



Landesspital

Liechtenstein



Qualitätsbericht 2024

nach der Vorlage von H⁺

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 2024.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patient:innen hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 aktuell 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 2024

Frau
Brigitte Locher
Mitarbeiterin Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement
00423 235 44 80
brigitte.locher@landesspital.li

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

Die H+ Qualitätsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten, die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf der Plattform spitalinfo.ch dargestellt werden können. Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei.

Die Herausforderungen bleiben weiterhin vielfältig für die Spitäler und Kliniken. Sie müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen. Der Personalmangel und nicht-kostendeckende Tarife waren für H+ und die Spitäler weiterhin ein grosses Thema. Anfang November 2024 wurde das ambulante Gesamt-Tarifsystem dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Viele Spitäler und Kliniken haben das Projekt bereits gestartet und erste Schritte erledigt.

Der Bundesrat hat am 22. Mai 2024 den Qualitätsvertrag (QV58a) zwischen curafutura, santésuisse und H+ genehmigt (vgl. [Medienmitteilung des Bundesrates](#)) und diesen per sofort in Kraft gesetzt. Der QV58a legt klare Regeln für eine verbindliche und transparente Qualitätsentwicklung fest; er gilt gesamtschweizerisch für alle Spitäler und Kliniken.

H+ hat einen analogen Qualitätsvertrag mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) abgeschlossen. Weitere Informationen zum Qualitätsvertrag finden Sie auf der H+ Website: www.hplus.ch – Qualität – Qualitätsvertrag. Als Publikationsort wurde die Plattform spitalinfo.ch bestimmt. Bis Ende Jahr 2024 haben die Spitäler und Kliniken ihre erste Selbstdenkulation vorgenommen. Ab der Vorlage 2025 werden dann diese Angaben zur Qualitätsentwicklung automatisch in den H+ Qualitätsbericht integriert.

Der Qualitätsbericht 2024 ist wiederum aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Im «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Im aktuellen Qualitätsbericht können zudem erstmalig die IQM Peer Review Verfahren aufgeführt werden.

Die bisherige Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus wird künftig abgelöst. Auf Initiative der Spitäler und Kliniken, ist der ANQ daran andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen und weiterzuentwickeln. Das Ziel ist, künftig klinische Routinedaten und somit Daten aus den elektronischen Patientendokumentationen nutzbar zu machen, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen.

Im H+ Qualitätsbericht sind jeweils neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt diesen Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2024	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spinal- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	13
4.5 Registerübersicht	14
4.6 Zertifizierungsübersicht	15
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Zufriedenheitsbefragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär	19
5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant	20
5.3 Beschwerdemanagement	20
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeitendenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	21
Messungen in der Akutsomatik	21
9 Wiedereintritte Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
10 Operationen	21
10.1 Hüft- und Knieprothetik	21
11 Infektionen	23
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	23
12 Stürze ANQ-Messung sistiert	
13 Dekubitus ANQ-Messung sistiert	
Messungen in der Psychiatrie	0
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
15 Symptombelastung psychischer Störungen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Messungen in der Rehabilitation	0
16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit	

	Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Weitere Qualitätsaktivitäten		0
17	Weitere Qualitätsmessungen	
	Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	26
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	26
18.1.1	Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements	26
18.1.2	Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier	26
18.1.3	Etablierung der M&M Konferenzen	27
18.1.4	Neuaufgabe Ideenmanagement	27
18.1.5	Patientensicherheit	28
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024	28
18.2.1	Austrittsmanagement	28
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	29
18.3.1	sanaCERT Überprüfungsaudit	29
18.3.2	Weiterbildungsstätte SIWF Innere Medizin / Notfall	29
18.3.3	Weiterbildungsstätte SIWF Chirurgie	29
18.3.4	REKOLE	29
19	Schlusswort und Ausblick	30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		31
Akutsomatik		31
Herausgeber		32

1 Einleitung

Das Landesspital Liechtenstein ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung und verfügt über rund 40 stationäre Betten. Als medizinischer Grundversorger in Liechtenstein beschäftigt das Landesspital rund 200 Mitarbeitende. Zur Führung werden Spitalleitungsmitglieder und Abteilungsleitungen gezählt, welchen mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter unterstellt ist.

