LIECHTENSTEINISCHES
LANDESSPITAL

Heiligkreuz 25
LI-9490 Vaduz

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Impressum

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Siehe auch: *www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht*

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Beteiligte Kantone / Gremien

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 Akutsomatik (FKQA), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch: *www.hplus.ch/de/servicenav/h_verband/fachkommissionen*

Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Handen des Kantons auszufüllen.

Partner

Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (de: Nationaler Verein für Qualitäts-entwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: *www.anq.ch*

.

Inhaltsverzeichnis

A Einleitung 1
Leitbild Liechtensteinisches Landespital 2
B Qualitätsstrategie 3
B1 Qualitätsstrategie und -ziele 3
B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011 3
B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011 3
B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 3
B5 Organisation des Qualitätsmanagements 3
B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 4
C Betriebliche Kennzahlen und Angebot 4
C1 Angebotsübersicht 4
C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011 6
C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011 6
C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011 7
D Qualitätsmessungen 7
D1 Zufriedenheitsmessungen 7
D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit 7
D1-2 Angehörigenzufriedenheit 8
D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit 9
D1-4 Zuweiserzufriedenheit 10
D2 ANQ-Indikatoren 10
D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® 10
D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® 11
D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO 11
D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ 12
D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ 14
D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011 15
D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ) 15
D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung 16
E Verbesserungsaktivitäten und -projekte 17
E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards 17
E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte 17
F Schlusswort und Ausblick 18

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes zu erhöhen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet. Mit Patienten, Ärzten, Spezialisten etc. sind immer die Personengruppen beider Geschlechter gemeint, also Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten.

A Einleitung

Das Liechtensteinische Landesspital hat sich die hohe Qualität als Leitziel auferlegt und die Qualitätssicherung wird seit 2004 vorangetrieben. Dabei geht es dem Liechtensteinischen Landesspital nicht primär um die Qualität auf dem Papier, sondern um Qualität in der Ausführung unseres Leistungsangebots. Dem Liechtensteinischen Landesspital ist Transparenz und Offenheit gegenüber der Bevölkerung ein wichtiges Anliegen. Der vorliegende Qualitätsbericht ist einer von vielen Schritten, um der Bevölkerung unsere Leistungen und Angebote sichtbar zu machen

Auszüge aus dem Jahresbericht 2011

> Zum Jahreswechsel 2011/12 hat die Regierung turnusgemäss einen neuen Stiftungsrat auf vier Jahre bestellt, der als strategisches Führungsorgan die Oberleitung des Landesspitals innehat. Der Stiftungsrat setzt sich aus Experten zusammen, die die wichtigen Themen Führung, Qualität in Spitalwesen, juristisches Know-how und nicht zuletzt unternehmerische Fähigkeiten professionell beherrschen. Hauptaufgabe ist die Sicherstellung des Spitalbetriebes und die Erarbeitung eines tragbaren Zukunftskonzeptes für das Landesspital unter dem Leitmotiv Qualität.
>
> Die Liechtensteinische Regierung hat im Jahr 2011 entschieden das Abrechnungswesen DRG (Diagosis Related Groups) ab dem 01.01.2013 auch im Liechtensteinischen Landesspital einzuführen, nicht zuletzt um die Kooperationen mit Partnern in der Schweiz und Grenzüberschreitende Projekte zu vereinfachen und zu ermöglichen. Das Projekt stellt für das Landesspital wie für jedes andere Spital, eine immense Herausforderung dar. Allerdings wurden die Arbeiten für die Umsetzung der Abrechnung mit dem DRG gleich im Jahr 2011 aufgenommen und wir sind auf Kurs.
>
> Im Spital haben wir derzeit ein hochmotiviertes Team. Dieses Team reicht vom Stiftungsrat über die Spitalleitung und Abteilungsleitung bis hin zu jedem einzelnen Mitarbeitenden im Spital. ….unsere wichtigste Aufgabe……; Die Grundversorgung im medizinischen Bereich für unsrer Bevölkerung sicherstellen.
>
> Die Neubaudiskussion rund um das Liechtensteinische Landesspital ging auch in der Pflege nicht spurlos vorüber. Trotz täglichen Auseinandersetzungen mit der Zukunft, ausgelöst durch Medienberichte oder direkten Kontakt mit den Patienten bei der täglichen Pflege, konnte die Qualität in der Betreuung aufrechterhalten werden, dies ganz im Sinne des im Qualitätsbild verankerten Leitsatzes: „Die Sicherheit und das Wohlbefinden unserer Kunden zu gewährleisten ist unsere prioritäre Aufgabe."
>
> … mit der ablehnenden Volksabstimmung betreffend eines Neubaus des Landesspitals ist die Frage nach dem „Quo Vadis Landesspital" offen geblieben. Dennoch haben wir die tägliche Herausforderung, das Beste für unsere Patienten zu geben und den Leistungsauftrag bestmöglichst zu erfüllen, mit grossem Verantwortungsbewusstsein ausgeführt.
>
> (Der vollständige Geschäftsbericht 2011 kann auf unsrer Homepage www.landesspital.li unter Publikationen eingesehen werden.)

