

Qualitätsbericht 2020

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Hauptprozess: | Führung & Organisation |
| Unterprozess: | Qualität |
| Prozesseigner: | Thomas Riegger |
| Dokumenteneigner: | Thomas Riegger |
| Geltungsbereich: | LAK |
| Freigabe durch: | Geschäftsleitung |
| Freigabe Datum: | 18.03.2021 |
| Gültig ab: | 01.04.2021 |
| Version: | 1.0 |

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | Qualitätsstrategie | 3 |
| 1.1 | Qualitätsstrategie und Ziele | 3 |
| 1.2 | Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement | 3 |
| 2 | Angaben zur Struktur- und Prozessqualität | 4 |
| 3 | Betriebliche Kennzahlen und Angebot | 6 |
| 3.1 | Kennzahlen 2020 | 6 |
| 3.2 | Personalressourcen | 6 |
| 3.2.1 | Quantitativer Personalbestand im Durchschnitt | 6 |
| 3.2.3 | Qualitativer Personalbestand | 7 |
| 3.3 | Aus-, Fort- und Weiterbildung | 7 |
| 4 | Zufriedenheitsmessungen | 8 |
| 4.1 | Bewohnerzufriedenheit | 8 |
| 4.2 | Angehörigenzufriedenheit | 9 |
| 4.3 | Mitarbeiterzufriedenheit | 10 |
| 5 | Risikomanagement | 13 |
| 6 | CIRS (Critical Incident Reporting System) | 13 |
| 7 | Beschwerdemanagement | 14 |
| 8 | Notfallmanagement | 16 |
| 9 | Qualitätsmessungen in der Pflege | 16 |
| 9.1 | Stürze | 16 |
| 9.2 | Dekubitus | 17 |
| 9.3 | Bewegungseinschränkende Massnahmen | 18 |
| 9.4 | Weitere Qualitätsmessungen in der Pflege | 20 |
| 9.5 | Weitere qualitätsfördernde Massnahmen | 20 |
| 10 | Weitere Verbesserungsaktivitäten und –projekte | 22 |
| 10.1 | Zertifizierungen und angewandte Normen / Standards | 22 |
| 10.2 | Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte | 22 |
| 10.3 | Übersicht über abgeschlossene Aktivitäten und Projekte | 22 |
| 11 | Schlusswort und Ausblick | 24 |

1 Qualitätsstrategie

1.1 Qualitätsstrategie und Ziele

Gemäss Art. 19a KVG (Gesetz über die Krankenversicherung) haben die Leistungserbringer mit dem Krankenkassenverband LKV Massnahmen zur Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen für Krankenpflege sowie über den Informationsaustausch zu vereinbaren. Diese Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Regierung.

Gemäss Art. 5 KQV (Verordnung über die Kostenziele und die Qualitätssicherung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) richten sich Art und Umfang von Massnahmen zur Qualitätssicherung nach den von der Regierung genehmigten Vereinbarungen gem. Art. 19a KVG zwischen dem Krankenkassenverband und den Leistungserbringern. Die Regierung hat in ihrer Sitzung vom 27. August 2019 auf Antrag des LKV die mit Beschluss vom 02. März 2010 erteilte Genehmigung betreffend die Qualitätssicherungsvereinbarung weiterhin als gültig erklärt.

Die LAK erachtet das Qualitätsmanagement als wichtiges und bedeutendes Führungsinstrument. Es hat daher seinen Platz in den Führungsprozessen und ist direkt der Geschäftsleitung zugeordnet. Die Geschäftsleitung nimmt ihre Verantwortung wahr, um

- die notwendigen Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement zur Verfügung zu stellen.
- die Sicherung und die Förderung der Qualität zu entwickeln.
- auch bei den Tätigkeiten im Qualitätsmanagement die prozessorientierte und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

1.2 Angaben zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

| Name | Telefon (direkt) | E-Mail | Funktion |
|-----------------------|------------------|--|-----------------------------------|
| Thomas Riegger | +423 236 48 11 | thomas.riegger@lak.li | Vorsitzender der Geschäftsleitung |
| Kurt Salzgeber | +423 236 48 20 | kurt.salzgeber@lak.li | Leitung Pflege und Betreuung |
| Gisela Schmid | +423 236 48 19 | gisela.schmid@lak.li | Leitung Hotellerie |
| Paul Fäh | +423 236 48 30 | paul.faeh@lak.li | Leitung Bildung |
| Michael Rogner | +423 377 46 08 | michael.rogner@lak.li | Leitung Pflegeentwicklung |

2 Angaben zur Struktur- und Prozessqualität

Infrastruktur und Einrichtungen

- Die Räumlichkeiten und Einrichtungen der LAK entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen.
- Die Räumlichkeiten und Einrichtungen der LAK entsprechen in folgenden Bereichen nicht den gesetzlichen Bestimmungen:
 -
 -
 -

Bemerkungen:

Hygienestandards

- Die LAK verfügt über ein Hygienekonzept, welches den gesetzlichen Bestimmungen genügt.
- Die LAK verfügt über kein Hygienekonzept.

Bemerkungen:

Das bereichsübergreifende Hygienekonzept der LAK wurde bis Mitte 2018 finalisiert und wird seit 2019 umgesetzt. Es finden pro Standort alle zwei Jahre Hygieneaudits statt. Zudem findet jährlich ein Hygieneforum mit einer Hygiene-Fachexpertin und den Hygiene-Ansprechpersonen der verschiedenen Bereiche der LAK statt.

Pflegedokumentation

- Die elektronische Pflegedokumentation easyDOK erfüllt folgende Anforderungen:
 - Standardisierter Pflegemassnahmenplan inklusive Abklärungshilfen und Assessments
 - Individueller Pflegeplan
 - Informationen über Diagnosen, Verlauf, Pflegebericht, Medikation, Allergien, Therapien etc.
 - Informationen zu spezifischen Pflegeproblemen (Sturz, Dekubitus, Wundmanagement)
 - Dokumente der vorausschauenden Betreuungsplanung / Advance Care Planning (Sachwaltschaft, Patientenverfügung, Palliativer Behandlungsplan)
 - Fixe Assessments (Sturz, Schmerz, Dekubitus) und variable Assessments (Schlaf etc.)

Pflegerichtlinien

Die LAK verfügt über folgende Pflegerichtlinien (auszugsweise):

- Bezugspflege
- Pflegeprozess
- Delegation
- Medikamentenmanagement
- Schmerzmanagement
- Tagesverantwortung
- Bewegungseinschränkende Massnahmen

Pflegerichtlinien

- Sturzmanagement
- Sachwalterschaft
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Umgang mit aggressivem Verhalten
- Unterbringung und Zurückhaltung / Bewegungseinschränkende Massnahmen
- Potentiell abgängige Bewohner
- Aromapflege
- Palliative Care bei COVID-19
- Wundmanagement und Bewegungsförderung

Bemerkungen:

Die Auflistung ist nicht abschliessend. Aufgelistet sind die wesentlichsten Richtlinien.