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

Qualität betrifft im Landesspital alle und ist in Allem das Leitmotiv. Als modernes Regionalspital unterhält das Landesspital 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 und regionalen Bevölkerung mehr qualitativ hochstehende Leistungen im eigenen Spital – also im eigenen Land – ermöglicht werden.

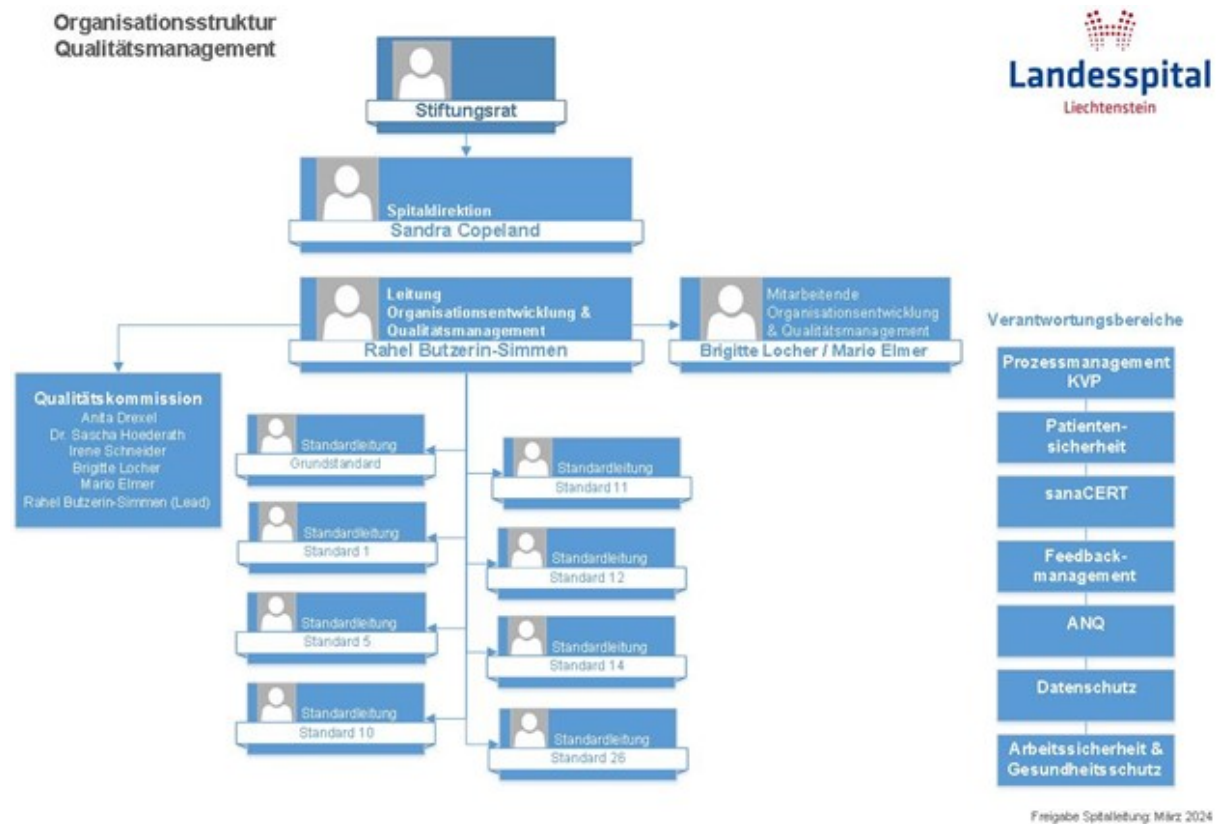
Es werden nach Bedarf weitere Kooperationen mit ausgewählten Partnern gepflegt.

