



Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Tel. 041 205 11 11 (Zentrale)

Fax 041 205 44 11 (Zentrale)

	
Akutsomatik	Rehabilitation

Impressum

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz

Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch: www.hplus.ch/de/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Kantone / Gremien



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

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

Siehe auch:

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



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V6.0) zum Qualitätsbericht 2012 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

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**.

Bezeichnungen

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

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	7
C1	Angebotsübersicht	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2012	9
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2012	10
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	10
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	11
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)	11
C4-4	Personelle Ressourcen	12
D	Zufriedenheitsmessungen	13
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	13
D2	Angehörigenzufriedenheit	18
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	19
D4	Zuweiserzufriedenheit	21
E	ANQ-Indikatoren	22
E1	ANQ-Indikatoren Akutsomatik.....	23
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	24
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	25
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	26
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	27
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ	29
F	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012.....	30
F1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	31
F2	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)	32
F3	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	33
F4	Weiteres Messthema	34
G	Registerübersicht	36
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	40
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	41
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	42
H3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	46
I	Schlusswort und Ausblick	48

A

Einleitung

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und umfasst das Zentrumsspital Luzern, die beiden Grundversorgungsspitäler Sursee und Wolhusen sowie die Luzerner Höhenklinik Montana. Im LUKS sorgen ca. 5'860 Mitarbeitende für das Wohl der Patienten. Es versorgt ein Einzugsgebiet mit 700'000 Einwohnern (ca. 900 Akutbetten) und behandelt jährlich ca. 37'000 stationäre und 161'000 ambulante Patienten. Das Zentrumsspital der Zentralschweiz ist das grösste nichtuniversitäre Spital der Schweiz.

Das LUKS sieht Qualität als strategischen Erfolgsfaktor. Die freie Spitalwahl und SwissDRG sind seit Anfang 2012 schweizweit umgesetzt worden. Das LUKS hat sich dieser Herausforderung frühzeitig gestellt, indem es als erstes Spital der Schweiz die kantonalen Patienten bereits seit dem 1.1.2010 nach SwissDRG abgerechnet hat. Das LUKS war somit auf die schweizweite Umsetzung seit Anfang 2012 sehr gut vorbereitet.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die strategische Ausrichtung ist in der Gesamtunternehmensstrategie des LUKS definiert.

Die grundlegenden Ziele des Qualitäts- und Riskmanagements am LUKS umfassen:

- Maximale Patientensicherheit bei der Versorgung
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsstruktur, Prozess- und Behandlungsqualität durch Umsetzung von Qualitätsinterventionen. Dies umfasst beispielsweise die Erfüllung von Standards z.B. durch Audits, Zertifizierungen, Akkreditierungen.
- Etablierung eines spitalweiten Kennzahlensystems
- Ausarbeitung, Weiterentwicklung und Evaluation von Methoden und Instrumenten zum Qualitäts- und Riskmanagement.
- Aufbau von internen und externen Netzwerken

Für das LUKS ist es Ziel, für die Bevölkerung ein effizienter und kompetenter Ansprechpartner in medizinischen Belangen zu sein. Im Fokus unserer Qualitätsbemühungen steht die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit. Deshalb ist das Qualitätsmanagement mit dem Risikomanagement organisatorisch zusammengelegt. Die Diskussionen um Qualität und Sicherheit ist in der medizinischen Versorgung integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns. Qualität und Sicherheit gehören somit zur Kernkompetenz des LUKS. Projekte werden teils in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt (z.B. Team Time out, PATEM-TIP, Patientenbefragungen).