Pflegekonzepte**Die LAK verfügt über folgende Pflegekonzepte:**

- Pflege und Betreuung inkl. Palliative Care und Demenz
 - Freiwilligkeit und Ehrenamt
 - Ethische Handlungsfelder
 - AKTUALISIERT: Strategische Bildungsplanung
 - Kurzzeitpflege (Übergangspflege, Ferienpflege, Tagespflege)
 - Sozialpsychiatrische Pflege und Betreuung
 - NEU: Case Management
 - AKTUALISIERT: Pflegeentwicklung und -qualität
-

3 Betriebliche Kennzahlen und Angebot

3.1 Kennzahlen 2020

| Kennzahlen | 2020 | 2019 | Differenz |
|---|------------|------------|------------|
| Anzahl Betreuungsplätze (Langzeit- und Kurzzeit*) | 267 | 251 | +16 |
| Anzahl Belegungstage Langzeitpflege | 85'046 | 84'000 | +1'046 |
| Anzahl Pfl egetage Langzeitpflege | 83'146 | 82'035 | +1'111 |
| Bettenauslastung stationärer Bereich | 91.5% | 96.7% | -5.2% |
| Anzahl Pfl egetage Übergangspflege | 2'048 | 2'602 | -554 |
| Anzahl Pfl egetage Ferienpflege | 461 | 845 | -384 |
| Anzahl Pfl egetage Tagesbetreuung | 753 | 1'305 | -552 |
| Stellenprozent pro Betreuungsplatz | 126.6% | 127.6% | -1% |
| Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Langzeitpflege | 2.78 Jahre | 2.58 Jahre | +0.2 Jahre |

*Kurzzeit = Übergangspflege, Ferienpflege und Tagespflege

3.2 Personalressourcen

3.2.1 Quantitativer Personalbestand im Durchschnitt

| Personalgruppen | 2020 | 2019 | Bemerkungen |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Dipl. Pflegefachpersonal | 79.9 | 78.2 | |
| Pflegepersonal mit Fähigkeitsausweis | 42.6 | 41.7 | |
| Pflegerisches Hilfspersonal | 60.0 | 53.1 | |
| Aktivierung | 4.0 | 4.2 | |
| Leitung und Verwaltung | 22.6 | 20.7 | |
| Hauswirtschaft und Hotellerie | 62.1 | 61.3 | |
| Technische Dienste | 7.4 | 7.7 | |
| Personal in Ausbildung | 52.7 | 48.9 | |
| Praktikanten | 3.4 | 4.5 | |
| Total | 334.7 | 320.3 | |

Der Stellenzuwachs begründet sich durch die etappierte Inbetriebnahme des Hauses St. Peter und Paul.

3.2.3 Qualitativer Personalbestand

Spezifische Fachkräfte sind für adäquate Pflege- und Betreuungsleistungen notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten ermöglichen komplexe Pflege und Betreuungsleistungen.

| Berufs- und Funktionsgruppen | Höchster Abschluss / Weiterbildung |
|-------------------------------|--|
| Pflege | |
| Palliative Care | Master in Palliative Care |
| Geriatric Pflege | Master in Geriatric Care |
| Demenz Pflege | CAS Lebensweltorientierte Demenzpflege |
| Wundmanagement | Diplomierte Wundexpertin (SAfW) |
| Aktivierung | FA Aktivierung |
| Pflegeentwicklung | Mag. (Pflegerwissenschaft) |
| Pflegemanagement | MSc in Pflegemanagement |
| Case Management | CAS Case Management |
| Pain Nurse | CAS Pain Nurse / Schmerzmanagement |
| Bildung | |
| Berufsbildner | Eidgenössischer Fachausweis Ausbilderin |
| Leitung | Dipl. Berufsschullehrer, FH Niveau |
| Hauswirtschaft | Bereichsleitung Hotellerie und Hauswirtschaft FA |
| Management | Master in Health Service Management |
| Freiwilligenmanagement | CAS Strategisches Freiwilligenmanagement |

3.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Aufgrund des Fachkräftemangels bei Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen kommt der Ausbildung (Grundbildung) und der damit verbundenen Berufsnachwuchssicherung eine besondere Bedeutung zu. Die Fort- und Weiterbildung ist ein zentrales Element im Rahmen der Personalentwicklung. Nur gut ausgebildetes Personal ist im Stande, die Anforderungen gemäss Auftrag zu erfüllen. Die Fort- und Weiterbildung bezieht sich auf den Erwerb von aktuellem und evidentem Wissen. Seit 2017 wird das Konzept „Strategische Bildungsplanung“ umgesetzt, um die Planung und Durchführung von Bildungsmassnahmen noch besser auf die strategische Ausrichtung der LAK fokussieren zu können.

Im Jahr 2019 wurde die strategische Bildungsplanung evaluiert. Im 2020 wurde das Konzept aktualisiert und der Betreuung von Menschen mit Demenz noch mehr Bedeutung in der Fort- und Weiterbildung beigemessen.

Im Jahr 2020 mussten aufgrund der Corona Situation zahlreiche Fort- und Weiterbildungen abgesagt, bzw. unter strengen Hygienemassnahmen durchgeführt werden. Es wurden 64 Fort- und Weiterbildungskurse intern angeboten, welche von 620 Personen besucht wurden.

| Ausbildung | |
|---|--|
| Die LAK stellt für folgende Berufe Ausbildungsstellen zur Verfügung (nur LAK): | |
| | Anzahl Lehr- und Studienverhältnisse per 31.12.2020 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Gesundheit | 34 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Attest Gesundheit und Soziales | 2 |

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pflegefachfrau/-mann HF | 7 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | KV | 0 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Hauswirtschaft | 10 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Fachfrau Lebensbegleitung im Alter | 1 |
| Anzahl Lehrverhältnisse Total | | 54 |

Fort- und Weiterbildung

| | | | | |
|--|-------------------------------------|----|--------------------------|------|
| Ist ein internes Fortbildungsprogramm vorhanden und für die Mitarbeitenden zugänglich? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Ist ein Weiterbildungsreglement vorhanden? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Werden externe Weiterbildungen in Bezug zum Organisationszweck und der Unternehmensstrategie abgeleitet? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Werden im Rahmen der Personalentwicklung Weiterbildungen geplant und im jährlichen Mitarbeitergespräch thematisiert? | <input checked="" type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Im Konzept „Strategische Bildungsplanung“ werden folgende Ziele verfolgt:

- Die Mitarbeitenden werden befähigt, die in ihrer Funktionsbeschreibung aufgeführten Aufgaben eigenverantwortlich und kompetent zu erfüllen.
- Durch die Bildungsplanung wird die strategische Ausrichtung der LAK in besonderer Weise unterstützt.
- Durch die Bildungsplanung wird die Personalentwicklung gefördert und die Arbeitsplatzzufriedenheit gesteigert.
- Durch die Förderung ihrer Mitarbeitenden steigert die LAK ihre Reputation, tritt als attraktiver Arbeitgeber auf und fördert die Mitarbeiterzufriedenheit.
- Durch die stufengerechte Bildungsplanung wird die interdisziplinäre und –professionelle Zusammenarbeit gefördert.
- Durch die Bildungsplanung werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen zweckmässig, wirtschaftlich und wirksam eingesetzt.
- Durch die Bildungsplanung werden die Anforderungen zur Erfüllung von Qualitätsnormen und Anerkennungen erfüllt.

Einführung easyDok und NEXUS / HEIM

Aufgrund des Projekt NEXUS zur Implementation einer neuen Software für Pflege (easyDOK) und Administration (NEXUS / HEIM) wurden im Jahr 2020 über 50 Schulungsanlässe für das Pflege- und Verwaltungspersonal durchgeführt. Die hohe Anzahl an Schulungsanlässen wurde nötig, um die Covid-19 Schutzmassnahmen einhalten zu können (begrenzte Teilnehmerzahlen).

4 Zufriedenheitsmessungen

4.1 Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Bewohnerzufriedenheit liefert der LAK wertvolle Informationen, wie die Bewohner die Pflege- und Betreuungsleistungen in der LAK empfinden.