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **190** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Rahel Butzerin-Simmen
Leitung Organisationsentwicklung und
Qualitätsmanagement
00423 235 44 81
rahel.butzerin@landesspital.li

Frau Sandra Copeland
Direktorin
00423 235 44 22
sandra.copeland@landesspital.li

3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsanspruch des Landesspitals Liechtenstein ist ein Leistungsversprechen, das in der Strategie festgehalten wird. Basis dafür bilden die gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen aus dem Qualitätsvertrag mit H+. In Bezug auf das Leistungsangebot hält sich das Landesspital an die Vorgaben des Zürcher-Modells.

Jährlich im Sommer 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 Vision, die Strategie als auch die Werte überprüft und nach Bedarf angepasst. Sie werden mittels Balanced Scorecard (BSC) geführt und rapportiert.

Die strategischen Erfolgsfaktoren (Schwerpunktziele und Mitarbeiterziel) und die strategischen Handlungsfelder 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 Landesspitals ist im strategischen Handlungsfeld der BSC im Bereich Patienten & Qualität verankert.

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

Entsprechend dem gemeinsamen Beschluss der Spitalleitung und dem Qualitätsmanagement richtet sich das Landesspital nach den Qualitätsstandards der Stiftung SanaCERT Suisse aus. Neben dem obligatorischen Grundstandard: Qualitätsmanagement, ist das Landesspital seit 2023 in sieben weiteren Standards (Infektionsprävention und Spitalhygiene; Schmerzbehandlung; Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz; Umgang mit kritischen Ereignissen; Mitarbeitende Menschen - Human Resources; Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation; Sichere Medikation) zertifiziert.

Diese Zertifizierung bestätigt, dass unsere Einrichtung die definierten Qualitätsstandards erfüllt und sich verpflichtet hat, eine qualitativ hohe Gesundheitsversorgung anzubieten.

Aussagen zu Qualität im Landesspital

- „Qualität betrifft uns alle“ (Hauptbotschaft) neben der LLS-Botschaft „Dein Land - Dein Spital“
- Patientinnen/-en und Kundinnen/Kunden stehen im Zentrum des Handelns. Dies zeigt sich im bestmöglichen Erfüllen von Bedürfnissen, aber auch in der Freude an der eigenen Arbeit und im Leben der gemeinsam definierten 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 hochwertiges 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 2024

Einführung KIS

Die Einführung des neuen Klinikinformationssystems (KIS) hat sehr viele Ressourcen gebunden. Durch diese Einführung wurden viele Prozesse, begleitet durch das Qualitätsmanagement, überarbeitet und neu definiert.

Austrittsmanagement

Der Austrittsprozess wurde anhand eines Projektes aufgegleist. Abläufe waren nicht mehr stimmig, so dass es zu Unzufriedenheiten bei Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden kam. Die Prozessanalyse und Optimierungen benötigten rund 1 ½ Jahre, bis erste Erfolge sichtbar wurden. Das Projekt konnte noch im Jahr 2024 erfolgreich mit einem Projektbericht abgeschlossen werden.

Nationaler Qualitätsvertrag Schweiz (QV58a)

Nebst der Auswahl der Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM's) wurde das bestehende Qualitätskonzept anhand der Vorgaben für das Qualitätsmanagement-System (QMS) überarbeitet.

Weiter wurden und werden auch weiterhin die QVM's konzeptartig erarbeitet / überarbeitet. Dieses Thema wird das Qualitätsmanagement weiter beschäftigen, da wir hier schrittweise vorangehen und die QVM's implementieren werden.

Die Bestrebungen, analoge Bedingungen für Liechtenstein zu erhalten, sind auf der politischen Ebene im Gang.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2024

sanaCERT

Auflagen, Empfehlungen und Anregungen aus der Zertifizierung vom 10. und 11. Mai 2023 und dem Überwachungsaudit vom 15. Mai 2024 wurden überprüft und sinnvoll umgesetzt.

Bis zur Re-Zertifizierung 2026 findet 2025 ein weiteres reguläres Überwachungsaudit statt.