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2012

- Konzeptumsetzung zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements LUKS
- Projekt Medikationssicherheit am LUKS
- Vorbereitung Erstzertifizierung Darm- und Pankreaszentrum im Juni 2012

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2012

- Einheitliche Konzeptumsetzung Qualitätsmanagement am LUKS und übergreifende Koordination
- Schwerpunktsetzung auf Patientensicherheitsprojekte (erfolgreicher Start des Projektes Medikationssicherheit, Vorbereitung des Projektes sichere Chirurgie "SURPASS")
- Erfolgreiche Erstzertifizierung Darm- und Pankreaszentrum im Juni 2012
- Erfolgreiche Rezertifizierung Brustzentrum und 1. Überwachungsaudit Gynäkologisches Krebszentrum

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Vordergrund steht die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit z.B. im Rahmen des Projektes Medikationssicherheit, SURPASS, Patientenidentifikationsarmbänder sowie PATEM-TIP. Weiter liegt der Fokus auf Massnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und Einführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung. Ausserdem sind fachspezifische Zertifizierungen, wie z.B. die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums nach der Deutschen Krebsgesellschaft ein wesentlicher Entwicklungsschwerpunkt.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 380 Stellenprozent zur Verfügung.	

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Thomas Kaufmann	041/205 42 75	thomas.kaufmann@luks.ch	Gesamtleiter DRG-, Qualitäts- und Riskmanagement
Dr. med. Ute Buschmann	041/205 25 11	ute.buschmann@luks.ch	Leiterin Qualitäts- und Riskmanagement
Dr. theol. Simon Huber	041/205 44 30	simon.huber@luks.ch	Patientenombudsstelle, Patientenbefragungen
Saskia Huckels	041/205 4234	saskia.huckels@luks.ch	Qualitätsmanagerin Luzern
Nadja Ineichen	041/926 50 10	nadja.ineichen@luks.ch	Qualitätsmanagerin und Patientenombudsstelle Sursee und Wolhusen
Brigitte Schneider	041/205 6069	brigitte.schneider@luks.ch	Haftpflichtkoordination / RM-Administration
Nazli Donat	041/205 6048	Nazli.donat@luks.ch	Koordinatorin Onkologisches Zentrum
Jacqueline Hausmann	041 205 1996	jacqueline.hausmann@luks.ch	Datenmanagerin
Gabriele Krieg	041/205 4218	gabriele.krieg@luks.ch	Datenmanagerin
Isabell Tresch	041/205 6021	Isabell.tresch@luks.ch	Datenmanagerin

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

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

Spitalgruppe	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wir sind eine Spital- /Klinikgruppe mit folgenden Standorten : Luzern, Sursee, Wolhusen, Montana

C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Allergologie und Immunologie	Luzern, Sursee	
Allgemeine Chirurgie	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Anästhesiologie und Reanimation <i>(Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Dermatologie und Venerologie <i>(Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)</i>	Luzern, Sursee	
Gynäkologie und Geburtshilfe <i>(Frauenheilkunde)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Medizinische Genetik <i>(Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)</i>	Luzern, Kinderspital	
Handchirurgie	Luzern, Sursee	Sursee: Belegarzt-Modell
Herz-/Thoraxchirurgie und Gefässchirurgie <i>(Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)</i>	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie <i>(Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	

Angebotene medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)</i>	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Leber)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	

<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie <i>(Behandlung von Infektionskrankheiten)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie <i>(Behandlung von Herz- und Kreislaferkrankungen)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie <i>(Behandlung von Krebserkrankungen)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)</i>	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation <i>(Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)</i>	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie <i>(Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)</i>	Luzern, Sursee	
Intensivmedizin	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Luzern	
Kinderchirurgie	Luzern	
Neurochirurgie	Luzern	
Neurologie <i>(Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	Sursee: Belegarzt-Modell
Ophthalmologie <i>(Augenheilkunde)</i>	Luzern	
Orthopädie und Traumatologie <i>(Knochen- und Unfallchirurgie)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL <i>(Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	Sursee: Spital- & Belegarzt-Modell
Pädiatrie <i>(Kinderheilkunde)</i>	Luzern	
Palliativmedizin <i>(lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Luzern, Sursee	
Psychiatrie und Psychotherapie	Luzern	
Radiologie <i>(Röntgen & andere bildgebende Verfahren)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Urologie <i>(Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)</i>	Luzern, Sursee, Wolhusen	Sursee: Belegarzt-Modell