Da die im folgenden Bericht angegebenen Daten des Liechtensteinischen Landesspitals vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) nicht erfasst werden, sind die Daten aus eigener Erhebung.

Leitbild Liechtensteinisches Landespital

Kernsätze

1. Unser Leistungsauftrag besteht in der Medizinischen Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung Liechtensteins
2. Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns
3. Wir wenden hohe ethische Grundsätze an
4. Wir schaffen eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Wohlfühlens
5. Unser Ziel ist es, die nationale Verankerung als Landespital mit der regionalen Einbindung in Einklang zu bringen
6. Unsere Mitarbeiter sind das Fundament unseres Erfolges
7. Unsere Führungskräfte praktizieren einen zielorientierten und von Fairness geprägten Führungsstil
8. Als Belegarztspital nehmen wir unseren Auftrag in enger partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Belegärzten wahr
9. Wir gehen verantwortungsbewusst mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen um

B Qualitätsstrategie

B1 *Qualitätsstrategie und -ziele*

Sicherheit und Wohlbefinden
Unser Handeln geschieht im Bewusstsein der Verantwortung für die Sicherheit der Patienten und der Mitarbeiter.
Das Erfahren einer Atmosphäre des Wohlbefindens ist für uns ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit.
Kontinuierliche Verbesserung
Qualität bedeutet für uns ein Streben nach fortwährender Verbesserung unseres Handelns. Zur Umsetzung von Verbesserungen sind alle Mitwirkenden aufgefordert.
Verantwortung
Prozessorientierte Arbeitsabläufe mit klar festgelegten Verantwortlichkeiten sind für uns Voraussetzungen, um das Erfüllen der Qualitätsanforderungen zu gewährleisten. Dabei sieht sich die Führung in der Verantwortung, diese Voraussetzung zu schaffen.
Kompetenz
Durch laufende Weiterbildung und Schulung des Personals sichern wir eine soziale und fachliche Kompetenz sowie Qualität in allen Bereichen nach neusten Erkenntnissen.

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

B2 *2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011*

1. Aufrechterhaltungsaudit nach Iso 9001-2008
2. KIS (Krankenhausinformationssystem) Einführung Kurve und Medikation
3. Umsetzung Risikomanagement

B3 *Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011*

1. Aufrechterhaltungsaudit nach ISO 9001-2008
2. KIS im Ambulanten Bereich eingeführt
3. Projekt Risikomanagement mit der Hochschule Liechtenstein

B4 *Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren*

Rezertifizierung ISO 9001-2008 / Kontinuierlicher Verbesserungsprozess sichern
Weiterführung Implementierung H+ Branchenlösung „Arbeitssicherheit“
KIS Einführung Pflegedokumentation
Beitritt ANQ
Einführung Risikomanagement

B5 *Organisation des Qualitätsmanagements*

Organigramm s. www.landespital.li

☒	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
☐	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt		Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Tellenbach Mario	00423 235 45 00	Mario.tellenbach@landesspital.li	Bereichsleitung Pflege Qualitätsbeauftragter
Georgiev Theres	00423 235 43 63	Theres.georgiev@landesspital.li	Leiterin Ausbildung Stv Qualitätsbeauftragte
Bleyle Clemens	00423 235 43 58	Clemens.bleyle@landesspital.li	Technischer Dienst Arbeitssicherheit
Rucker Klaus	00423 235 44 11	Klaus.rucker@landesspital.li	Leitstellendisponent CIRS-Verantwortlicher
Dr. Wolfinger Rainer			Belegarzt Gynäkologie CIRS-Verantwortlicher

C Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter:
www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Liechtensteinisches Landesspital → Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

Spitalgruppe	
☐	**Wir** sind eine **Spital- /Klinikgruppe** mit folgenden **Standorten:**