KIS-Prozess-Etablierung

Die Umstellung auf KIS hat im Februar 2024 stattgefunden und die Prozesse wurden und werden weiterhin, wo nötig, angepasst. Um Änderungen und Neuerungen an IT-Systemen, wie auch im KIS, kontrolliert und koordiniert umzusetzen, wurde das CAB (Change Advisory Board) ins Leben gerufen. Damit wird angestrebt, potentielle negative Auswirkungen auf den Betrieb und die Dienstleistungserbringung zu minimieren.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Weiterarbeit an den sanaCERT-Standards, um weiterhin die Qualität hoch zu halten
- Aufbau eines strukturierten Dokumenten- und Prozessmanagements
- Durchführung von strukturierten internen Audits
- Einhaltung und Umsetzung der Vorgaben aus dem nationalen Qualitätsvertrag Schweiz (QV58a)
- Etablierung der M&M Konferenzen im Bereich der Chirurgie
- Erarbeitung und Optimierung weiterer patientensicherheitsrelevanten Themen und Prozesse
- Durchführung der von ANQ geforderten und kontinuierlich optimierten Messungen

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, curafutura 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.

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
- Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene - Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso - Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

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>
- Interne Patientenbefragung stationär - Interne Patientenbefragung ambulant

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements

Ziel	Erhöhung Informationssicherheit
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2026
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.1

Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

Ziel	Einführung der elektronischen Patientenakte inkl. benötigter Module (eArchiv, EGD, ...)
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2020 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Einführung neues und bereichsübergreifendes KIS
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.2

Etablierung der M&M Konferenzen

Ziel	Regelmässig durchgeführte M&M Konferenzen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Ärztlicher Bereich
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Durch M&M Konferenzen werden Handlungen hinterfragt und überprüft. Daraus können mögliche Optimierungen erkannt und umgesetzt werden.
Methodik	Fallvorstellung und offene Diskussion
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte, Qualitätsmanagement und interessierte Personen
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.3

Neuaufgabe Ideenmanagement

Ziel	Aktive Vorgehensweise und strukturierter Umgang mit partizipativen Ideen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamtes Spital
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Das Ideenpotenzial aller Mitarbeitenden soll genutzt werden. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) baut auf Teamarbeit auf.
Methodik	Neue Konzeption
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.4

Patientensicherheit

Ziel	Bestmögliche Patientensicherheit und hohe Patientenzufriedenheit durch funktionierende, sinnvolle und effiziente Prozesse
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege, Ärzte
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2024 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Qualitätsmanagement
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.5

Austrittsmanagement

Ziel	Definierte, einheitliche Austrittszeiten, welche eingehalten werden können
Bereich, in dem das Projekt läuft	Pflege / Ärzte
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2023 - 2024
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Die definierten Austrittszeiten konnten nicht eingehalten werden, da oftmals die Unterlagen seitens der Ärzte nicht bereitlagen, Transporte nicht organisiert waren oder der Patient nicht darauf vorbereitet war.
Methodik	Vom IST-Prozess mittels Analyse zum SOLL-Prozess kommen
Involvierte Berufsgruppen	Pflege, Ärzte, Administration, Hauswirtschaft
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.2.1

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.

Bemerkungen

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

In den ersten 2 Quartalen 2024 war ein vergleichsweise starker Rückgang der CIRS-Meldungen ersichtlich, was sich mit der Einführung von KIS erklären lässt. Viele Meldungen wurden zu dieser Zeit als IT-Tickets erfasst. Ab dem 3. Quartal 2024 konnte die Meldequote durch die interne Kommunikation der Abgrenzungen zwischen Patientensicherheitsthemen und IT-Systemfehlern wieder erhöht werden.

Die Hauptkategorien der eingegangenen CIRS-Meldungen waren erneut Medikamentenmanagement, Prozessthemen und Kommunikationsthemen. Seit rund 4 1/2 Jahren werden CIRS-Fälle in einem CIRS-Tool erfasst, analysiert und Verbesserungen dokumentiert. Dies hilft der Einfachheit, Übersichtlichkeit und Auswertbarkeit. Die Anonymität ist gewährleistet.

Der Standard CIRS wurde auch für sanaCERT ausgewählt und erfolgreich zertifiziert.