Wird die Bewohnerzufriedenheit im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb misst die Bewohnerzufriedenheit nicht

Begründung:

Ja, unser Betrieb misst die Bewohnerzufriedenheit

Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt

Im Berichtsjahr 2020 wurde keine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2014** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2021**

Die letzte Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt

An allen Standorten der LAK

Haus St. Florin

Haus St. Laurentius

Haus St. Mamertus

Haus St. Martin

Angewandtes Messinstrument

Mecon

Picker

Eigenes internes Instrument

Andere: externe Befragung durch das Institut NPO Plus

Bemerkungen zur Bewohnerzufriedenheit

Eine Bewohnerbefragung im klassischen Stil (Stichtag Fragebogen) stellt lediglich eine Momentaufnahme dar und bringt deshalb keinen adäquaten Nutzen für die Qualitätsentwicklung. Hier greifen die Instrumente in der Pflegeorganisation bedeutend besser → Pflegebezugspersonensystem und bewohnerzentrierte Gespräche. Des Weiteren hat die im Jahr 2018 durchgeführte Analyse zum Thema Menschen mit Demenz in der LAK aufgezeigt, dass die Messung deren Lebensqualität ein wichtiges Thema ist. Die LAK verzichtet daher auf die klassische Bewohnerbefragung und konzentriert sich auf das Thema Menschen mit Demenz. In den geschützten Stationen an den Standorten Schaan (Station EG), Vaduz (Station Moo) und Triesen (Station 4 Nord) wird deshalb in Zusammenarbeit mit der Firma Qualis im Jahr 2021 eine Lebensqualitätsanalyse geplant.

4.2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert der LAK wertvolle Informationen, wie die Angehörigen die Pflege- und Betreuungsleistungen in der LAK wahrnehmen. Eine Messung der Angehörigenzufriedenheit bringt auch dann wertvolle Erkenntnisse, wenn der Gesundheitszustand der Bewohner eine direkte Zufriedenheitsmessung nicht erlaubt.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht

Begründung:

Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit

Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt

Im Berichtsjahr 2020 wurde keine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2014** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2021**

Die letzte Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt

An allen Standorten der LAK

Haus St. Florin

Haus St. Laurentius

Haus St. Mamertus

Haus St. Martin

Angewandtes Messinstrument

Mecon

Picker

Eigenes internes Instrument

Andere: externe Befragung durch das Institut NPO Plus

Bemerkungen zur Angehörigenzufriedenheit

Die Angehörigen werden in Absprache mit dem Bewohner in den Pflegeprozess mit einbezogen. Die Zufriedenheit wird auch in mindestens einmal jährlich stattfindenden Bewohner- und Angehörigengesprächen thematisiert.

Aufgrund der Corona Situation mussten die jährliche stattfindenden Angehörigenanlässe abgesagt werden. Auch die für das Jahr 2020 vorgesehene Bewohnerbefragung wurde nicht durchgeführt.

4.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert der Unternehmung wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden die LAK als Arbeitgeberin und ihre Arbeitssituation empfunden wird.

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?

Nein, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht

Begründung:

Ja, unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit

Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt

Im Berichtsjahr 2020 wurde keine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2018** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2022**

Die letzte Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt

An allen Standorten der LAK

Haus St. Florin

Haus St. Laurentius

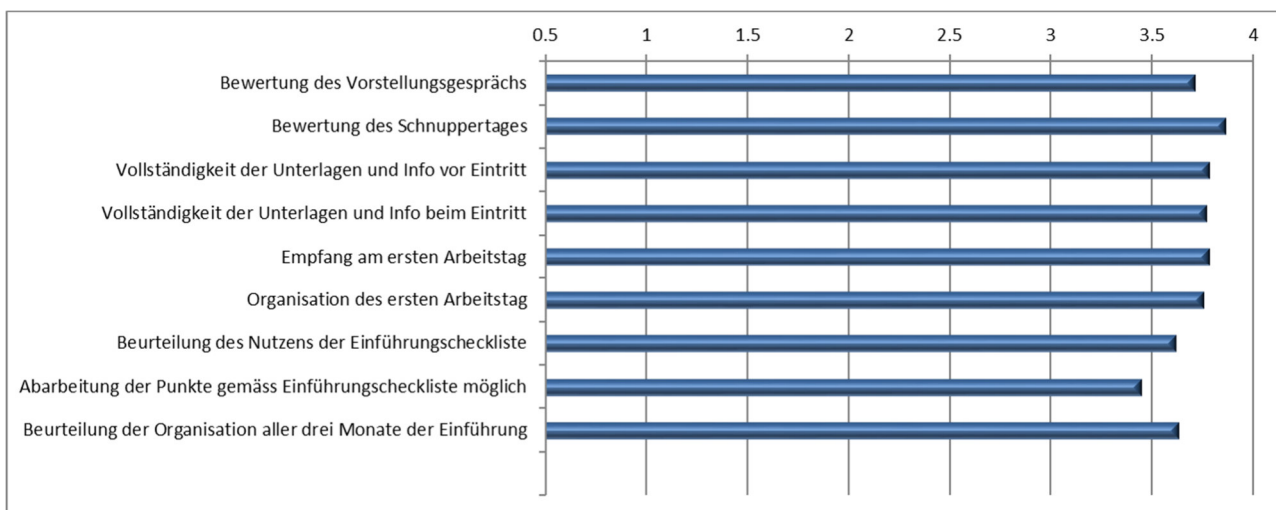
Haus St. Mamertus

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen? Haus St. Martin**Angewandtes Messinstrument** Mecon Picker Eigenes internes Instrument Andere: Firma iCommit, Küssnacht ZH**Bemerkungen zur Mitarbeiterzufriedenheit**

Die Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe war Gewinnerin des Swiss Arbeitgeber Awards 2014. Der Swiss Arbeitgeber Award prämiert jährlich auf der Grundlage einer detaillierten Mitarbeiterbefragung die besten Arbeitgeber aus der Schweiz und Liechtenstein. An der Mitarbeiterbefragung 2018 erreichte die LAK den hervorragenden 2. Platz und hat sich in allen Themenstellungen gegenüber den Befragungsergebnissen aus dem Jahr 2014 verbessert.

Seit 2016 werden strukturierte und alle Fachbereiche umfassende Mitarbeiterbefragungen durchgeführt:

- nach Abschluss der Probezeit
- nach Austritt aus der LAK

Auswertung 2020 nach Abschluss der Probezeit (n = 33):

Legende: 4 = sehr gut; 3 = gut; 2 = weniger gut; 1 = nicht gut

Auswertung 2020 nach Austritt aus der LAK:

Seit 2019 sind die Austrittsgespräche obligatorisch und werden durch den Personaldienst durchgeführt. Die Ergebnisse werden in eine Notenskala (1-6) überführt. Austrittsgespräche werden auch bei internen Wechsel durchgeführt (n=10)