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	-	-
Allgemeine Chirurgie	Vaduz	Belegärzten
Anästhesiologie und Reanimation *(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)*	Vaduz	Belegärzten
Dermatologie und Venerologie *(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)*	Vaduz	Belegärzten
Gynäkologie und Geburtshilfe *(Frauenheilkunde)*	Vaduz	Belegärzten
Medizinische Genetik *(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)*	-	-
Handchirurgie	Vaduz	Belegärzten
Herz- und thorakale Gefässchirurgie *(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)*	-	-

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungs-netz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)**
Allgemeine Innere Medizin, mit folgenden **Spezialisierungen** (Fachärzte, spezialisiertes Pflegepersonal):	-	-
☐ Angiologie *(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)*	-	-
☐ Endokrinologie und Diabetologie *(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)*	-	-
☒ Gastroenterologie *(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)*	Vaduz	Belegärzten
☒ Geriatrie *(Altersheilkunde)*	Vaduz	Belegärzten /Spitalärzten
☐ Hämatologie *(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)*	-	-
☐ Hepatologie *(Behandlung von Erkrankungen der Leber)*	-	-
☐ Infektiologie *(Behandlung von Infektionskrankheiten)*	-	-
☒ Kardiologie *(Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen)*	Vaduz	Belegärzten
☒ Medizinische Onkologie *(Behandlung von Krebserkrankungen)*	Vaduz	Belegärzten / Spitalärzten / Zetup
☐ Nephrologie *(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)*	-	-
☒ Physikalische Medizin und Rehabilitation *(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)*	Vaduz	Belegärzten
☐ Pneumologie *(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)*	-	-
Intensivmedizin	-	-
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Vaduz	Belegärzten
Kinderchirurgie	-	-
Langzeitpflege	Vaduz	Belegärzten
Neurochirurgie	Vaduz	Belegärzten
Neurologie *(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)*	Vaduz	Belegärzten
Ophthalmologie *(Augenheilkunde)*	-	-
Orthopädie und Traumatologie *(Knochen- und Unfallchirurgie)*	Vaduz	Belegärzten
Oto-Rhino-Laryngologie ORL *(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)*	Vaduz	Belegärzten
Pädiatrie *(Kinderheilkunde)*	Vaduz	Belegärzten
Palliativmedizin *(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)*	Vaduz	Belegärzten / Spitalärzten

Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Vaduz	Belegärzten
Psychiatrie und Psychotherapie	Vaduz	Belegärzten
Radiologie *(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)*	Vaduz	Radiologie Südostschweiz
Tropen- und Reisemedizin	-	-
Urologie *(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)*	Vaduz	Belegärzten

Heilungsprozesse sind komplex und bedürfen zahlreicher therapeutischer Leistungen, die als Ergänzung zum ärztlichen und pflegerischen Fachwissen die Genesung optimal unterstützen.

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	**An den Standorten**	**Zusammenarbeit im Versorgungsnetz** (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Vaduz	Freischaffende Diabetesberatungsstellen
Ergotherapie	Vaduz	Freischaffende Ergotherapeuten
Ernährungsberatung	Vaduz	Freischaffende Ernährungsberater
Logopädie	Vaduz	Freischaffende Logopäden
Neuropsychologie		
Physiotherapie	Vaduz	
Psychologie		
Psychotherapie	Vaduz	Belegärzte

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011

Kennzahlen	**Werte 2011**	**Werte 2010** (zum Vergleich)	**Bemerkungen**
Anzahl **ambulante** behandelter Patienten,	10129	9892	Inkl. Radiologie
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	-	-	
Anzahl **stationär** behandelter Patienten,	2475	2506	
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	221	195	
Geleistete Pflegetage	14090	16233	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	53	56	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.7	6.5	
Durchschnittliche Bettenbelegung	73%	80%	

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2011

Kennzahlen ambulant				
	Anzahl durchgeführte Behandlungen (Fälle)	**Anzahl angebotene Betreuungsplätze**	**durchschnittliche Behandlungsdauer in Stunden**	
ambulant	18	---	---	---
Tagesklinik				---
Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	**Anzahl behandelter Patienten**	**durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen**	**geleistete Pflegetage**
stationär		64	6.7	428

C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl **Bewohner** gesamt per 31.12.2011	9	33	Kein Leistungsauftrag, jedoch 9 Fälle aufgrund fehlender Plätze im Pflegeheim
Geleistete Pflegetage	284	1248	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	31.5	37	
Durchschnittliche Auslastung			