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 sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2016
SIRIS Schweizerisches Implantat-Register SIRIS	Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen Chirurgie, Knie- und Hüftchirurgie, Neurochirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/ siris-spine.com/	2017
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2018

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR GG Krebsregister Graubünden und Glarus	Alle	www.ksgr.ch/krebsregister.aspx

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
REKOLE	Finanzen & Controlling	2020	2023	
SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte im Bereich der Chirurgie	Chirurgie	2019	2023	Visitation mit dem Ergebnis, die Bewilligung für zwei Jahre Ausbildungsstätte erhalten zu haben.
SIWF-anerkannte Weiterbildungsstätte im Bereich der Inneren Medizin und Notfall	Medizin und Notfall	2017	2024	
SanaCERT Suisse (23/2019)	Ganzes Spital	2023	2024	Geplante Rezertifizierung im 2026, dazwischen jährliches Überwachungsaudit

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patient:innen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

5.1 Nationale Befragung Patientenzufriedenheit Akutsomatik – Erwachsene

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.

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			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2024 (CI* = 95%)
	2019	2021	2023	
Landesspital Liechtenstein				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.25	4.17	4.12	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.75	4.66	4.55	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.80	4.74	4.48	– (–)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.42	4.72	4.34	– (–)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.28	4.20	3.97	– (–)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.50 %	95.38 %	97.50 %	– %
Anzahl versendeter Fragebogen 2024				–
Anzahl ausgewerteter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

Wertung der Ergebnisse: 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.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020, 2022 und 2024 für die Akutsomatik regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (ANQ) stattgefunden. Dargestellt werden nur die Vorjahre in denen Befragungen stattgefunden haben und zu denen Werte vorhanden sind. Ab 2025 folgt eine neue Befragung in einem erweiterten Format:

Der ANQ-Kurzfragebogen, den die Spitäler und Kliniken seit 2011 für die nationale

Zufriedenheitsmessung einsetzen, bestand aus fünf bis sechs Fragen. Um künftig eine vertiefte Abfrage aller relevanten Dimensionen und ein detaillierteres Monitoring der Patientenperspektive im Langzeitverlauf zu ermöglichen, wird der ANQ-Kurzfragebogen ab 2025 durch ein differenziertes Befragungsinstrument abgelöst. Zukünftig liegt der Fokus nicht mehr auf der Patientenzufriedenheit, sondern der Patientenerfahrung (PREMs – Patient Reported Experience Measures).

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/.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patient:innen (≥ 16 Jahre) versendet, die im April – das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patient:innen. ▪ Patient:innen ohne festen Wohnsitz in der Schweiz, mit Ausnahme: Fürstentum Liechtenstein. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patient:innen wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

Alle stationären Patientinnen und Patienten werden bei Austritt bzgl. ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen werden diese intern aufgearbeitet und besprochen und die Kontaktaufnahmen mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten wird definiert. Massnahmen werden bei Bedarf direkt eingeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Erhebung der internen Patientenbefragung stationär erfolgt über das Gesamtspital.

Die interne Patientenzufriedenheitsmessung zeigt eine konstant grosse Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten in der stationären Betreuung und Behandlung im Landesspital. Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass die Aussagekraft der Ergebnisse mit der Rücklaufquote von rund 11% etwas relativiert werden muss.

Inputs und Anregungen aus den Rückmeldungen werden ernst genommen und in den Optimierungsprozess eingebunden.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit der internen Patientenzufriedenheitsmessung erkennen wir, dass wir einen sehr hohen Anteil an zufriedenen stationären Patientinnen und Patienten haben. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten und die bisher guten Ergebnisse zu belegen, sind Massnahmen zur Steigerung der Rücklaufquoten im 2025 angedacht.

Kritische oder negative Rückmeldungen nehmen wir auf und gehen den Themen nach, um uns stets zu verbessern. Wo gewünscht, erhält die Patientin/der Patient ein Feedback auf ihren/seinen Fragebogen. So entsteht ein guter Austausch, welcher für beide Parteien wertvoll ist.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant

Alle ambulanten Patientinnen und Patienten werden bei Austritt bzgl. ihrer Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen befragt. Die Fragebögen werden laufend ausgewertet. Bei negativen Rückmeldungen wird diese intern aufgearbeitet und besprochen und die Kontaktaufnahmen mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten wird definiert. Massnahmen werden bei Bedarf direkt eingeleitet.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2024 durchgeführt.

