

Qualitätsbericht 2019

Hauptprozess:	Führung & Organisation
Unterprozess:	Qualität
Prozesseigner:	Thomas Riegger
Dokumenteneigner:	Thomas Riegger
Geltungsbereich:	LAK
Freigabe durch:	Geschäftsleitung
Freigabe Datum:	12.03.2020
Gültig ab:	01.05.2020
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 2019	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	9
4.1	Bewohnerzufriedenheit	9
4.2	Angehörigenzufriedenheit	9
4.3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
5	Risikomanagement	13
6	CIRS (Critical Incident Reporting System)	14
7	Beschwerdemanagement	14
8	Qualitätsmessungen in der Pflege	16
8.1	Stürze	16
8.2	Dekubitus	17
8.3	Bewegungseinschränkende Massnahmen	18
8.4	Weitere Qualitätsmessungen in der Pflege	19
8.5	Weitere qualitätsfördernde Massnahmen	20
9	Weitere Verbesserungsaktivitäten und –projekte	21
9.1	Zertifizierungen und angewandte Normen / Standards	21
9.2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	21
9.3	Übersicht über abgeschlossene Aktivitäten und Projekte	21
10	Schlusswort und Ausblick	23

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 darüber 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
Erika Walser	+423 236 48 19	erika.walser@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.

Pflegedokumentation

- Die Pflegedokumentation erfüllt folgende Anforderungen:
- Standardisierter Pflegemassnahmenplan
 - Individueller Pflegeplan
 - Informationen über Krankheitsbild, Verlauf, Pflegebericht, Medikation, Allergien, Therapien
 - Information über den Ernährungszustand
 - Dokumente der vorausschauenden Betreuungsplanung (Sachwalterschaft, 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
- Sturzmanagement
- Sachwalterschaft

Pflegerichtlinien

- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Umgang mit aggressivem Verhalten
- Unterbringung und Zurückhaltung / Bewegungseinschränkende Massnahmen
- Potentiell abgängige Bewohner
- 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
 - Strategische Bildungsplanung
 - Kurzzeitpflege (Übergangspflege, Ferienpflege, Tagespflege)
 - Sozialpsychiatrische Pflege und Betreuung
-

3 Betriebliche Kennzahlen und Angebot

3.1 Kennzahlen 2019

Kennzahlen	2019	2018	Differenz
Anzahl Betreuungsplätze (Langzeit- und Kurzzeit*)	251	246	+5
Anzahl Belegungstage Langzeitpflege	84'000	77'276	+6'724
Anzahl Pflagestage Langzeitpflege	82'035	75'936	+6'099
Bettenauslastung stationärer Bereich	96.7%	92.7%	+4.0%
Anzahl Pflagestage Übergangspflege	2'602	2'425	+177
Anzahl Pflagestage Ferienpflege	845	740	+105
Anzahl Pflagestage Tagesbetreuung	1'305	1'456	-151
Stellenprozent pro Betreuungsplatz	127.6%	123.8%	+3.8%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Langzeitpflege	2.29 Jahre	2.41 Jahre	-0.21 Jahre

*Kurzzeit = Übergangspflege, Ferienpflege und Tagespflege

3.2 Personalressourcen

3.2.1 Quantitativer Personalbestand im Durchschnitt

Personalgruppen	2019	2018	Bemerkungen
Dipl. Pflegefachpersonal	78.3	74.9	
Pflegepersonal mit Fähigkeitsausweis	41.7	35.1	
Pflegerisches Hilfspersonal	53.1	53.0	
Aktivierung	4.2	4.4	
Leitung und Verwaltung	20.7	21.6	
Hauswirtschaft und Hotellerie	61.3	57.7	
Technische Dienste	7.7	7.2	
Personal in Ausbildung	48.9	44.3	
Praktikanten	4.5	5.7	
Total	320.4	303.9	

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
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 wird dem Aspekt der Betreuung von Menschen mit Demenz noch mehr Bedeutung in der Fort- und Weiterbildung beigemessen.