Die Ergebnisse im Überblick (n = 44):

| | | |
|----|--|------------|
| | Rahmenbedingungen | |
| 1 | Regelung der Arbeitszeiten | 5.4 |
| 2 | Mitarbeiterleistungen | 6.0 |
| 3 | Vereinbarkeit Familie und Beruf | 5.4 |
| 4 | Wertschätzung | 4.6 |
| 5 | Lohn | 6.0 |
| 6 | Dienstplan | 5.4 |
| | Organisation | |
| 7 | Organisation und Struktur | 5.2 |
| 8 | Abläufe im Alltag | 5.0 |
| 9 | Mitspracherecht und Gestaltungsspielraum | 5.0 |
| 10 | Handlungsfreiraum | 4.6 |
| 11 | spannender u. interessanter Arbeitsbereich | 5.8 |
| | Arbeit | |
| 12 | Spass und Humor bei der Arbeit | 5.6 |
| 13 | Entwicklungsmöglichkeiten | 5.6 |
| 14 | Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten | 6.0 |
| 15 | gerechte Arbeitsauslastung | 5.2 |
| 27 | Guter interner Wechsel möglich | 5.6 |
| | Team | |
| 16 | Gegenseitige Unterstützung im Team | 5.8 |
| 17 | Konfliktfähigkeit im Team | 4.8 |
| 18 | Vertrauensverhältnis im Team | 5.0 |
| 19 | Arbeitsweise im Team | 5.4 |
| | Vorgesetzte/r | |
| 20 | Führungsstil | 4.6 |
| 21 | Informationsverhalten VG | 5.0 |
| 22 | Vertrauensverhältnis zu VG | 5.0 |
| 23 | Gesprächsbereitschaft VG | 5.0 |
| 24 | faire Beurteilung durch VG | 5.2 |
| 25 | faire Behandlung durch VG | 5.2 |
| 26 | Unterstützung und Förderung durch VG | 5.0 |
| | | |
| | Gesamtbewertung | 5.3 |

5 Risikomanagement

| Hat die LAK ein Risikomanagement? | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein Risikomanagement |
| | Begründung: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein Risikomanagement |
| | Verantwortliche Person: Martin Bell |
| | Funktion: Leitung Technischer Dienst, Haus St. Laurentius, Risikoverantwortlicher LAK |
| | Mail: martin.bell@lak.li |
| | Telefon: +423 236 47 00 |

Die LAK betreibt ein aktives Risikomanagement, welches in der bestehenden Führungs- und Organisationsstruktur verankert ist und durch die Risikoverantwortlichen der Bereiche Führung und Organisation, Pflege und Betreuung, Hotellerie, Facility Management und Arbeitssicherheit sowie des Bereichs IT und Datenschutz verantwortet wird. Der Risikomanager übernimmt übergeordnet die Koordination des gesamten Risikomanagements.

Mit dem Risikomanagement werden Risiken identifiziert, bewertet, priorisiert und durch geeignete Massnahmen minimiert. Während die Unternehmensführung grundsätzlich die Realisierung der Unternehmensziele verfolgt, will das Risikomanagement als ein Instrument der Führung eine Abweichung von diesen Zielen verhindern.

Ein Risiko von 101 bewerteten Risiken ist im «roten» Bereich der Risikomatrix eingestuft. Dabei handelt es sich um das Risiko Epidemie / Pandemie, welches bei der Schadenshöhe von gering auf spürbar und bei der Eintrittswahrscheinlichkeit von selten auf häufig gesetzt wurde. Diese Beurteilung wurde massgeblich durch die Covid-19 Pandemie beeinflusst.

Es hat sich gezeigt, dass das Risikomanagement für die Bewältigung der Covid-19 Pandemie unterstützend ist. Trotzdem wurde man überrollt. Es wurden aber erfolgreich ad hoc Entscheide gefällt und daraus geeignete Massnahmen getroffen. Die LAK hat aus den Ereignissen gelernt und neue Risiken erfasst oder Bestehende angepasst. Die Risiken «zu wenig Schutzmaterial an Lager» und «Soziale Isolation von Bewohnenden» wurden neu aufgenommen. Alle restlichen Risiken wurden, im Kontext zur Pandemie, wo notwendig angepasst.

Ein Fokus des Risikomanagements für das 2021 liegt darin, die Risiken und deren Massnahmen, welche sich aus der Covid-19 Pandemie ergeben haben, strikte zu verfolgen und stetig der Situation anzupassen. Zudem wird das Konzept Risikomanagement einer Überprüfung unterzogen und wo notwendig aktualisiert. Corona verdeutlicht die Notwendigkeit von Risikomanagement und zeigt, dass es in Krisen schützen kann.

6 CIRS (Critical Incident Reporting System)

| Hat die LAK ein CIRS? | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb hat kein CIRS-System |
| | Begründung: |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb hat ein CIRS-System |

 Verantwortliche Person: Daniel Morscher

Funktion: Leitung Haus St. Peter und Paul, CIRS-Verantwortlicher LAK

Mail: daniel.morscher@lak.li

 Telefon: +423 377 74 01

Das Melden von CIRS Fällen orientiert sich an der Führungs- und Organisationsstruktur der LAK. Die Mitarbeitende können mit Hilfe eines elektronischen oder schriftlichen Meldeformulars einen CIRS-Fall melden. Das CIRS der LAK ist in der bestehenden Führungs- und Organisationsstruktur der LAK verankert. CIRS wird dem Prozess „Qualität sicherstellen“ zugeordnet. Mit dem CIRS Meldesystem sollen vermeidbare, unerwünschte Ereignisse verhindert werden. Die Gewährleistung und stetige Optimierung der Bewohner- und Mitarbeitersicherheit sind ein zentrales Anliegen des Qualitäts- und Risikomanagements der LAK.

Die Grundlagen des Meldesystems für kritische Zwischenfälle in der LAK sind im „Konzept Critical Incident Reporting System (CIRS)“ beschrieben. Die CIRS-Meldungen werden entsprechenden Meldekreisen zugeordnet. Diese sind: Meldekreis Pflege und Betreuung, Meldekreis Hotellerie und Wohnen und der Meldekreis Infrastruktur und Technik.

Erste Massnahmen werden durch das CIRS Team abgeleitet und mit den verantwortlichen Personen besprochen und ergänzt (Massnahmenplanung). Daraus resultierende Anpassungen, sind durch die Linienverantwortlichen zu gewährleisten (Massnahmenumsetzung).

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 44 CIRS Meldungen abgesetzt. Alle CIRS Meldungen konnten per Ende Jahr abschliessend bearbeitet werden.

| Allgemeines | |
|--------------------------------------|----|
| Anzahl CIRS Meldungen | 44 |
| Anzahl CIRS Meldungen anonym | 11 |
| Anzahl CIRS Meldungen nicht anonym | 33 |
| Anzahl CIRS Meldungen in Bearbeitung | 2 |
| Anzahl CIRS Meldungen abgeschlossen | 42 |

7 Beschwerdemanagement

Hat die LAK ein Beschwerdemanagement?

Nein, unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement

Begründung:

Ja, unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement

Verantwortliche Person: Alfred Würzler

Funktion: Assistent der Geschäftsleitung

Mail: alfred.wuerzler@lak.li

Telefon: +423 236 48 13

Die Umsetzung des Leistungsauftrags erfolgt durch das interdisziplinäre Zusammenwirken von verschiedenen

Berufsgruppen. Ihre Tätigkeiten sind fachlich anspruchsvoll und mitunter emotional belastet. Unsere Bewohner und deren Angehörigen haben gegenüber den Mitarbeitenden hohe Erwartungen. Die Mittel und Möglichkeiten der Mitarbeitenden, die für die Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen, können limitiert sein. Diese Faktoren können dazu führen, dass die Erwartungen und Wünsche unserer Bewohner sowie deren Angehörigen nicht oder nur partiell erfüllt werden können. Zudem können langjährige Routine und ‚Betriebsblindheit‘ die kritische Überprüfung von bestehenden Prozessen und Tätigkeiten erschweren. Sie können durch die Bewohner oder deren Angehörigen als Probleme wahrgenommen werden. Um diese suboptimalen Situationen gezielt bearbeiten zu können, steht unseren Bewohnern und deren Angehörigen die Möglichkeit offen, ihre Meinung zu formulieren, sich zu beschweren und/oder ihre Anliegen einzubringen.