Die Erhebung der internen Patientenbefragung ambulant erfolgt über das Gesamtspital.

Die interne Patientenzufriedenheitsmessung zeigt eine konstant grosse Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereichen des Landesspitals. Die Rücklaufquoten in den einzelnen ambulanten Bereichen bewegen sich zwischen rund 6-40%. Somit muss die Aussagekraft der Ergebnisse in den einzelnen ambulanten Bereichen etwas relativiert werden.

Inputs und Anregungen aus den Rückmeldungen werden ernst genommen und in den Optimierungsprozess eingebunden.

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Mit der internen Patientenzufriedenheitsmessung erkennen wir, dass wir einen sehr hohen Anteil an zufriedenen ambulanten Patientinnen und Patienten haben. Um ein differenzierteres Bild zu erhalten und die bisher guten Ergebnisse zu belegen, sind Massnahmen zur Steigerung der Rücklaufquoten im 2025 angedacht.

Kritische oder negative Rückmeldungen nehmen wir auf und gehen den Themen nach, um uns stets zu verbessern. Wo gewünscht, erhält die Patientin/der Patient ein Feedback auf ihren/seinen Fragebogen. So entsteht ein guter Austausch, welcher für beide Parteien wertvoll ist.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Landesspital Liechtenstein

Beschwerdemanagement

Rahel Butzerin-Simmen

Leitung Qualitätsmanagement

+4232354481

rahel.butzerin@landesspital.li

Dienstag und Donnerstag (die restliche Zeit sind Mitarbeitende vor Ort Ansprechpersonen)

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

Messungen in der Akutsomatik

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: 1.1.2018 bis 31.12.2021

	Anzahl eingeschlossene Primär-Implantate (Total)	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/ N)	Vorjahreswerte Adjustierte Revisionsrate %			Adjustierte Revisionsrate %
	2018 - 2021	2018 - 2021	2015 - 2018	2016 - 2019	2017 - 2020	2018 - 2021
	Landesspital Liechtenstein					
Primäre Hüfttotalprothesen	24	4.20%	0.00%	20.50%	8.90%	4.20%
Primäre Knieprothesen	37	2.70%	0.00%	0.00%	4.00%	2.70%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2024 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Januar 2018 bis Dezember 2021. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Dezember 2023.

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/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL, ISPM Bern
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien	Alle Patient:innen mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patientinnen und 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 oder einer Rehospitalisation 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 Nachbefragung die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst.

Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herzchirurgische Eingriffe) erfolgt die Nachbefragung 90 Tage nach dem Eingriff (sog. Follow-up).

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

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ Gallenblasen-Entfernungen
▪ Blinddarm-Entfernungen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Landesspital Liechtenstein						
Gallenblasen-Entfernungen	20	0	6.90%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 16.80%)
Blinddarm-Entfernungen	36	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 9.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	2	0	-	7.70%	0.00%	0.00% (0.00% - 84.20%)

Die Messungen mit und ohne Implantate werden seit der Messung 2021/2022 zeitgleich durchgeführt.

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2023 – 30. September 2024

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
	2023/2024	2023/2024	2020/2021	2021/2022	2022/2023	2023/2024
Landesspital Liechtenstein						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	0	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 0.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	13	0	0.00%	0.00%	0.00%	0.00% (0.00% - 24.70%)

* 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/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patient:innen	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patient:innen (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patient:innen (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patient:innen, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Einführung eines Dokumenten- und Prozessmanagements

Projektziel:

Die Abteilung des Qualitätsmanagements hat zusammen mit der Direktion das Ziel gesetzt, das Prozessmanagementsystem im Landesspital zu überarbeiten, neu aufzusetzen und Schulungen bei allen Beteiligten durchzuführen. Das Ziel ist, dass alle relevanten Prozesse digital hinterlegt und für alle Mitarbeitenden jederzeit abrufbar sind. Somit soll die Informationssicherheit erhöht werden.