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise. Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot. Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Patientenzufriedenheit.	Begründung:		
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Patientenzufriedenheit.			
	☒ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:** 2010	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	2012
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb	**5.5**	**Im Durchschnitt**
Resultate pro Bereich	**Zufriedenheits-Wert**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Ärztliche Betreuung	5.4	Über dem Durchschnitt
Pflegerische Betreuung	5.4	Über dem Durchschnitt
Betreuung Wöchnerinnen	5.5	Entspricht dem Durchscnitt
Organisation / Service	5.3	Über dem Durchschnitt
☐	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.	
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

☐ Mecon ☐ Picker ☒ PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18) ☐ PZ Benchmark	☐ Anderes externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
☐ eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	- Alter>=18 Jahre - Stationärer Aufenthalt von mind. 2 Tagen - Austritt nach Hause - Mehrfachhospitalisierte sollen innerhalb 30 Tagen nur einmal befragt werden			
	Ausschlusskriterien	Wöchnerinnen Verstorbene Patienten ohne fsten Wohnsitz in der Schweiz Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		143			
Rücklauf in Prozenten		56.7	Erinnerungsschreiben?	☐ Nein	☒ Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?		
☒	**Nein**, unser Betrieb **hat kein** Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
☐	**Ja,** unser Betrieb **hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle**.	
	Bezeichnung der Stelle	
	Name der Ansprechperson	
	Funktion	
	Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	
	Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Angehörigenzufriedenheit.			Begründung: Nicht angedacht	
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Angehörigenzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☐	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Mitarbeiterzufriedenheit.			Begründung:	
☒	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**
	☒	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits- Wert	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	**Ergebnisse**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☒	Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☒	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
☒	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Mecon Version 1,1.5	Name des Messinstitutes	Mecon measure& consult GmbH
☐	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes				

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	-			
	Ausschlusskriterien	-			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		94			
Rücklauf in Prozenten		62.3%	Erinnerungsschreiben?	☒ Nein	☐ Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiser-Zufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die Zuweiserzufriedenheit.				
	☐ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.				

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitäts-entwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: *www.anq.ch*

Akutsomatik:
Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:
Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

Ein **Indikator** ist keine exakte Messgrösse, sondern ein „Zeiger", der auf ein mögliches Qualitätsproblem hinweist. Ob tatsächlich ein Problem vorliegt, erweist sich oftmals erst mit einer detaillierten Analyse.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen für das Fachpublikum: *www.anq.ch* und *www.sqlape.com*

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.		Begründung:		
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.				
	☐ **Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Auswertung gemacht.**	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**		**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐ Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Auswertung gemacht				

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch* und *www.sqlape.com*

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		Begründung:		
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** wurde allerdings **keine Auswertung gemacht.**	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine **Auswertungen gemacht**			

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes.
Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.
SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Die Spitäler 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. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch* und *www.swissnoso.ch*

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?					
☒	**Nein**, unser Betrieb **misst nicht** die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		Begründung:		
	☐	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)			
☐	**Ja,** unser Betrieb **misst** die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.				
	☐	**Im Berichtsjahr 2011** (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings **keine Messungen** durchgeführt.	**Die letzte Messung erfolgte im Jahr:**	**Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:**	
	☐	Ja. Im **Berichtsjahr 2011** (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.			

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten[1], die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch* und *www.lpz-um.eu*

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?		
☐	**Nein**, unser Betrieb **führt nicht** die **Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ** am **Stichtag, 8. November 2011**durch.	Begründung:
☒	**Ja,** unser Betrieb **führt** die **Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ** am **Stichtag, 8. November 2011**durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?				
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Pflegeabteilungen

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher **gestürzt** sind.			**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
-	In Prozent:	-	Wertung nicht möglich
☒	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.		
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.			