Im Laufe der Berichtsperiode sind vom 01.11.2019 bis 31.10.2020 40 Meldungen eingegangen. Von diesen Meldungen enthalten die meisten Meldungen ein Lob. Anregungen hat die LAK in dieser Zeit keine erhalten. In sechs Fällen wurde eine Kritik geäußert.

Die Rückmeldungen gehen online oder auf Papier ein. Auffallend ist, dass in diesem Jahr nur wenige elektronische Meldungen auf dem offiziellen Formular oder per E-Mail eingegangen sind. Die meisten Rückmeldungen sind in Form eines persönlich von Hand geschriebenen Briefes bzw. einer Karte vorgenommen worden. Am zweitmeisten wurde das LAK-Formular auf Papier verwendet. Diejenigen Personen, die ein Lob äussern, verbinden dies immer wieder mit einem Dank für die guten Leistungen und hin und wieder auch mit einer Spende für das Personal.

Die im Folgenden aufgeführten Kennzahlen betreffen die Berichtsperiode vom 01.11.2019 - 31.10.20.

Folgende Meldungen sind im 2020 eingegangen:

| Art der Rückmeldungen | Anzahl | In Prozent |
|-----------------------|--------|------------|
| Lob | 34 | 85 |
| Kritik | 6 | 15 |
| Anregungen | 0 | 0 |

Die Meldungen betrafen folgende Bereiche:

| Kategorien | Anzahl |
|-----------------------------------|--------|
| Kommunikation / Information | 4 |
| Verhalten Personal | 27 |
| Pflegequalität | 23 |
| Ärztliche Versorgung | 1 |
| Verpflegung | 10 |
| Sauberkeit / Hygiene | 1 |
| Technische Belange, Infrastruktur | 0 |
| Finanzen / Rechnungsstellung | 0 |
| Sonstiges | 5 |

8 Notfallmanagement

Die LAK betreibt ein aktives Notfallmanagement. Für alle Fachbereiche sind die entsprechenden Risiken definiert. Es bestehen Notfallpläne und regelmässige Schulungen in Erste Hilfe. Die einschlägigen Richtlinien sind im Intranet abgelegt. Die einschlägigen Schulungsmassnahmen sind auch in der Bildungsplanung aufgenommen. Die Teilnahme wird überprüft.



Abb: Einstiegsseite Intranet für Notfallsituationen zum raschen Auffinden der Informationen.

9 Qualitätsmessungen in der Pflege

9.1 Stürze

| Wird eine Sturzerfassung durchgeführt? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Nein , unser Betrieb führt keine Sturzerfassung durch |
| Begründung: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ja , unser Betrieb führt eine Sturzerfassung durch |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt |
| Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2020 Die nächste Messung ist vorgesehen: 2021 | |
| Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | An allen Standorten der LAK |
| LAK Messergebnisse 2020 (alle Standorte) | |
| Anzahl Stürze total | 598 (-53) |
| Anzahl Stürze pro 1000 Pflegetage | 7.0 (-0.6) |
| Anzahl Stürze mit schwerer Verletzung | 2 (-24) |

| | |
|--|------------|
| Anzahl Bewohner mit sturzbedingten Verletzungen pro 1000 Pflgetage | 3.6 (+1.3) |
|--|------------|

| | |
|---------------------------------|----|
| Anzahl max. Stürze pro Bewohner | 30 |
|---------------------------------|----|

Angewandtes Messinstrument

- Das Messinstrument wurde intern entwickelt
- Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt

Weiterführende Informationen:

Die aktuelle Richtlinie zum Sturzmanagement basiert auf den Empfehlungen der *BfU* (Beratungsstelle für Unfallverhütung) Schweiz sowie dem *Expertenstandard Sturzprophylaxe* in der Pflege des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Der Fokus liegt auf der individuellen Risikoerkennung und Risikoabklärung. Die Sturzrisikoabklärung ist seit April 2016 in Anwendung. Seit 2017 werden Kennzahlen erhoben, die eine differenziertere Darstellung und Interpretation ermöglichen:

Häufigster Sturzort ist das Bewohnerzimmer (59%). 48% aller Bewohner hatten keine Verletzung nach einem Sturz. Weitere 44% hatten lediglich milde Verletzungen. Der häufigste Sturzzeitpunkt sind der Nachmittag und frühe Abend (41%). Immerhin 36% der Stürze finden in der Nacht statt. Die Sturzrate ist immer im Kontext von bewegungseinschränkenden Massnahmen sowie ethischen Aspekten wie Autonomie zu bewerten. Dafür gibt es in der LAK Grundlagen zur Entscheidungsfindung. Gezielte Massnahmen zur Sturzprävention wurden in der Pflegeplanung beschrieben. Auf dieser Grundlage werden Pflegeinterventionen zur Sturzprävention durchgeführt. Zur weiteren präventiven Unterstützung wurde 2019-2020 das Pflegeberatungs-Tool „Pflegeberatung Sturz“ entwickelt, welches sowohl für Pflegenden als auch für Angehörige Anwendung findet.

| | |
|--|--|
| | <p>Dieses Tool dient als Grundlage für beratende Gespräche durch eine Pflegefachperson mit Bewohner und / oder Angehörigen. Im Gespräch werden die verschiedenen beeinflussenden Bereiche beleuchtet und Tipps zur Vermeidung von Stürzen erarbeitet. Das Tool steht sowohl in Druck als auch als interaktives PDF zur Verfügung. In erster Linie sind die Kinaesthetics-Fachpersonen als Unterstützung für die Pflegefachpersonen in der Sturzberatung verantwortlich. Fachexperten der Hochschule für Gesundheit HSG Bochum (Alterswissenschaften) bewerten dieses Tool als sehr wertvoll und hilfreich. Zudem erfüllt es die Kriterien der Wittener-Liste zur Broschürenbeurteilung im Rahmen der Patientenedukation.</p> |
|--|--|

9.2 Dekubitus

Wird eine Dekubitus Erfassung durchgeführt?

Nein, unser Betrieb führt keine Dekubitus Erfassung durch

Begründung:

Ja, unser Betrieb führt eine Dekubitus Erfassung durch

Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2020** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2021**

Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt:

An allen Standorten der LAK

LAK Messergebnisse 2020 (alle Standorte)

| | |
|--|--------------------|
| Anzahl Dekubitus total | 38 (-1) |
| Anzahl Dekubitus pro 1000 Pflage tage | 0.5 (+0.1) |
| Anzahl Dekubitus intern erworben (prozentual) | 89 % (+10%) |
| Anzahl Dekubitus neu aufgetreten (Inzidenz) (prozentual) | 71% (-8%) |
| Anzahl Bewohner mit Dekubitus Stichtag (Prävalenz, Neuerfassung) | 4% (+1%) |

Angewandtes Messinstrument

Das Messinstrument wurde intern entwickelt

Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt

Weiterführende Informationen:

Nicht jeder Unterschied muss auf Versorgungsunterschiede hindeuten, sondern es kann sich um zufallsbedingte Variabilität handeln. Deswegen werden neben den üblichen Erhebungen (Prävalenz, intern /extern) auch Daten erhoben, die ein robusteres Mass für die Wirksamkeit der Prophylaxe und Behandlung darstellen. Insgesamt wurden im Jahr 2020 38 Dekubiti erfasst. Davon wurden 89% (+10%) intern erworben. Die Inzidenz (Anzahl neu auftretender Dekubiti) betrug 71% (-8%). 70% (+6%) aller Dekubiti sind im Stadium 2, 30% in Stadium 3 (+2%) und 3% in Stadium 4 (-5%) klassifiziert worden. Die Top-1-Lokalisationen (klassische Prädiaktionsstellen) sind „sacral“ und „Ferse“ (jeweils 26%).

Zudem wird seit 2019 das technische Assistenzsystem Mobility Monitoring in der LAK intensiv genutzt. Dies ermöglicht das Schlafverhalten inklusive der Mikrobewegungen und relevanten Lageänderungen valide zu erfassen. Speziell geschulte Key User stellen die Qualität der Auswertung und Empfehlungen sicher. Dadurch können zielführend bewegungsfördernde und dekubituspräventive Massnahmen geplant und umgesetzt werden. Die Erfahrungen sind sehr positiv. Ebenso wird der Einsatz von Fachpersonen für Kinaesthetics bei Dekubitusgefährdung sichergestellt.

Die Umsetzung des Wundmanagement wurde 2020 im Rahmen eines internen Audits überprüft. Die Umsetzung an allen Standorten wurde vollinhaltlich bestätigt. Zudem wurde im Rahmen der Konzeption Pflegeentwicklung und -qualität ein dipl. Wundexperte (in Ausbildung) mit 20-Stellenprozent dem Fachbereich Pflegeentwicklung zugeteilt. Der Wundexperte führt mit den Wund-Fachpersonen an allen Standorten monatliche Wundvisiten durch und unterstützt die Teams in fachlichen Angelegenheiten. Die fachliche Weiterbildung der Wund-Fachpersonen wird im Rahmen des Wundforums in der LAK sichergestellt. Mit der aktuellen Richtlinie verfügt die LAK über eine evidenz-basierte und praktisch-geprüfte Grundlage, die eine Steigerung der Qualität und eine Kostenoptimierung mit sich bringt.

9.3 Bewegungseinschränkende Massnahmen

Die bewegungseinschränkenden Massnahmen werden an einem Stichtag erhoben.

Wird eine Erfassung der bewegungseinschränkenden Massnahmen durchgeführt?

Nein, unser Betrieb führt keine Erfassung von bewegungseinschränkenden Massnahmen durch

Begründung:

Ja, unser Betrieb führt eine Erfassung von bewegungseinschränkenden Massnahmen durch

Im Berichtsjahr 2020 wurde eine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2020** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2021**

Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt:

An allen Standorten der LAK

LAK Messergebnisse 2020 – Stichtagerhebung (alle Standorte)

Anzahl Bewohner mit bewegungseinschränkender Massnahme **35% (+2%)**

Angewandtes Messinstrument

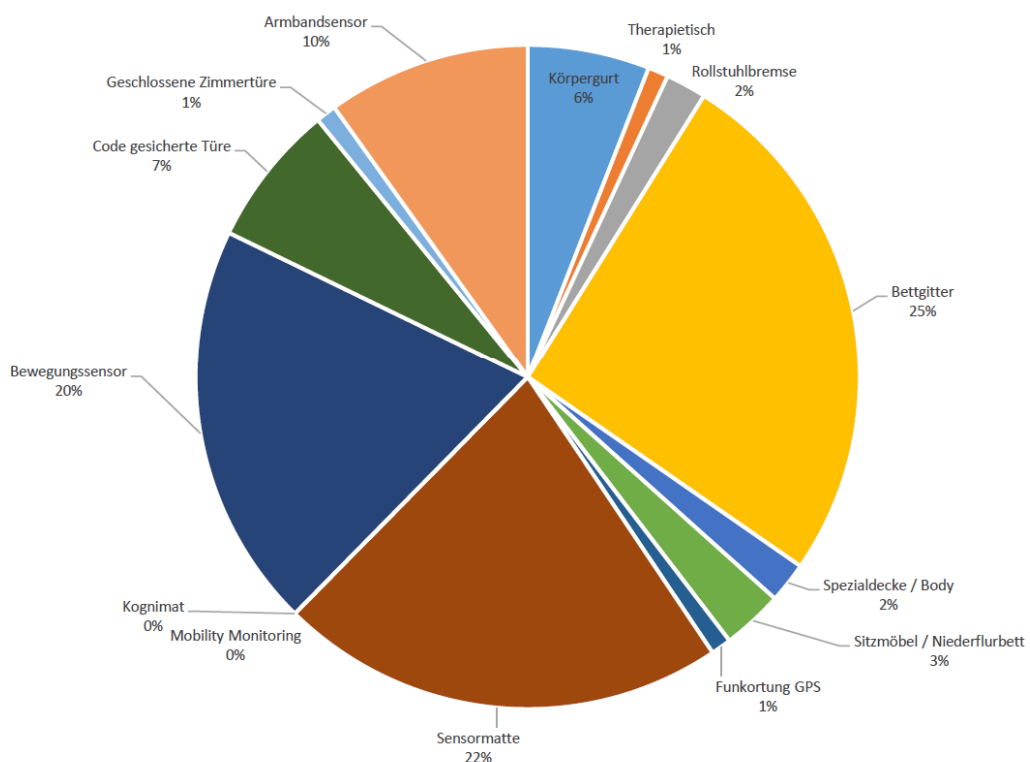
Das Messinstrument wurde intern entwickelt

Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt

Bemerkungen:

Bei der Stichtagerhebung hatten 35% eine BeM. Das bedeutet ein Plus von 2% zum Vorjahr. Top 1 der Massnahmen stellt das Bettgitter mit 25% (+/- 0%) dar. In Summe kommen allerdings mehr technische als mechanische Massnahmen zum Einsatz (Sensoren etc.). Das Ziel ist ein reflektierter, indikationsorientierter Einsatz von einschränkenden Massnahmen sowie altersgerechter technischer Assistenzsysteme (AAL – Ambient Assisted Living) zum Wohle des Bewohners. Dazu ist eine Richtlinie in Anwendung, die sich an den Empfehlungen von Curaviva Schweiz orientiert. Geprüft wurde diese von Frau Prof. Heidi Zeller von der FHS Ost sowie vom Amt für Gesundheit. Die internen Qualitätszirkel prüfen die qualitative Umsetzung der Richtlinie mindestens jährlich im Rahmen eines Audits. Zudem prüfen die Stationsleitungen im Rahmen des Check Pflegeprozess die Umsetzung der Richtlinie in der Praxis.

Arten von BeM LAK (Stand: Dezember 2020)



9.4 Weitere Qualitätsmessungen in der Pflege

Die geeignete Auswahl von Kennzahlen und Messthemen findet im Sinne von „Measure what matters“ (MWM) statt. Diese werden jährlich im Fachbereich Pflege und Betreuung bestimmt. Das Ziel ist Veränderungen und systemische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und davon Massnahmen abzuleiten. Die bewohnerbezogenen Qualitätsmessungen und Checks sind in einem Jahresplan («Q-Daten Pflege – Kennzahlen und Checks») erfasst und werden in Folge auszugsweise dargestellt:

| Thema | Ziel |
|-----------------------|---|
| Advance Care Planning | Zu <i>Advance Care Planning</i> (Vorausschauende Betreuungsplanung) wird ein Monitoring durchgeführt: Anteil Bewohner mit Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft etc. |
| End Of Life Care | Zu <i>End of Life Care</i> (Betreuung am Lebensende) wird ein Monitoring durchgeführt, dass einem <i>After Death Analysis Audit Tool</i> entspricht: Sterbeort, Spitalaufenthalte in den letzten zwei Lebenswochen, Vorhandensein eines palliativen Behandlungsplans, durchgeführte Reflexion nach einem Todesfall, Beizug von Systempartnern (Hospizbegleitung, Palliativer Brückendienst etc.) und Todesfälle mit oder an COVID-19. |

Sämtliche Daten werden im Fachbereich Pflege und Betreuung ausgewertet, interpretiert und etwaige Massnahmen definiert.