Projektablauf / Methodik:

In einem ersten Schritt muss die Frage der Software geklärt werden. Anschliessend werden die Prozesse zusammen mit den Abteilungsleitungen, welche Prozesseigner werden, definiert und dokumentiert.

Involvierte Berufsgruppen:

Diverse

Zeitraumen:

2024 - 2026

18.1.2 Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

Projektziel:

Die Reise der digitalen Transformation hat am Landesspital Liechtenstein an Geschwindigkeit zugenommen.

Mit der Einführung des KIS wurden Meilensteine für die Digitalisierung im Landesspital gesetzt.

Projektablauf / Methodik:

Viel Vorarbeit wurde im Jahr 2023 für die Einführung geleistet.

Im 2024 haben Schulungen aller zukünftigen Nutzer in den verschiedenen KIS-Bereichen und letzte Optimierungen seitens IT und dem KIS-Anbieter stattgefunden.

Seit dem "go-live" im Februar 2024 werden laufend weitere Optimierungen besprochen, ausgearbeitet und umgesetzt.

Um Änderungen und Neuerungen an IT-Systemen, wie auch im KIS, kontrolliert und koordiniert umzusetzen, wurde das CAB (Change Advisory Board) ins Leben gerufen. Damit wird angestrebt, potentielle negative Auswirkungen auf den Betrieb und die Dienstleistungserbringung zu minimieren.

Involvierte Berufsgruppen:

Diverse

Zeitraumen:

Laufzeit 2021 - 2025

18.1.3 Etablierung der M&M Konferenzen

Projektziel:

Regelmässig finden M&M Konferenzen statt, Fälle werden besprochen und Optimierungsmassnahmen werden wo möglich abgeleitet, dokumentiert und umgesetzt.

Projektablauf / Methodik:

Alle Ärzte, das Qualitätsmanagement und weitere interessierte oder involvierte Personen werden an die Konferenzen eingeladen. Dort werden 1-2 komplexere Fälle vorgestellt, diskutiert und wo sinnvoll Massnahmen zur Optimierung festgehalten.

Es wird ein Konzept erarbeitet und umgesetzt.

Innvolvierte Berufsgruppen:

Ärzte, Qualitätsmanagement und interessierte Personen

Zeitraumen:

2024 - 2025

18.1.4 Neuauflage Ideenmanagement

Projektziel:

Es wird eine aktive Vorgehensweise und ein strukturierter Umgang mit partizipativen Ideen angestrebt.

Projektablauf / Methodik:

Das Ideenpotenzial aller Mitarbeitenden soll genutzt werden. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) baut auf Teamarbeit auf.

Es wird eine vollständige Neuauflage des bestehenden Konzepts erarbeitet und umgesetzt.

Involvierte Berufsgruppen:

Diverse

Zeitraumen:

2024 - 2025

18.1.5 Patientensicherheit

Projektziel:

Bestmögliche Patientensicherheit und somit auch eine hohe Patientenzufriedenheit durch gut funktionierende, sinnvolle und effiziente Prozesse.

Ablauf:

Viele Prozesse zum Thema Patientensicherheit sind im Landesspital etabliert und konzeptionell festgehalten.

Mittels Beobachtungen im Alltag wurden und werden diese Prozesse in den Jahren 2024 und 2025 überprüft, Optimierungspotential erkannt und Massnahmen definiert und umgesetzt. Dies ermöglicht es, im Alltag Routineprozesse mit einem Aussenblick evaluieren zu lassen und die Qualität und Sicherheit für den Patienten sicherzustellen. Wo nötig werden auch neue Prozesse mit den Teams erarbeitet und eingeführt.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, Ärzte, Qualitätsmanagement

Zeitraumen:

2024 - 2025

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2024

18.2.1 Austrittsmanagement

Projektart:

Als internes Projekt wurde das Thema Austrittsmanagement dem Qualitätsmanagement übertragen.

Projektziel:

Prozesse müssen optimiert und überarbeitet werden, um das Ziel der einheitlichen Austrittszeit zu erreichen.

Projektablauf / Methodik:

Nach der Erfassung des IST-Zustands wurde der SOLL-Zustand definiert. Das Delta zwischen den beiden Zuständen wurde aufgezeigt und Massnahmen sind definiert worden, um das Ziel zu erreichen.