[1] Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten Unabhängig von der Belegung Inkl. Wochenbettabteilung		
	Ausschlusskriterien	Säuglinge der Wochenbettabteilung		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		16	Anteil in Prozent	38%
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

Dekubitus (Wundliegen)

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagerecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: *che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus*

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
☐ **Nein**, unser Betrieb **führte nicht** die **Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ** am **Stichtag, 8. November 2011** durch.	Begründung:
☒ **Ja,** unser Betrieb **führte** die **Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ** am **Stichtag, 8. November 2011** durch.	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☐ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:	
☐ In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☒	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Pflegeabteilungen

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt			Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
-	In Prozent	-	-	In Prozent:	-	-

☒ Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten Unabhängig von der Belegung Inkl. Wochenbettabteilung		
	Ausschlusskriterien	Säuglinge der Wochenbettabteilung		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		16	Anteil in Prozent	38%
Bemerkung				

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheitssituationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spitalqualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: *www.anq.ch*

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
☒	**Nein**, unser Betrieb **mass nicht** die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
☐	**Ja,** unser Betrieb **mass** die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	**Stürze (andere als mit der Methode LPZ)**
Was wird gemessen?	**Anzahl Stürze**

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?			
☒	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Anzahl Stürze total	**Anzahl mit Behandlungsfolgen**	**Anzahl ohne Behandlungsfolge**	**Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen**
125	8	117	Die Stürze waren ohne einen Fürsorglichen-Freiheits- Entzug (FFE) kaum vermeidbar

☐	Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
☐	Der **Betrieb verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
☐	Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
☐	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	
☒	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Netrang AG St. Gallen (CIRS-Portal)

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		2475	Anteil in Prozent	100%
Bemerkung		-		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Sturzassement	Sturzrisikoerfassen	Alle	Laufend

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	**Erfassungsgrundlage** **A**=Fachgesellschaft **B**=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA **C**=betriebseigenes System	**Status** **A** =Ja, seit 20xx **B** =nein **C** = geplant, ab 201x	**Bereich** **A**=Ganzer Betrieb **B**=Fachdisziplin **C**=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	**A:**AMIS Plus Data Center *www.amis-plus.ch*	**B**	
AQC Daten für Qualitätssicherung	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie *www.aqc.ch*	**B**	
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	**A:** SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe *www.sevisa.ch*	**B**	
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medizin	**A:**SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin *www.sgi-ssmi.ch*	**B**	
Minimal Dataset SGAR	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation *www.sgar-ssar.ch*	**B**	
Schweizer Dialyseregister	**A:**Schweizer Gesellschaft für Nephrologie *www.sgn-ssn.ch*	**B**	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	**A:**Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie *www.scqm.ch*	**B**	
SIRIS[2] (Schweizer Implantat Register)	**A:**Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin *www.siris-implant.ch*	**C ab 2012**	C Operationsabteilung
SRRQAP (Nephrologie-Register)	**A:** Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program *www.srrqap.ch*	**B**	
SWISSSpine	**A:**Orthopädisches HTA-Register *www.swiss-spine.ch*	**B**	
SWISSVASC Registry	**A:**Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie *www.swissvasc.ch*	**B**	
Überregionale Krebs-register	**B:**	**B**	
Bemerkung			

[2] Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter *www.spitalinformation.ch* zu finden.

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
ISO 9001-2008	Ganzes Spital	2010		Zertifizierung

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte, welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	**Ziel**	**Bereich**	**Laufzeit** (von … bis)
Risiko-Management	TOP-Ten Risiken sind erfasst und überwacht	Ganzer Betrieb	Dez. 2012
ANQ Mitgliedschaft	Beitritt ANQ.	Medizinischer und Pflegerischer Bereich	Mai 2012
Sturzprävention	Systematische Auswertung der erfassten Sturzereignisse.	Bereiche Medizin und Pflege	Dez. 2012
KIS	Die elektronische Patientenakte ist eingeführt und in der Anwendung.	Pflege	Dez.2012
Arbeitsicherheit (Branchen-Lösung H+)	Der Massnahmenplan ist erfasst und die Umsetzung eingeleitet	Hauswirtschaft Technischer Dienst	
	Die Plakatkampagne Thema Hygiene durchgeführt.	Ganzer Betrieb	Laufend

F Schlusswort und Ausblick

Mit dem Aufrechterhaltungsaudit Zertifizierung konnten wir einen weiteren Meilenstein in der Qualitätssicherung erreichen. Dabei ist es uns wichtig die grösstmögliche Zufriedenheit unserer Kunden und Partner zu gewährleisten ohne dabei die Mitarbeiter, als wichtigstes Element in der Umsetzung der Qualität zu vergessen. Die Implementierung des Risikomanagement und die Verpflichtung, durch den Beitritt zum ANQ, die Qualität zu dokumentieren und zu messen sind die Weichen zu einer Institution mit hohem Qualitätsanspruch gestellt.

Qualität-Leitsatze am Liechtensteinischen Landesspital: