

Liechtensteinisches Landesspital

Qualitätsbericht 2017



Nach der Vorlage von



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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

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

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

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 2017

Herr
Martin Kalberer
Leitung Unternehmensentwicklung
00423 235 44 80
martin.kalberer@landesspital.li

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

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

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	11
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	12
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	15
4.6 Zertifizierungsübersicht Eine Zertifizierung wird angestrebt (siehe pQRM, 18.3.1.)	
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	17
5.2 Eigene Befragung	19
5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär	19
5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant	19
5.3 Beschwerdemanagement	19
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
Behandlungsqualität	20
9 Wiedereintritte Die Wiedereintritte werden ab 2018 gemessen	
10 Operationen Die Rate der Reoperationen werden ab 2018 keine Anwendung in der ANQ Messung finden.	
11 Infektionen Wird ab 01.10.2017 gemessen.	
12 Stürze	20
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	20
13 Wundliegen	22
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	22
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb führt eine Messung periodisch durch.	
15 Psychische Symptombelastung Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Eine Messung zu diesem Thema ist für ein Akutspital nicht relevant.	

17

Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.

18	Projekte im Detail	24
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	24
18.1.1	Konzept pQRM.....	24
18.1.2	Digitalisierung Meldesysteme	24
18.1.3	Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier.....	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	25
18.2.1	Projekt QPR	25
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	25
18.3.1	pQRM.....	25
19	Schlusswort und Ausblick	26
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		27
Akutsomatik		27
Anhang 2		
Herausgeber		29

1 Einleitung

Das Liechtensteinische Landesspital ist eine öffentlich-rechtliche Stiftung und verfügt über rund 60 Betten. Als medizinischer Grundversorger in Liechtenstein beschäftigen wir 180 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

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

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

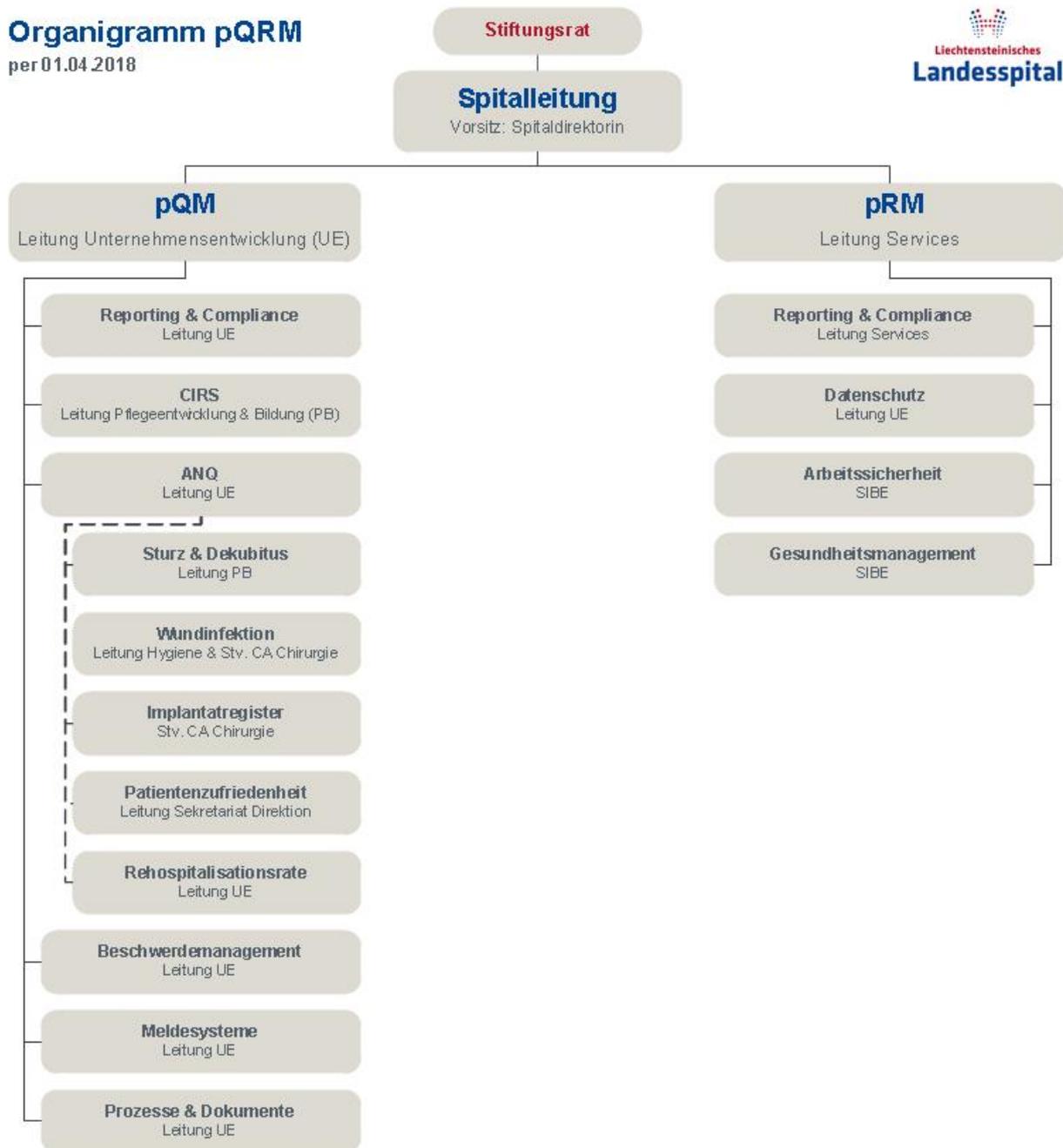
Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm pQRM

per 01.04.2018



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Martin Kalberer
Leitung Unternehmensentwicklung
Liechtensteinisches Landesspital
00423 235 44 80
martin.kalberer@landesspital.li

3 Qualitätsstrategie

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

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

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

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Mit dem Start zum Projekt Qualitäts-, Prozess- & Risikomanagement (QPR, 2015 - 2017) machte das Landesspital einen grossen Schritt Richtung Integration von verschiedenen zu einem integrierten Managementsystem.

Das Projekt QPR konnte im Jahr 2017 erfolgreich abgeschlossen und in ein institutionalisiertes prozessorientiertes Qualitätsmanagement (pQM) überführt werden. Aufgrund des Wechsels von 3 Spitalleitungspositionen wurde Ende 2017 über eine neue organisatorische Einbettung des pQM diskutiert. Die neue Organisation wird im 2018 umgesetzt und ist im Organigramm ersichtlich.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

2017 stand im Zeichen der Umsetzung der neubeschlossenen Organisation. Die Rekrutierung von diversen Schlüsselstellen konnte erst im 3Q. 2017 bzw. 1Q. 2018 abgeschlossen werden. Dies hatte zur Folge, dass einige Bereiche während 9 bzw. 15 Monaten ad Interim geführt wurden.

Aufgrund der Reorganisationsumsetzungsthematik fokussierte sich das LLS auf die wichtigsten Qualitätsinstrumente wie ANQ Messungen, Patientenzufriedenheit, Meldesysteme und Dokumentenlenkungs- & Prozessmanagement. Eine wichtige Aufgabe stellte die Neueinbettung des pQM in der neuen Organisation dar, welche aktuell im Organigramm pQRM ersichtlich ist.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Das Liechtensteinische Landesspital strebt eine stärkere Digitalisierung (Neueinführungen und Upgrades) im Bereich der Meldesysteme an. Zudem sollen die bisher messbefreiten ANQ-Messungen wie Rehospitalisationsrate und Implantatregister fester Bestandteil in den ANQ-Messungen werden.

Allgemein wird die digitale Transformation wie eHealth und papierarmes Arbeiten eine erhöhte Qualität in der Kommunikation, Datenschutz und Datenverfügbarkeit mit sich bringen.

Übergeordnet wird das LLS ein umfangreiches prozessorientiertes Qualitätsmanagementkonzept (pQM) wie auch ein prozessorientiertes Risikomanagementkonzept (pRM) ausarbeiten. Mittelfristig wird eine Zertifizierung auf SanaCert und/oder ISO angestrebt. Langfristig hält sich das Landesspital vor nach dem EFQM Modell zu arbeiten.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

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

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

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

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

Ziel	Einführung der elektronischen Patientenakte inkl. benötigter Module (eArchiv, ...)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2020
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Im Zuge des Projekt eHealth FL
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.3

Konzept pQRM

Ziel	Ausführliches Konzept prozessorientiertes QM und RM
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Institutionalisierung und KVP im Bereich Qualitäts- & Risikomanagement
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.1

Digitalisierung Meldesysteme

Ziel	Erhöhung der Benutzerfreundlichkeit und Verbesserung von Auswertungen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2017 - 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Im Zuge der kontinuierlichen Verbesserung und Möglichkeiten digitaler Transformation
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
Evaluation Aktivität / Projekt	Siehe Ziff. 18.1.2

Projekt QPR

Ziel	Implementierung eines integrierten Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzes Spital
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2015 - 2017 (wird durch Konzept pQRM institutionalisiert)
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Qualitäts-, Prozess- und Risikomanagement soll auf Basis eines ganzheitlichen und integrierten Ansatz umgesetzt werden.
Involvierte Berufsgruppen	Diverse
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 ein CIRS im Jahr 2009 eingeführt.

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

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

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

Bemerkungen

Das Liechtensteinische Landesspital erfasst die CIRS-Meldungen systematisch und bearbeitet diese prozessorientiert. Das Gremium CIRS-Gruppe nimmt bei der Bearbeitung eine wichtige Funktion ein. Zudem werden zweimal jährlich CIRS-Konferenzen durchgeführt, an denen alle Mitarbeiter teilnehmen können.

2017 gingen 71 CIRS Fälle ein. Davon wurde ein Fall als nicht CIRS-Fall klassifiziert. Die häufigsten Ursachenkategorien waren Medikamente (22 Fälle) gefolgt von Prozessabläufe (15 Fälle) und Geräte (12 Fälle). 66 von 71 CIRS Fällen wurden durch pflegerisch/ärztliches Personal erfasst. Mehr als 95% der Fälle wurden anonym erfasst.

Im Bereich der Medikamente finden regelmässig Informationen zur Sensibilisierung statt. Zudem wurden einige Massnahmen im Prozess des Medikamentenrichtens und der Verordnung getroffen. CIRS Meldungen bzgl. Prozessabläufe werden im Kontext der kontinuierlichen Verbesserung und Lean Healthcare bearbeitet. Viele der Geräte bewegen sich in Richtung "end of life". Hierbei finden umsichtige Neuinvestitionen statt.

Der CIRS Prozess und die Struktur wird im Zuge der Reorganisation im Jahr 2018 überprüft. Zudem gibt es auf dem Meldeportal im Zeitraum 2018 - 2019 ein Upgrade, welches die Benutzerfreundlichkeit und die Auswertungsmöglichkeiten stark optimiert (siehe Qualitätsprojekt "Digitalisierung Meldesysteme).

4.5 Registerübersicht

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

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2017

Bemerkungen

Das Liechtensteinische Landesspital nimmt an der Herniamed Qualitätssicherungsstudie teil. Herniamed ist das deutsche Register für alle Hernienformen, Leistenhernie, Narbenhernie, Nabelhernie, epigastrische Hernie, parastromale Hernie und Hiatushernie.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

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.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Liechtensteinisches Landesspital	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.20 (1.00 - 5.00)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.52 (1.00 - 5.00)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.59 (1.00 - 5.00)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.68 (1.00 - 5.00)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.28 (1.00 - 5.00)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	87.50 %

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Das Liechtensteinische Landesspital lag ausser in der Frage "Wie empfanden Sie die Dauer ihres Spitalaufenthalts" über dem Mittelwert. Massnahmen um die Verweildauer zu senken werden geprüft.

Angaben zur Messung

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

Liechtensteinisches Landesspital

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	72		
Anzahl eingetroffener Fragebogen	34	Rücklauf in Prozent	47 %

Bemerkungen

Die Rücklaufquote mit 47% ist als positiv zu betrachten.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 Interne Patientenbefragung stationär

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Erhebung der internen Patientenbefragung stationär erfolgt über das Gesamtspital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die internen Patientenbefragungen werden für die Umsetzung pQM geprüft und neu in einer digitalen Umgebung aufgesetzt (2018 / 2019).

5.2.2 Interne Patientenbefragung ambulant

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Erhebung der internen Patientenbefragung stationär erfolgt über das Gesamtspital.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die internen Patientenbefragungen werden für die Umsetzung pQM geprüft und neu in einer digitalen Umgebung aufgesetzt (2018 / 2019).

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Liechtensteinisches Landesspital

Spitaldirektorin
Sandra Copeland
Spitaldirektorin

00423 235 44 11

info@landesspital.li

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

Behandlungsqualität

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

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

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2014	2015	2016	2017
Liechtensteinisches Landesspital				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	2	2	0	0
In Prozent	6.30%	7.70%	0.00%	0.00%

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Liechtensteinisches Landesspital			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017	14	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.00%

13 Wundliegen

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

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

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

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

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

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Liechtensteinisches Landesspital						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	2	0	1	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4	6.3	0	3.8	0	-

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

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

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

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

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

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten \geq 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Liechtensteinisches Landesspital			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	14	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.00%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Konzept pQRM

Mit der Reorganisation des Qualitätsmanagement erfolgte auch der Startschuss für die Erstellung eines umfassenden prozessorientierten Qualitäts- & Risikomanagementkonzeptes, welches im Verlauf des Jahres 2018 fertig sein sollte.

Ziel ist die Institutionalisierung eines ganzheitlichen und integrierten Ansatzes des Qualitäts- & Risikomanagements auf Basis des Konzeptes. Das Konzept pQRM ist die Fortführung des Projektes QPR (Qualität-, Prozess- und Risikomanagement), welches sich in 5 bzw. 6 Phasen gliedert: 1. Vorbereitung -> 2. Management Workshops -> 3. Konzept -> 4. Realisierung -> 5. Selbst Assessment -> 6. Zertifizierung (optional).

Das LLS befindet sich momentan in Phase 4. Dabei wird ein systemisches Prozessmanagementsystem kontinuierlich mit Prozessen, Dokumenten und Risikokennzahlen aufgebaut. Zudem wird das QM neu organisiert. Phase 1 bis Phase 3 wurde mit einem Top Down Prozess unter Einbezug von Entscheidungsträger und ausgewählten Personen von der Basis durchgeführt. Phase 4 wird durch einen Bottom Up Prozess, welcher das ganze LLS betrifft durchgeführt und mit einem Benutzer- und Berechtigungskonzept sichergestellt. Das Projekt befindet sich leicht über dem Zeitplan und sollte Anfangs 2019 von einem Projekt in einen geordneten Ablauf nach dem Deming Kreislauf (Plan, Do, Check, Act) übergehen.

Die Phase 6, Zertifizierung ist momentan optional in der Planung angegeben. Überlegungen führen in Richtung Zertifizierung mit SanaCert und/oder ISO mit dem Weitblick in Richtung EFQM sich zu entwickeln.

18.1.2 Digitalisierung Meldesysteme

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

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

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

Projektende ist der 31.12.2018.

18.1.3 Digitalisierung Patientenpfad und Patientendossier

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

Insgesamt ergeben sich folgende Optimierungen daraus:

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

Laufzeit 2015 - 2020

Diverse Teilprojekte

- medical eArchiv
- eZuweisung
- eMedikation
- ...

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Projekt QPR

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

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

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 pQRM

Siehe Ziff. 18.1.1 Konzept pQRM.

19 Schlusswort und Ausblick

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

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

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasen Chirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Nerven medizinisch (Neurologie)
Neurologie
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel '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
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien der Zervix
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien des Ovars
Maligne Neoplasien der Mamma

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.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**).