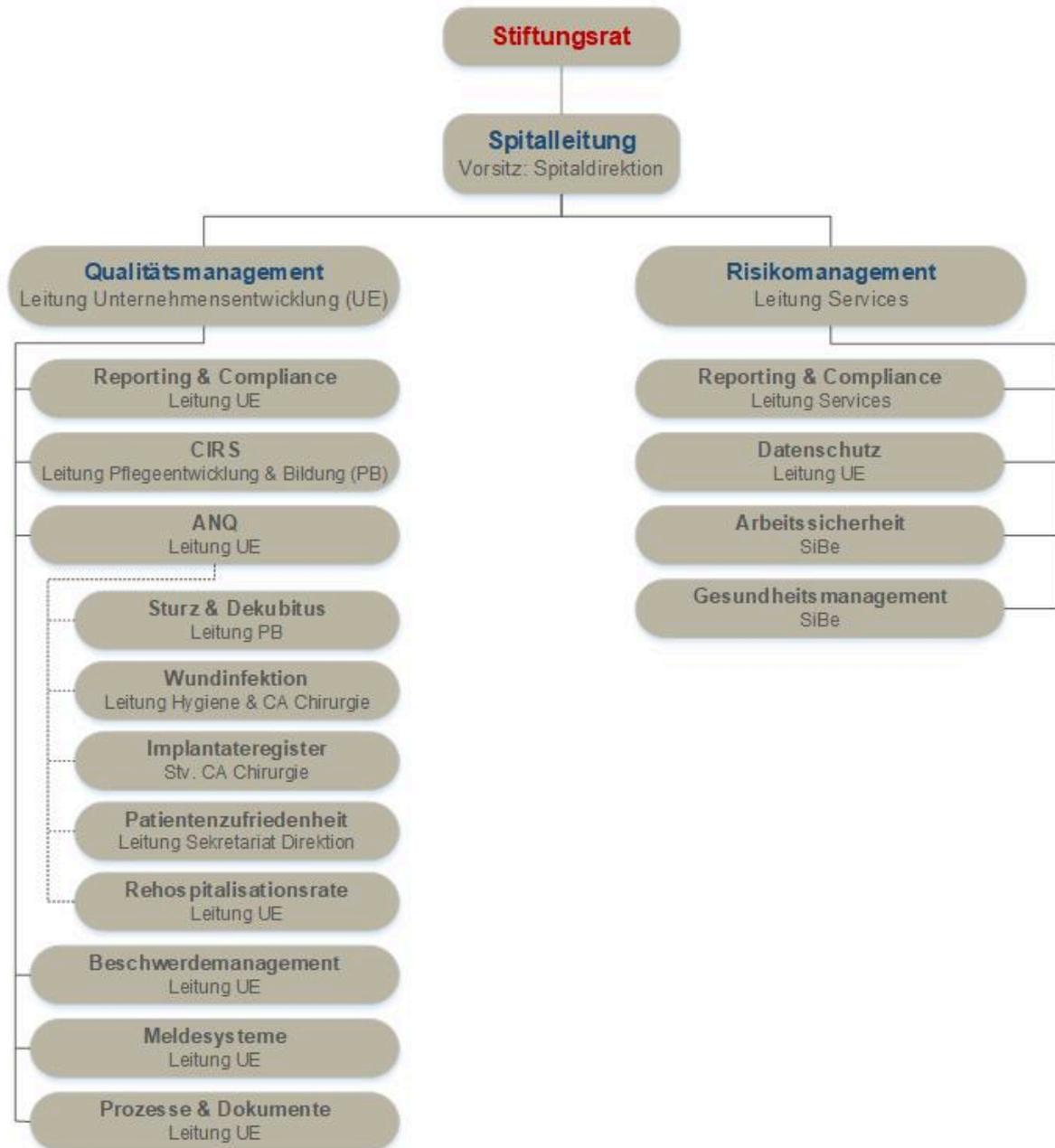
Das Landesspital arbeitet mit einem hybriden Betriebsmodell, dass sowohl das Chefarzt- als auch das Belegarztsystem einschliesst.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

#### Organigramm Qualitäts- und Risikomanagement per 01.04.2018



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Rahel Simmen  
Leitung Qualitätsmanagement  
00423 235 44 81  
[rahel.simmen@landesspital.li](mailto:rahel.simmen@landesspital.li)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch des Liechtensteinischen Landesspitals ist ein Leistungsversprechen, das in der Strategie festgehalten wird. Basis dafür bilden die gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag mit H+.

Jährlich im Juni halten der Stiftungsrat und die Spitalleitung eine gemeinsame Strategieklausur ab. An dieser werden aufgrund diverser Inputs und Analysen (z.B. Trendanalysen, Statusberichte, SWOT und Profitcenter-Rechnung) sowohl die Mission, die Strategie als auch die Werte überprüft und nach Bedarf angepasst. Sie werden in der Balanced Scorecard festgehalten.

Die strategischen Erfolgsfaktoren (Schwerpunktziele und Mitarbeiterziel) und die strategischen Absichten und Initiativen (Projekte, Vorhaben, Beschaffungen, operative Umsetzungen etc.) werden für das Folgejahr festgelegt. Zur Konkretisierung spezifischer Fragestellungen können Teilstrategien formuliert werden (z.B. Qualitätsstrategie, Produktstrategie). Die Qualitätsstrategie des Liechtensteinischen Landesspitals ist im strategischen Handlungsfeld der BSC im Bereich Prozesse & Qualität verankert.

Wir nehmen unsere Verantwortung für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung der Leistungserbringung und in der Patientensicherheit wahr. Qualität ist dabei Ausdruck unserer Orientierung an der Patientin / am Patienten und direkter Massstab für unsere tägliche Arbeit. Die Qualität muss sichtbar sein und in einem ständigen Kreislauf verbessert werden (PDCA-Qualitätskreislauf).

- **„Qualität betrifft uns alle“** (Hauptbotschaft) neben der LLS-Botschaft **„Ihr Vertrauensspital und zentraler medizinischer Grundversorger in Liechtenstein“**
- Patientinnen/-en und Kundinnen/Kunden stehen im Zentrum unseres Handelns. Dies zeigt sich im bestmöglichen Erfüllen von Bedürfnissen, aber auch in der Freude der eigenen Arbeit und das Einbeziehen der Unternehmenskultur.
- Wir übernehmen aktiv Verantwortung und verbessern uns stetig (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess **KVP**). In Eigenverantwortung zu handeln heisst auch: Wir übernehmen aktiv Verantwortung.
- Wir leben vor. Durch das beispielhafte Verhalten der täglichen Arbeit lebe ich Qualität vor.
- Wir handeln unternehmensbezogen. Eine hohe Fachkompetenz, ein sehr gutes soziales Verhalten und Verantwortung übernehmen heisst auch: Wir handeln gemeinsam im Team - unternehmensbezogen.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2018

Im Jahr 2018 wurden verschiedene Themen mit Qualitätsschwerpunkten angegangen. Eine Auswahl daraus nun folgend notiert:

Analyse der Qualitätsmanagementsysteme (QMS) mit der finalen Entscheidung der Spitalleitung, dass als QMS SanaCert ausgewählt wurde.

Konformitätsprüfung im Rahmen des Datenschutzes, mit der Unterstützung der Firma elleta AG.

Führungs-, Strategie- und Visions-Workshops der Spitalleitung und des Kaders wurden im Jahr 2018 durchgeführt, mit dem Ergebnis einer aktualisierten Strategielandkarte. Der Auftrag für Führungsgrundsätze wurde gesprochen und Kaderworkshops zur Einführung und Umsetzung der Strategie wurden durchgeführt.

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

Die übergeordnet angestrebten, prozessorientierten Konzepte für Prozessmanagement und Risikomanagement wurden erstellt und eingeführt.

Die Strategie-Überprüfung konnte Mitte 2018 durch die Spitalleitung vorgenommen werden und die Unternehmensstrategie LLS 2021 konnte als Resultat daraus abgeleitet und weiterkommuniziert werden.

Als die drei Stossrichtungen der Unternehmensstrategie LLS 2021 sind die Themen "Unternehmenskultur", "Qualität & Service" und "Effektivität & Effizienz" definiert worden. Daraus abgeleitet werden Unterpunkte als Kurz- und Längerfristziele formuliert.

Lean-Projekte wurden im gesamten Spital gefördert und der Lean-Gedanke stets weitergetragen. Einige Beispiele davon sind folgend aufgelistet:

- Huddle-Besprechungen in den verschiedenen Bereichen / Abteilungen
- Kaizenboards zur Darstellung der verschiedenen laufenden Themen und Zuständigkeiten
- Kaizen-Woche, in welcher der Eintrittsprozess des Ambulatoriums intensiv betrachtet wurde und verschiedene Optimierungen geschaffen werden konnten, die als Ergebnis zeitliche Ressourcen der Mitarbeitenden einspart (Eliminierung von Doppelspurigkeiten, messbare Zeitersparnis über den gesamten Tagesablauf gesehen) und bei den Patienten zu mehr Zufriedenheit führte (Wartezeiten-Reduktion, Klarheit für den Patienten in Bezug auf seine Termine)

## 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Der Aufbau eines umfassenden Meldeportals inkl. Schulung der Mitarbeitenden zu den einzelnen Meldethemen wird im Jahr 2019 angestrebt. Dies vereinfacht das Meldewesen, aber auch die Auswertungsmöglichkeiten und das Erkennen von ähnlichen Meldungsthemen in verschiedenen Bereichen.

Der Wiederaufbau einer strukturierten Patientenbefragung intern und extern und gleichzeitig ein Aufbau des strukturierten Feedbackmanagements.

Die Planung und Umsetzung der Vorbereitungen auf die SanaCert-Zertifizierung mittels einer Projektplanung.

Neustrukturierung und Aufbau eines Qualitätsmanagement-Tool, welches eine einfache Prozessdarstellung und eine effiziente und effektive Dokumentenlenkung darstellt.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte</li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonale vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne Patientenbefragung stationär</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interne Patientenbefragung ambulant</li> </ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### Digitalisierung Meldesysteme

<b>Ziel</b>	Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit und Verbesserung von Auswertungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2019 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Im Zuge der kontinuierlichen Verbesserung und Möglichkeiten digitaler Transformation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Siehe Ziff. 18.1.1

##### Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

<b>Ziel</b>	Einführung der elektronischen Patientenakte inkl. benötigter Module (eArchiv, ...)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2015 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Im Zuge des Prozessmanagements und für das Projekt eHealth FL
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Siehe Ziff. 18.1.2

##### Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems

<b>Ziel</b>	Erfolgreiche Zertifizierung SanaCert
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018 - 2020
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Diverse
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Siehe Ziff. 18.1.3

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2009 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

##### **Bemerkungen**

Das Landesspital Liechtenstein erfasst CIRS-Meldungen systematisch und bearbeitet diese interdisziplinär und prozessorientiert. Die Fälle werden im Gremium "CIRS-Gruppe" analysiert und bearbeitet.

Die Hauptkategorien der eingegangenen CIRS-Meldungen waren Medikamentenmanagement, Prozessthemen und Kommunikationsthemen. Aktuell wurden die Meldungen mittels eines veralteten Systems erfasst und bearbeitet. Im kommenden Jahr wird das System mit einem Update attraktiver gemacht, sowohl für den Meldenden, wie auch für den Bearbeitenden. Damit verbunden ist ebenfalls die Hoffnung, dass durch vereinfachte Kommunikation über das Tool auch das CIRS wieder vermehrt genutzt wird.

## 4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2017

### Bemerkungen

Das Liechtensteinische Landesspital nimmt an der Herniamed Qualitätssicherungsstudie teil. Herniamed ist ein internationales multicenter Register für Bauchwandbrüche unter der Führung der deutschen Gesellschaft für Hernienchirurgie. Das Gütesiegel wurde 2018 erlangt.

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Jahr 2016 kam der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal zum Einsatz.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte 2016	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2017 (CI* = 95%)
<b>Liechtensteinisches Landesspital</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20	4.33 (4.15 - 4.51)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52	4.77 (4.58 - 4.96)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.59	4.76 (4.59 - 4.94)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.68	4.51 (4.28 - 4.75)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.28	4.19 (3.95 - 4.41)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	87.50	98.53 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2017		116
Anzahl eingetreffener Fragebogen	68	Rücklauf in Prozent 59 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Liechtensteinische Landesspital konnte in den ersten drei Fragen die Ergebnisse mit dem Vergleich zum Vorjahr steigern. Das Austrittsmanagement, auf welche ebenfalls die Fragen 4 und 5 hinzielen, wird evaluiert und Massnahmen zur Optimierung eingeleitet.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
--------------------------------	--

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2017 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

#### Bemerkungen

Die Steigerung der Rücklaufquote um mehr als 10% ist erfreulich.

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

Alle Patienten werden bei Austritt bzgl. ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen setzt sich die Spitaldirektorin mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten in Verbindung und bespricht die Rückmeldungen mit ihnen. Massnahmen werden bei Bedarf direkt eingeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Die Erhebung der internen Patientenbefragung stationär erfolgt über das Gesamtspital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die internen Patientenbefragungen werden intern geprüft und neue Befragungen (ambulant und stationär) werden angestrebt (2019/20).

### 5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant

Alle Patienten werden bei Austritt bzgl. ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen setzt sich die Spitaldirektorin mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten in Verbindung und bespricht die Rückmeldungen mit ihnen. Massnahmen werden bei Bedarf direkt eingeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.  
Die Erhebung der internen Patientenbefragung ambulant erfolgt über das Gesamtspital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die internen Patientenbefragungen werden intern geprüft und neue Befragungen (ambulant und stationär) werden angestrebt (2019/20).

### 5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

#### **Liechtensteinisches Landesspital**

Spitaldirektorin

Sandra Copeland

Spitaldirektorin

00423 235 44 11

[info@landesspital.li](mailto:info@landesspital.li)

Das Landesspital nimmt Beschwerden ernst und bearbeitet diese im Sinne des PDCA-Kreislaufes. Als Bewertungskriterien sind die vorhandene Dokumentation und die erfolgten Korrekturmaßnahmen dokumentiert.

## Behandlungsqualität

### 11 Infektionen

#### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulen Chirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ Hernienoperationen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2017 – 30. September 2018

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2018 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2018 (N)	adjustierte Infektionsrate % 2018 (CI*)
<b>Liechtensteinisches Landesspital</b>			
Gallenblasen-Entfernungen	18	0	0.00% (0.00% - 18.50%)
Blinddarm-Entfernungen	17	0	0.00% (0.00% - 19.50%)
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	12	0	0.00% (0.00% - 26.50%)
Hernienoperationen	39	0	0.00% (0.00% - 9.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	6	1	16.70% (0.40% - 64.10%)

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Landesspital beteiligt sich seit Oktober 2017 an der Wundinfektmessung, daher sind es die ersten Resultate, die publiziert werden können.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso
--------------------------------	-----------

#### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2015	2016	2017	2018
<b>Liechtensteinisches Landesspital</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	0	0	0
In Prozent	7.70%	0.00%	0.00%	0.00%
Residuum* (CI** = 95%)	0.07 (-0.47 - 0.61)	-0.23 (-1.20 - 0.74)	-0.02 (-0.43 - 0.39)	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2018	9	Anteil in Prozent (Antwortrate)		100.00%

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

### Bemerkungen

Die Angaben seitens ANQ zu den Residuum- und Vertrauensintervall-Werten 2018 sind noch ausstehend.

## 13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2018	In Prozent
		2015	2016	2017		
<b>Liechtensteinisches Landesspital</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	1	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	-0.08 (-1.00 - 0.84)	-0.13 (-1.12 - 0.95)	-0.04 (-1.12 - 1.04)		-
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018		9	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)		100.00%	

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

### Bemerkungen

Die Angaben seitens ANQ zu den Residuum- und Vertrauensintervall-Werten 2018 sind noch ausstehend.

## 18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems

In der Spitalleitung wurde der Entscheid gefällt, als Qualitätsmanagementsystem mit SanaCert sich messen zu lassen.

Das Ziel ist - die acht Standards erfolgreich im Alltag zu implementieren und in diesem Kontext die Patientenzufriedenheit und Sicherheit zu erhöhen.

Vorbereitend wurden die Standards ausgewählt, welche im Spital zu gegebenem Zeitpunkt zertifiziert werden. Jedes Spitalleitungsmitglied übernimmt bei mindestens einem Standard die Hauptverantwortung.

In den nächsten Schritten geht es darum, mit den richtigen Personen pro Standard den IST-SOLL Abgleich durchzuführen und Massnahmen zu definieren, wie vom IST-Zustand der SOLL-Zustand erreicht werden kann, und die Umsetzung deren. In weiteren Schritten folgt später die interne Überprüfung der Standards, bevor zum Schluss die Standards extern zertifiziert werden.