Im Jahr 2019 wurden 63 Fort- und Weiterbildungskurse intern angeboten, welche von 686 Personen besucht wurden.

Ausbildung	
Die LAK stellt für folgende Berufe Ausbildungsstellen zur Verfügung (nur LAK):	
	Anzahl Lehr- und Studienverhältnisse per 31.12.2019
<input checked="" type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Gesundheit	35
<input checked="" type="checkbox"/> Attest Gesundheit und Soziales	2
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann HF	10

<input checked="" type="checkbox"/>	KV	0
<input checked="" type="checkbox"/>	Hauswirtschaft	5
<input checked="" type="checkbox"/>	Fachfrau Lebensbegleitung im Alter	1
Anzahl Lehrverhältnisse pro 100 Mitarbeitende		19.9

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.

Management College

Die erfolgreiche Durchführung einer 7-tägigen Weiterbildung des oberen Kaders in Führungs- und Organisationsfragen hat uns veranlasst, auf der Grundlage dieses Seminars im Jahr 2019 eine 4-tägige Weiterbildung für unsere Stationsleitungen durchzuführen.

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?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst die Bewohnerzufriedenheit nicht
	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Bewohnerzufriedenheit
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2019 wurde eine Messung durchgeführt
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2019 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	
<input checked="" type="checkbox"/>	An allen Standorten der LAK
<input type="checkbox"/>	Haus St. Florin
<input type="checkbox"/>	Haus St. Laurentius
<input type="checkbox"/>	Haus St. Mamertus
<input type="checkbox"/>	Haus St. Martin
Angewandtes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Mecon
<input type="checkbox"/>	Picker
<input type="checkbox"/>	Eigenes internes Instrument
<input checked="" type="checkbox"/>	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 2019 wurde eine Messung durchgeführt

Im Berichtsjahr 2019 wurde keine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2014** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2020**

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. Des Weiteren findet an jedem Standort ein jährlicher Angehörigenanlass statt. Bei diesem Anlass werden neben dem Informationsaustausch auch Anliegen der Angehörigen entgegengenommen.

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 2019 wurde eine Messung durchgeführt

Im Berichtsjahr 2019 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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?

- Haus St. Florin
- Haus St. Laurentius
- Haus St. Mamertus
- Haus St. Martin

Angewandtes Messinstrument

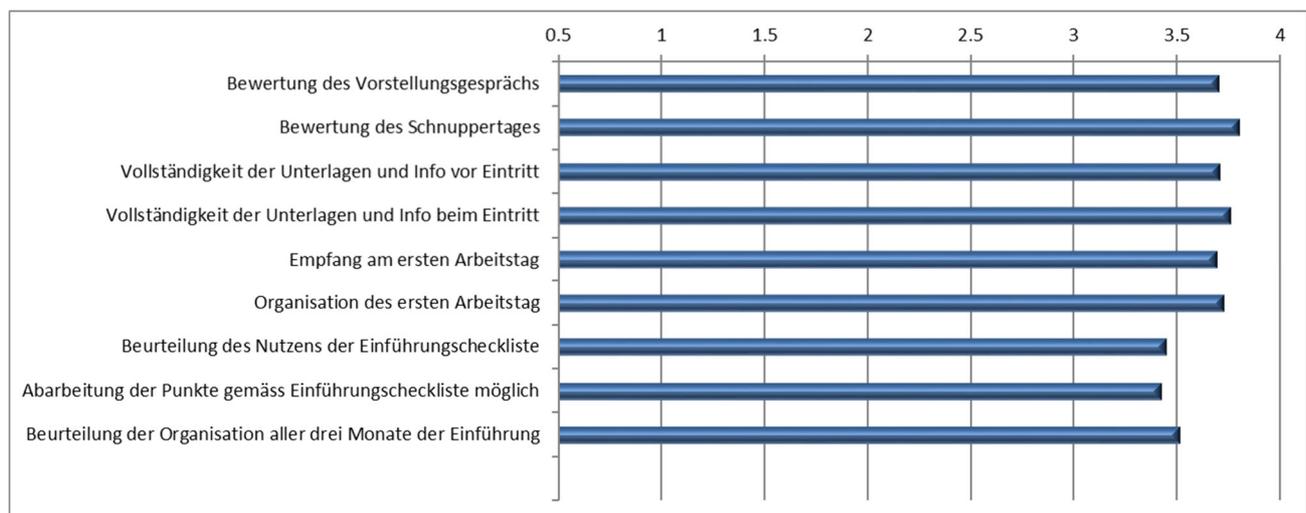
- Mecon
- Picker
- Eigenes internes Instrument
- Andere: Firma iCommit, Küssnacht ZH

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 über alle Fachbereiche Mitarbeiterbefragungen durchgeführt:

- nach Abschluss der Probezeit
- nach Austritt aus der LAK

Auswertung 2019 nach Abschluss der Probezeit (n = 30):

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

Auswertung 2019 nach Austritt aus der LAK:

Im 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 = 40):

	Rahmenbedingungen	
1	Regelung der Arbeitszeiten	5.8
2	Mitarbeiterleistungen	5.9
3	Vereinbarkeit Familie und Beruf	5.9
4	Wertschätzung	5.3
5	Lohn	5.4
6	Dienstplan	5.6
	Organisation	
7	Organisation und Struktur	5.3
8	Abläufe im Alltag	5.8
9	Mitspracherecht und Gestaltungsspielraum	5.3
10	Handlungsfreiraum	5.6
11	spannender u. interessanter Arbeitsbereich	5.5
	Arbeit	
12	Spaß und Humor bei der Arbeit	5.5
13	Entwicklungsmöglichkeiten	5.5
14	Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten	5.9
15	gerechte Arbeitsauslastung	5.6
27	Guter interner Wechsel möglich	5.5
	Team	
16	Gegenseitige Unterstützung im Team	5.5
17	Konfliktfähigkeit im Team	5.2
18	Vertrauensverhältnis im Team	5.1
19	Arbeitsweise im Team	5.3
	Vorgesetzte/r	
20	Führungsstil	4.8
21	Informationsverhalten VG	5.4
22	Vertrauensverhältnis zu VG	5.3
23	Gesprächsbereitschaft VG	5.4
24	faire Beurteilung durch VG	5.4
25	faire Behandlung durch VG	5.2
26	Unterstützung und Förderung durch VG	5.3
	Gesamtbewertung	5.5

5 Risikomanagement

Hat die LAK ein Risikomanagement?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement
	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.

Im 2019 sind keine Risiken im „roten“ Bereich eingestuft. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass alle erkannten Risiken, mit den bereits umgesetzten und noch geplanten Massnahmen sich in einer vertretbaren Risikoeinstufung befinden.

Mit der Ausscheidung von der Leitung FM und IT aus der LAK, war auch eine Anpassung im Risikomanagement nötig. Neu sind die Leitungen FM und Sicherheit, sowie die Leitung IT und Datenschutz, jeweils Risikoprozessverantwortliche für ihre Bereiche.

Ende 2018 wurde das Risikomanagement der LAK durch den Versicherungsbroker auditiert / geprüft. Das Risikomanagement des Versicherungsbrokers hat die Inhalte der Dokumente gesichtet und mit Ihrem Reifegradmodell (Anforderungskatalog) abgeglichen. Demgemäss weist das Risikomanagement der LAK einen relativ hohen Reifegrad (Level 4 von 5) auf. Damit ist die LAK, in ihrer Branche, deutlich über dem Durchschnitt, der erfahrungsgemäss zwischen Level 2 und 3 schwankt.

Die Überprüfung ergab lediglich Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Risikomanagements. Insbesondere die Risikoliste, welche aus unterschiedlichen Risikomanagement-Projekten mit Pflegeinstitutionen zusammengetragen wurde, diente den Risikoprozessverantwortlichen als Instrument, die bestehenden Risiken abzugleichen oder neue zu erfassen. Daraus resultierten neun neue Risiken, welche ins Portfolio aufgenommen wurden.

Zudem wurde im 2019 das Beschwerdemanagement eingeführt, welches als zusätzliches Instrument zur Identifikation neuer Risiken dient.

6 CIRS (Critical Incident Reporting System)

Hat die LAK ein CIRS?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS-System

Begründung:

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 2019 wurden insgesamt 58 CIRS Meldungen abgesetzt. Alle CIRS Meldungen konnten per Ende Jahr abschliessend bearbeitet werden.

Allgemeines

Anzahl CIRS Meldungen	58
Anzahl CIRS Meldungen anonym	18
Anzahl CIRS Meldungen nicht anonym	40
Anzahl CIRS Meldungen in Bearbeitung	0
Anzahl CIRS Meldungen abgeschlossen	58

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.

Seit Ende 2018 steht an allen LAK-Standorten ein einheitlich strukturiertes Beschwerdemanagement-System zur Verfügung. Beschwerden werden zentral erfasst und ausgewertet. Die Bearbeitung von Beschwerden findet in der Regel in jenen Bereichen statt, welche betroffen sind.

Im Jahr 2019 sind 22 Rückmeldungen eingegangen. Erfreulich ist, dass es sich bei den Feedbacks zu einem grossen Teil um positive Rückmeldungen handelt.

Bereits das erste Jahr hat gezeigt, dass das Beschwerdemanagement Hinweise auf Verbesserungspotentiale geben kann. Deren Umsetzung hilft nicht nur der LAK, die Qualität ihrer Dienstleistungen zu verbessern. Vielmehr kommen auch unsere Bewohnenden direkt in den Genuss der vorgenommenen Änderungen und können rasch von den Verbesserungen profitieren. Durch das Beschwerdemanagement erhält die LAK Hinweise auf Verbesserungspotentiale, die, vielleicht auch durch die tägliche Routine und einen gewissen Grad an Betriebsblindheit, so nicht entdeckt worden wären. So gesehen freuen wir uns auf viele weitere Meldungen und bedanken uns für die bisherigen Rückmeldungen.

Folgende Meldungen sind im 2019 eingegangen:

Art der Rückmeldungen	Anzahl	In Prozent
Lob	15	68.2
Kritik	4	18.2
Anregungen	3	13.6

Die Meldungen betrafen folgende Bereiche:

Kategorien	Anzahl
Kommunikation / Information	1
Verhalten Personal	14
Pflegequalität	16
Ärztliche Versorgung	0
Verpflegung	3

Sauberkeit / Hygiene	1
Technische Belange, Infrastruktur	2
Finanzen / Rechnungsstellung	1
Sonstiges	3

8 Qualitätsmessungen in der Pflege

8.1 Stürze

Wird eine Sturzerfassung durchgeführt?

Nein, unser Betrieb führt keine Sturzerfassung durch

Begründung:

Ja, unser Betrieb führt eine Sturzerfassung durch

Im Berichtsjahr 2019 wurde eine Messung durchgeführt

Die letzte Messung erfolgte im Jahr: **2019** Die nächste Messung ist vorgesehen: **2020**

Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt:

An allen Standorten der LAK

LAK Messergebnisse 2018 (alle Standorte, ausser Haus St. Peter und Paul)

Anzahl Stürze total **651 (+42)**

Anzahl Stürze pro 1000 Pflgetage **7.6 (-0.1)**

Anzahl Stürze mit Spitaleinweisung als Folge **26 (+12)**

Anzahl Bewohner mit sturzbedingten Verletzungen pro 1000 Pflgetage **2.3 (-0.3)**

Anzahl max. Stürze pro Bewohner **41**

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 (57%). Mehr als 2/3 aller Bewohner hatten keine Verletzung nach einem Sturz. Der häufigste Sturzzeitpunkt sind der Nachmittag und frühe Abend (44%). Immerhin 30% 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 das Beratungs-Tool „Pflegerberatung Sturz“ entwickelt, welches sowohl für Pfleger als auch für Angehörige Anwendung findet.

8.2 Dekubitus

Wird eine Dekubitus Erfassung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt keine Dekubitus Erfassung durch Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führt eine Dekubitus Erfassung durch
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2019 wurde eine Messung durchgeführt
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2019 Die nächste Messung ist vorgesehen: 2020
	Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt:
<input checked="" type="checkbox"/>	An allen Standorten der LAK
LAK Messergebnisse 2019 (alle Standorte)	
Anzahl Dekubitus total	39 (+5)
Anzahl Dekubitus pro 1000 Pflage tage	0.4 (+/-0)
Anzahl Dekubitus intern erworben (prozentual)	79 % (-18%)
Anzahl Dekubitus neu aufgetreten (Inzidenz) (prozentual)	79% (-5%)
Anzahl Bewohner mit Dekubitus Stichtag (Prävalenz, Neuerfassung)	3% (-1%)
Angewandtes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Das Messinstrument wurde intern entwickelt
<input checked="" type="checkbox"/>	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.

Beim Dekubitus wurden 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 2019 39 Dekubiti erfasst. Davon wurden 79% (-18%) intern erworben. Die Inzidenz (Anzahl neu auftretender Dekubiti) betrug 79% (-5%). 64% (-12%) aller Dekubiti sind im Stadium 2, 28% in Stadium 3 und 8% in Stadium 4 klassifiziert worden. Die Top-1-Lokalisationen (klassische Prädilektionsstelle) sind „sacral“ (26%), „Sitzbeinhöcker / Trochanter“ (21%) und Ferse (28%).

Zudem wurde im Jahr 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 2019 im Rahmen eines internen Audits überprüft. Die Umsetzung wurde vollinhaltlich bestätigt. An den Standorten finden mit Wund-Fachpersonen Wundvisiten statt und

die fachliche Weiterbildung 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.

8.3 Bewegungseinschränkende Massnahmen

Die bewegungseinschränkenden Massnahmen werden an einem Stichtag erhoben.

Wird eine Erfassung der bewegungseinschränkenden Massnahmen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt keine Erfassung von bewegungseinschränkenden Massnahmen durch Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führt eine Erfassung von bewegungseinschränkenden Massnahmen durch <input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2019 wurde eine Messung durchgeführt Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2019 Die nächste Messung ist vorgesehen: 2020 Die Messung wurde an folgenden Standorten durchgeführt: <input checked="" type="checkbox"/> An allen Standorten der LAK LAK Messergebnisse 2019 – Stichtagerhebung (alle Standorte) Anzahl Bewohner mit bewegungseinschränkender Massnahme 28% (-5%) Angewandtes Messinstrument <input type="checkbox"/> Das Messinstrument wurde intern entwickelt <input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt

Bemerkungen:

Bei der Stichtagerhebung hatten 28% eine BeM. Das bedeutet ein Minus von 5% zum Vorjahr. Top 1 der Massnahmen stellt das Bettgitter mit 25% (-2%) dar. In Summe kommen 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 St. Gallen 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.

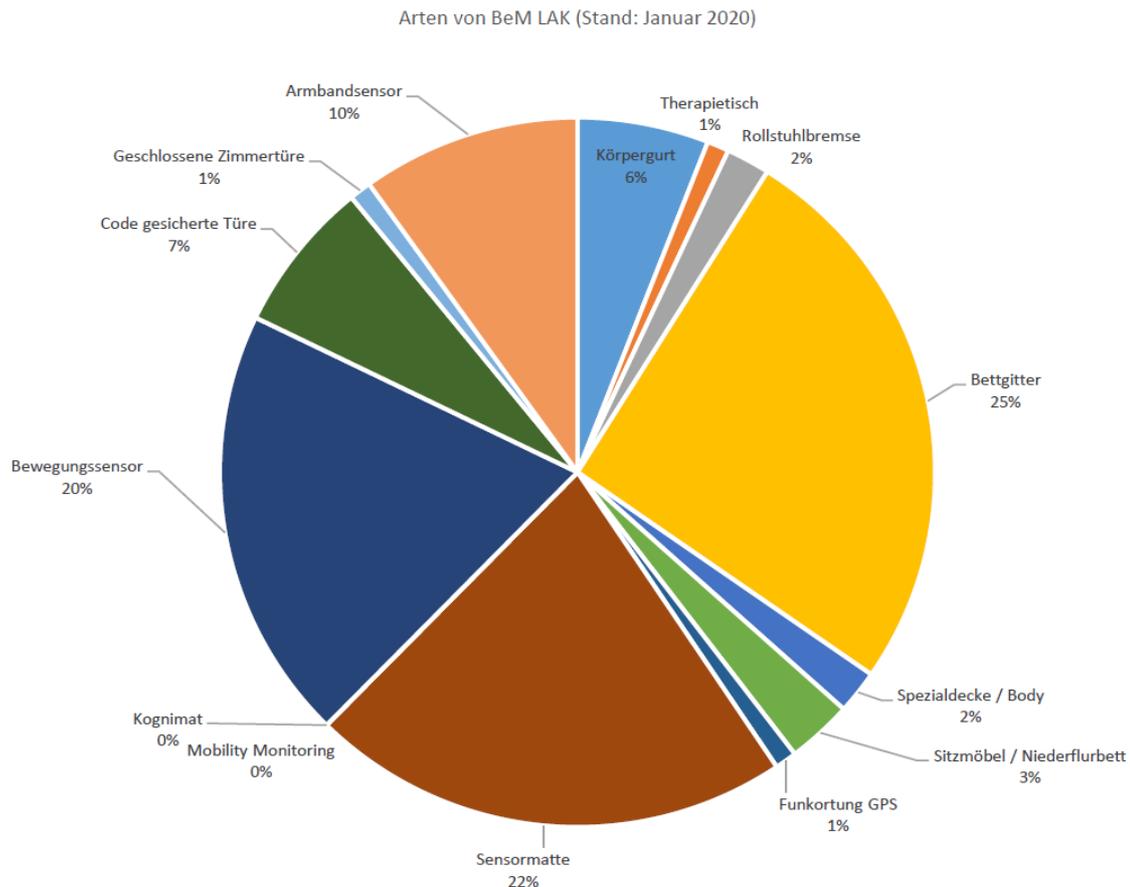


Abb. Arten der BeM (Bewegungseinschränkenden Massnahmen)

8.4 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 auszugswise 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 und Beizug von Systempartnern (Hospizbegleitung, Palliativer Brückendienst etc.).

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

8.5 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 2019 über 40 Themenstellungen bearbeitet (Bsp. Umsetzung Schmerzmanagement und Medikamentenmanagement) 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.
Dokumentenentwicklung	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.
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	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.
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.

9 Weitere Verbesserungsaktivitäten und –projekte

9.1 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)

9.2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Aktivität oder Projekt	Bereich	Laufzeit
Wohnraum/Verpflegungskonzept St. Martin	Pflege und Betreuung Hotellerie	2019 - 2020

9.3 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
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
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
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
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
Cafeteriakonzept	Hotellerie	2015
Arbeitsauftrag Pflegeorganisation	Pflege und Betreuung	2015
Konzept Einführung neuer Mitarbeitender	Führung und Organisation	2015
Umbau Zentralküche	Facility Management und IT / Hotellerie	2015 - 2016
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
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
Konzept Höhere Fachschule	Bildung	2018
Neubau St. Peter und Paul, Mauren	Facility Management und IT	2014 – 2019
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
Konzept Hauswirtschaft	Hotellerie	2019
Erneuerung IT-Serverplattform	IT und Datenschutz	2019
Musiktherapie in der LAK	Pflege und Betreuung	2019

10 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, im Hygieneforum 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.

Schaan, 12.03.2020

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
- Hugo Risch, Amt für Soziale Dienste
- Dr. Eva Maria Mödlagl, Amt für Gesundheit
- Stefan Tomaselli, Amt für Gesundheit
- Horst Büchel, Präsident Stiftungsrat LAK
- Mitglieder der Geschäftsleitung LAK

Folgende Personen waren an der Erarbeitung und Erstellung beteiligt:

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

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