9.5 Weitere qualitätsfördernde Massnahmen

| Thema | Ziel |
|---|--|
| Durchführung von Qualitätszirkel in der Pflege | Die Qualitätszirkel in der Pflege sind eine wichtige Ressource um die Anliegen und Ziele des Qualitätsmanagements in der Basis zu verankern. Für die Qualitätszirkel werden Themenstellungen, die am Arbeitsplatz entstehen oder sich dort auswirken behandelt. Insgesamt wurden im Jahr 2020 über 40 Themenstellungen bearbeitet (Bsp. Umsetzung Schmerzmanagement und Medikamentenmanagement, Verbesserung der Zusammenarbeit an Schnittstellen) und in Folge qualitative Verbesserungen erzielt. Die Evaluation der Qualitätszirkel fand 2019 mittels Online-Fragebogen statt. 100% der Teilnehmenden geben (trifft völlig zu/trifft eher zu) an, dass die Verbesserungsmassnahmen im Qualitätszirkel praktisch umgesetzt werden. |
| Reflexion Todesfall | Nach jedem Todesfall finden moderierte Analysegespräche im Team statt um Verbesserungsmassnahmen zu erkennen. |
| Dokumentation-entwicklung | Im Rahmen der qualitativen, fachbezogenen Dokumentenentwicklung (Konzepte, Assessments, etc.) orientieren wir uns sowohl an Best Practice-Beispielen (Vorzeigemodelle, beispielhafte Massnahmen), pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Grundlagen sowie Vorgaben und Empfehlungen von Fachorganisationen wie Curaviva, des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care, Standards von palliative.ch (Bsp. Bigorio-Empfehlungen) sowie weiterer Wissensträger. Somit ist gewährleistet, dass die Grundlagen auf dem Stand der aktuellen Kenntnisse sind. |

| Thema | Ziel |
|--|---|
| Anwenderanalysen | Vor der Einführung von Dokumenten und Prozessen, werden diese – zur Integration von Praxis- und Erfahrungswissen - in der Praxis geprüft. Erst nach der Einarbeitung der praktischen Inputs erfolgt die Freigabe und Umsetzung (PDCA-Zyklus). |
| Wissensplattform | <p>Als Unterstützung steht den Mitarbeitenden im Intranet eine Wissensplattform zur Verfügung. Auf dieser sind digitale Zeitschriften, Pflegelinks, Fachartikel, Kurzvideos zu pflegerelevanten Themen, Wissens Quizze zu Fachthemen aus der Praxis, Publikationen und Abschlussarbeiten von LAK-Mitarbeitenden sowie weitere Informationen schnell zu finden. Bei einer internen Online-Befragung (anonymisiert) wurden die Mitarbeitenden zu den Erfahrungen mit der Wissensplattform befragt (Rücklaufquote: 68.4%). Auszugsweise Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79% haben die Wissensplattform bereits aktiv genutzt • 94% bewerten die Wissensplattform als ein nützliches Angebot |
| Umgang mit aggressivem Verhalten | 2019 wurde zum zweiten Mal (nach 2016) eine Online-Befragung der Mitarbeitenden der Pflege durchgeführt. Die Rücklaufquote: 82.55% (n = 194 / 235) war sehr hoch. Die Ergebnisse zeigen eine leichte Zunahme verbaler Aggression sowie aggressiver Übergriffe mit Körperteilen. Das Belastungserleben ist jedoch nicht gestiegen. Erfreulich ist, dass deutlich mehr Mitarbeitende das Vorgehen bei aggressiven Übergriffen kennen (+ 34%) und mittels SOAS-R (+ 34%) dokumentieren. Die Gespräche über den Umgang mit aggressiven Erlebnissen mit den Vorgesetzten haben zugenommen. |
| Einführung WISBI von Texible zur Feuchtigkeitsmessung bei Inkontinenz | <p>Inkontinenz ist nicht nur eine psychische Belastung für Betroffene, sondern 42,5% aller an Inkontinenz leidenden Menschen weisen auch Hautschädigungen wie Rötungen, Reizungen und Inkontinenz assoziierte Dermatitis auf. Dies ist mit Schmerzen und zusätzlichen Kosten verbunden. Bereits 2019 wurde deswegen ein Pilot mit dem ausgezeichneten Start-Up-Unternehmen Texible durchgeführt. Die Firma hat eine Betteinlage entwickelt, die mittels Sender alarmiert, sobald mehr als 10ml Flüssigkeit auf die Einlage wirken. Dadurch ist eine zeitnahe Pflegeintervention möglich. Indikation und Einsatzgebiete sind bspw.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unklare Inkontinenz • Inkontinenzabklärung • Feststellung von Zeitpunkten vermehrter Ausscheidung <p>Daraus getroffene Massnahmen zur Förderung der Kontinenz und eine optimale Betreuung von Menschen mit Inkontinenz können vermeidbare Komplikationen, wie z. B. Dekubitus reduzieren und eine würdevolle Pflege unterstützen. WISBI kommt bereits auf zwei Stationen zum Einsatz. Für 2021 ist der Einsatz auf allen Stationen geplant.</p> |
| Einführung der neuen Pflegesoftware easyDOK | Am 1.12.2020 wurde mit dem Go-Live die neue Pflegesoftware easyDOK auf produktiv geschaltet. Im Rahmen des neunmonatigen Projekts wurden die verschiedenen Module gemeinsam mit der Firma (weiter-)entwickelt und LAK-konform gestaltet sowie ein easyDOK-Handbuch erstellt. Die Qualitätssicherung, Administration sowie der Support erfolgen durch die Pflegeentwicklung. Mehr als 50 Schulungskurse wurden durchgeführt und alle Mitarbeitende intensiv darauf vorbereitet. Viele Verbesserungen konnten erzielt werden. Auszugsweise: |

| Thema | Ziel |
|-------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Eigene Module für Fachthemen (Bsp. Palliative Care) - Bedienerfreundlichere Übersicht - Effizientere Abläufe (Bsp. bei internen Verlegungen etc.) |

10 Weitere Verbesserungsaktivitäten und –projekte

10.1 Zertifizierungen und angewandte Normen / Standards

| Angewendete Norm | Bereich, der mit der Norm arbeitet | Jahr der ersten Zertifizierung | Jahr der letzten Zertifizierung |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| Zertifizierung mit dem Label Qualität in Palliative Care | Alle Standorte und Bereiche der LAK | 2017 | 2020 (Zwischenaudit) Rezertifizierung 2022 |

10.2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

| Aktivität oder Projekt | Bereich | Laufzeit |
|------------------------|---------|----------|
| | | |

10.3 Übersicht über abgeschlossene Aktivitäten und Projekte

Im Folgenden sind Aktivitäten und Projekte aufgeführt, welche direkten Einfluss auf die Ergebnisqualität haben und seit der Erstellung der jährlichen Qualitätsberichte erfolgreich abgeschlossen werden konnten.

| Aktivität oder Projekt | Fachbereich | Abschluss |
|---|----------------------------------|-----------|
| Einführung neue Pflegedokumentation easyDOK und Heimlösung NEXUS / HEIM | Pflege und Betreuung Finanzen | 2020 |
| Aktualisierung der strategischen Bildungsplanung | Bildung | 2020 |
| Berufswerbung FaGe und Fachfrau Hauswirtschaft | Kommunikation | 2020 |
| IT gestützte Bildungsplattform (Moodle) | Bildung | 2020 |
| Erneuerung TVA Anlage Haus St. Martin | FM und Arbeitssicherheit | 2020 |
| Konzept Case Management | Pflege und Betreuung | 2020 |
| Konzept Pflegeentwicklung und -qualität | Pflege und Betreuung | 2020 |
| IT Kooperation mit dem Verein für betreutes Wohnen | IT und Datenschutz | 2020 |
| Wohnraum/Verpflegungskonzept St. Martin | Pflege und Betreuung | 2020 |
| Einführung WISBI / Texible zur Feuchtigkeitsmessung bei Inkontinenz | Pflege und Betreuung | 2020 |
| Konzept Hauswirtschaft | Hotellerie | 2019 |

| Aktivität oder Projekt | Fachbereich | Abschluss |
|---|---|------------------|
| Erneuerung IT-Serverplattform | IT und Datenschutz | 2019 |
| Musiktherapie in der LAK | Pflege und Betreuung | 2019 |
| Konzept Höhere Fachschule | Bildung | 2018 |
| Konzept Beschwerdemanagement | Führung und Organisation | 2018 |
| Standardisiertes Austrittsgespräch | Führung und Organisation | 2018 |
| Ist Analyse der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz | Pflege und Betreuung | 2018 |
| Menschen mit chronischen Wunden | Pflege und Betreuung | 2018 |
| Umsetzung der Empfehlungen aus dem Auditbericht (Palliative Zertifizierung) | Pflege und Betreuung | 2018 |
| Evaluation eines Systems für die Befragung von Angehörigen und Bewohnern | Pflege und Betreuung | 2018 |
| Einführung und Evaluation von Mobility Monitoring | Pflege und Betreuung | 2018 |
| Sicherstellung der DSGVO-Konformität | Facility Management und IT | 2018 |
| Prozessbeschreibung für Beschaffung und Verteilung von Gütern der Hotellerie (Pilot im Haus St. Peter und Paul) | Hotellerie | 2018 |
| Hygienekonzept | Hotellerie / Pflege und Betreuung | 2018 |
| Umsetzung der neuen Führungs- und Organisationsstruktur | Führung und Organisation | 2017 |
| Konzept interne Logistik für Verpflegung | Facility Management und IT / Hotellerie | 2017 |
| Konzept Grundbildung | Bildung | 2017 |
| Umsetzung Konzept Ethische Handlungsfelder | Pflege und Betreuung | 2016 |
| Einführung Kostenstellenrechnung | Führung und Organisation | 2016 |
| Konzept Kurzzeitpflege | Kernprozess | 2016 |
| Einführung eines Meldesystems für kritische Zwischenfälle (CIRS) | Führung und Organisation | 2016 |
| Konzept Strategische Bildungsplanung | Bildung | 2016 |
| Konzept Freiwilligenarbeit und Ehrenamt | Pflege und Betreuung | 2016 |
| Umbau Zentralküche | Facility Management und IT / Hotellerie | 2015 - 2016 |
| Umsetzung Konzept Schmerz | Pflege und Betreuung | 2015 |
| Umsetzung Konzept Ethisches Handeln | Pflege und Betreuung | 2015 |
| Konzept Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit | Führung und Organisation | 2015 |
| Bewohnerbefragung: Umsetzung von Verbesserungen aufgrund der Umfrageergebnisse | Pflege und Betreuung | 2015 |
| Cafeteria-Konzept | Hotellerie | 2015 |

| Aktivität oder Projekt | Fachbereich | Abschluss |
|--|----------------------------|------------------|
| Arbeitsauftrag Pflegeorganisation | Pflege und Betreuung | 2015 |
| Konzept Einführung neuer Mitarbeitender | Führung und Organisation | 2015 |
| Neubau St. Peter und Paul, Mauren | Facility Management und IT | 2014 – 2019 |
| IT Erneuerung Serverplattform | Facility Management und IT | 2014 |
| Umsetzung Konzept Bezugspflege | Pflege und Betreuung | 2014 |
| Umsetzung Konzept Pflegeprozess | Pflege und Betreuung | 2014 |
| Projekt Kommunikation II | Führung und Organisation | 2014 |
| Optimierung Pflegedokumentation | Pflege und Betreuung | 2014 |
| Küchenverpflegungsprojekt Lakritz | Hotellerie | 2014 |
| Neugestaltung Internetauftritt | Führung und Organisation | 2014 |
| Projekt Kommunikation I | Führung und Organisation | 2013 |
| Definition der Personalprozesse | Führung und Organisation | 2013 |
| Konzept Risikomanagement | Facility Management und IT | 2013 |
| Konzept Kurzzeit- und Tagespflege | Pflege und Betreuung | 2013 |
| Aufbau Reporting und Controlling | Führung und Organisation | 2012 |
| Festlegung der Führungs- und Organisationsstruktur | Führung und Organisation | 2012 |
| Festlegung der Projektmanagementmethode | Führung und Organisation | 2012 |
| Konzept Qualitätsmanagement | Führung und Organisation | 2012 |
| Eröffnung Haus St. Mamertus (Haus Nord) | Facility Management und IT | 2012 |

11 Schlusswort und Ausblick

Das Qualitätsmanagement der LAK verfolgt mit seinem systemischen, fachspezifischen aber auch seinem fachübergreifenden Ansatz ein ganzheitliches Qualitätsmanagement. Der Qualitätsbericht stellt nicht nur eine Übersicht der Ergebnisse dar, sondern ist zugleich ein Leistungsausweis über die erfolgreiche Umsetzung von Jahreszielsetzungen und Projekten.

Ein besonderer Dank gilt den Mitarbeitenden der LAK, welche sich in Qualitätszirkeln, in Projektgruppen, in der CIRS-Gruppe, im Risk-Management, im Beschwerdemanagement, in den verschiedenen Fachforen und bei den zahlreichen internen Audits engagieren. Vor allem geht aber der Dank an alle Mitarbeitenden, welche sich täglich und engagiert für eine hohe Qualität bei ihrer Arbeit einsetzen.

Trotz den anspruchsvollen Herausforderungen während der Corona-Krise konnte die Leistungserbringung in einer konstant hohen Qualität erbracht werden. Wir sind überzeugt, dass die langjährige Erfahrung in der Qualitätsarbeit, die standortübergreifenden Führungs- und Organisationsstrukturen auch die Grundlage für ein funktionierendes Krisenmanagement sind.

Schaan, 18.03.2020

Für die Geschäftsleitung



Thomas Riegger
Vorsitzender der Geschäftsleitung



Kurt Salzgeber
Leitung Pflege und Betreuung
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung

Verteiler:

- Thomas Hasler, Liechtensteinischer Krankenkassen Verband LKV
 - Karin Zech-Hoop, Liechtensteinischer Krankenkassenverband LKV
 - Hugo Risch, Amt für Soziale Dienste
 - Dr. Eva Maria Mödlagl, Amt für Gesundheit
 - Stefan Tomaselli, Amt für Gesundheit
 - Melanie Lampert-Steiger, Präsidentin Stiftungsrat LAK
 - Mitglieder der Geschäftsleitung LAK
-

Folgende Personen waren an der Erarbeitung und Erstellung beteiligt:

- Thomas Riegger, Vorsitzender der Geschäftsleitung
- Michael Rogner, Leitung Pflegeentwicklung
- Kurt Salzgeber, Leitung Pflege und Betreuung
- Gisela Schmid, Leitung Hotellerie
- Paul Fäh, Leitung Bildung

Die in diesem Qualitätsbericht verwendeten Personen- und Funktionsbezeichnungen gelten für Personen männlichen und weiblichen Geschlechts.