Involviert sind im Projekt grundsätzlich alle Berufsgruppen, da einige Standards übergeordnete Themen enthalten. Je nach Standard wird es für die einen Abteilungen aber intensiver werden als für andere.

Als Projekt wird es bezeichnet, da es sich um eine Implementierung handelt. Nach der Erstzertifizierung läuft die Thematik weiter, wird dann aber in den Alltag überführt und trägt nicht mehr den Projektstatus.

#### 18.1.2 Digitalisierung Meldesysteme

Im Bereich der Meldesysteme ist ein Handlungsbedarf im Bereich Upgrade der Systeme und Einführung weiterer Meldemodule angezeigt.

Ziel ist es eine benutzerfreundliche Umgebung mit aussagekräftigem Reporting zur Verfügung zu stellen.

Das Projekt befindet sich in der Evaluationsphase der aktuellsten Versionen und Antragsstellung entsprechender finanzieller Mittel. Das Projekt wird mit einem Top Town mit entsprechender Schulung und Sensibilisierung durchgeführt.

Geplantes Projektende ist der 31.12.2019.

### 18.1.3 Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

Die Reise der digitalen Transformation hat am Liechtensteinischen Landesspital an Geschwindigkeit zugenommen. Mit dem Hauptziel dem Patienten Zugang zu seinen Gesundheitsdaten (ePatientendossier) zu ermöglichen, digitalisiert das Liechtensteinische Landesspital diverse Prozesse. Wichtige Grundvoraussetzung dafür ist ein medical eArchiv, welches sich an einem IHE konformen Aktenplan orientiert.

Insgesamt ergeben sich folgende Optimierungen daraus:

- Revisions sichere Daten nach DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)
- Hohe und strukturierte Datenverfügbarkeit
- Effizienzgewinne damit das medizinisch/pflegerische Personal mehr Zeit für den Patienten hat

Laufzeit 2015 - 2020

Diverse Teilprojekte

- medical eArchiv
- eZuweisung
- eMedikation
- ...

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

### 18.2.1 Projekt QPR

Das Projekt QPR (Einführung ganzheitliches und integriertes Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement) startete Ende 2015 und wurde Anfangs 2017 teils abgeschlossen und in den Regelbetrieb überführt.

Das Projekt QPR unterteilte sich in die Phasen 1. Vorbereitung -> 2. Management Workshops -> 3. Konzept -> 4. Realisierung -> 5. Selbst Assessment -> 6. Zertifizierung (optional). Wobei die Phasen 3 bis 6 auf Basis des Konzepts pQRM (prozessorientiertes Qualitäts- und Risikomanagement) umgesetzt wurden.

### 18.2.2 Konzept pQRM

Das Konzept wurde erstellt und von der Spitalleitung freigegeben.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems

siehe Ziff 18.1.1

## 19 Schlusswort und Ausblick

Gesundheitsdienstleister sind Betriebe, die unter besonderer Beobachtung stehen (Sensible Daten, Qualitätsaspekte die direkte Auswirkungen auf die Gesundheit haben). Die Frage ist, wie wir damit umgehen. Kritik spornt uns an. Kritiker tragen massgeblich dazu bei, dass wir immer besser werden. Wir nehmen die Probleme an und lösen sie. Kritik ist einer der wichtigsten Qualitätstreiber, die wir haben.

Wir pflegen im Landesspital eine offene Fehlerkultur. Es wird keinen Tag geben, an dem wir uns nicht daran messen lassen können, jeden Hinweis, jede Idee, jede Beanstandung zu prüfen. Auch für das kommende Jahr haben wir uns einiges vorgenommen. Prozesse, Strukturen und räumliche Zuteilungen im Landesspital werden optimiert. Ziel ist es am Ende zufriedene Patientinnen und Patienten zu haben, die im eigenen Land nicht nur Anspruch auf eine Grundversorgung haben, sondern Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Grundversorgung. Und genau das ist unser stetes Streben. Qualität ist unser Leitmotiv.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Haut (Dermatologie)</b>
Wundpatienten
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>
Gastroenterologie
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>
Viszeralchirurgie
<b>Urologie</b>
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
Polysomnographie
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
<b>Gynäkologie</b>
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma

<b>Strahlentherapie (Radio-Onkologie)</b>
Onkologie

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:  
H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

## Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinfo.ch](http://www.spitalinfo.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).