Nach der ersten Umsetzungsphase der gesetzten Massnahmen 2023 wurde der neue IST-Zustand mit dem definierten SOLL-Zustand verglichen. Es musste erkannt werden, dass der neue Prozess in ruhigen Zeiten funktionierte, jedoch noch nicht in den Momenten, wo die Abteilung voll ist und neue Patienten bereits wieder auf ein Bett warten.

Im 2024 wurden im Februar und Juli in der Projektgruppe erneut Massnahmen zur verbesserten Einhaltung des neu definierten Austrittsprozesses definiert. Die letzte Auswertung und somit auch der Projektabschluss im November 2024 hat eine verbesserte Umsetzung des Austrittsprozesses gezeigt.

Das Qualitätsmanagement wird die Umsetzung des Austrittsmanagements auch nach Projektabschluss weiter beobachten und ggf. Optimierungsmassnahmen von den involvierten Bereichsleitungen einfordern und begleiten.

Involvierte Berufsgruppen:

Pflege, Ärzte, Administration, Hauswirtschaft

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 sanaCERT Überprüfungsaudit

Nach der Erstzertifizierung ist das Thema sanaCERT in den Regelbetrieb übertragen worden. An den definierten Themen wird kontinuierlich weitergearbeitet. Die jährlichen Überprüfungsaudits helfen, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren und stets weiter daran zu arbeiten.

18.3.2 Weiterbildungsstätte SIWF Innere Medizin / Notfall

Als Landesspital im Bereich der Ärzteweiterbildung ein Ausbildungsspital zu sein, hat für das Spital einen hohen Stellenwert.

Mit der Zertifizierung für die Weiterbildungsstätte Innere Medizin / Notfall im 2024 werden die Rahmenbedingungen für einen guten Ausbildungsort überprüft und die Freigabe auch für die zukünftige ärztliche Weiterbildung erteilt.

18.3.3 Weiterbildungsstätte SIWF Chirurgie

Wie bereits im Punkt 18.3.2 erwähnt, ist es für das Landesspital von grosser Bedeutung, eine Weiterbildungsstätte für die Ärzte zu sein. Dies ist in der Chirurgie bereits länger so.

Seit Ende 2023 können die Assistenzärzte im Bereich der Chirurgie zwei Jahre Ausbildung am Landesspital geniessen.

18.3.4 REKOLE

Die Buchhaltung, Kostenverrechnung und das Fallhandling entspricht den Vorgaben von H+, was an der Erstzertifizierung 2019 und der Re-Zertifizierung 2023 bestätigt wurde. Zwischenzeitlich werden interne Audits durchgeführt und stetig Anpassungen gemäss REK.-Entscheiden vorgenommen.

19 Schlusswort und Ausblick

Gesundheitsdienstleister sind Betriebe, die unter besonderer Beobachtung stehen (sensible Daten, Qualitätsaspekte die direkte Auswirkungen auf die Gesundheit haben). Kritik spornt das Team des Landesspitals an. Konstruktive Kritiker tragen massgeblich dazu bei, dass das Spital immer besser wird. Die Mitarbeitenden nehmen die Probleme an und lösen sie. Konstruktive Kritik ist einer der wichtigsten Qualitätstreiber, die den Mitarbeitenden zur Verfügung stehen.

Im Landesspital wird eine offene Fehlerkultur gepflegt. Es wird keinen Tag geben, an dem es sich nicht daran messen lassen kann. Jeder Hinweis, jede Idee, jede Beanstandung wird geprüft und bearbeitet. Auch für das kommende Jahr hat sich das Landesspital einiges vorgenommen. Prozesse, Strukturen und räumliche Zuteilungen 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 diesen Anspruch auch in einer qualitativ hochwertigen Grundversorgung sehen und erfahren. Und genau das ist das stete Streben.

Qualität ist das Leitmotiv des Landesspitals.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikulooplastik inkl. Stapesoperationen)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Polysomnographie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
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/qualitaet/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 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/ueber-uns/fachkommissionen/



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 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



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



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): www.samw.ch.