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

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Diabetesberatung	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Ergotherapie	Luzern	
Ernährungsberatung	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Logopädie	Luzern	
Neuropsychologie	Luzern	
Physiotherapie	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Psychologie	Luzern	
Psychotherapie	Luzern	

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2012

Kennzahlen	Werte 2012	Werte 2011	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	182110	173293	(ohne Reha; Fälle die mind. einen Patientenkontakt hatten)
	(485807 Patientenkontakte)	(467246 Patientenkontakte)	(ohne Reha)
davon Anzahl ambulanter, gesunder Neugeborener			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	37148	38427	(ohne Reha, inkl. ges. Neugeborene)
davon Anzahl stationärer, gesunder Neugeborener	2207	2257	(gemäss Med.Statistik)
Geleistete Pfl egetage	259532	278486	(ohne Reha, inkl. ges. Neugeborene ; Definition: Austritts- minus Eintrittstag +1)
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2012	752	788	(ohne Reha)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	5.9	6.2	(ohne Reha, gem. Definition Swiss DRG: Austritts- minus Eintrittstag)

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2012

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte, Anzahl Pflgetage und Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2012 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwere Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Fallzahl	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern	278	278	8891

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- ① Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- ① Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.
- ① Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	stationär	ambulant
Angebote im eigenen Haus LUKS Luzern	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Angebote für andere Häuser (Sursee, Wolhusen, Stans, Schwyz.....)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Interdisziplinäre Schlafkonferenz mit Luzerner Kantonsspital	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
LUKS Luzern	Intensivstation in akutsomatischem Spital	0 km
LUKS Luzern	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km
Kantonsspital Sion (vom Standort Montana aus)	Intensivstation in akutsomatischem Spital	25 km
Kantonsspital Sierre (vom Standort Montana aus)	Notfall in akutsomatischem Spital	12 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Berner Klinik Montana, Dr. med. C. Vaney	Neurologie
Dr. med. J. Volken, Sierre	Rheumatologie
Dr. med. G. de Sépibus, Sion	Kardiologie
Dr. med. P. Hildbrand, Brig	Kardiologie
Dr. med. H. Erpen, Visp	Psychosomatik
Angebot für Akutgeriatrie Wolhusen	Sprachtherapie
Neuro(rehabilitative Konsilie)	Neurologen

C4-3 Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Welches Angebot bietet eine Klinik für einfachere Behandlungen oder für Behandlungen nach einem stationären Aufenthalt?

- ① Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein Patient in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern	6		Tagesklinik mit 12 Plätzen

C4-4 Personelle Ressourcen

Vorhandene Spezialisierungen	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	LUKS Luzern
Facharzt Neurologie	LUKS Luzern
Facharzt Pneumologie	LUKS Luzern
Facharzt Kardiologie	LUKS Luzern
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	LUKS Wolhusen
Facharzt Psychiatrie	LUPS Luzern

- ⓘ Spezifische Fachärzte sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen (pro Standort)
Pflege	2	1.3
Physiotherapie	17	10.3
Logopädie	3	2
Ergotherapie	10	7.2
Ernährungsberatung	10	
Neuropsychologie	4	2.5

- ⓘ Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den **diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften**.

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

D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.			Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt. Siehe ANQ-Messung Seite 26 ff			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Luzern	83.8	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	86.1	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	85.2	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	79.8	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	79.4	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	81.8	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	81.9	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument	
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ		
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/>	POC(-18)		

<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt (separate Befragung Kinderspital)		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent	41.8%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Sursee	86.2	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	86.8	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	88.7	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	82.3	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	80.1	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	86.5	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	86.1	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/>	Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ			
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent	38.9%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Wolhusen	88.8	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	90.3	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	92.1	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	85.8	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	75.8	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	87.0	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	88.3	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts	
<input type="checkbox"/> PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark				
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instruments		standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
	Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent	42.1%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Patientenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Luzerner Höhenklinik Montana
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Luzerner Höhenklinik Montana	84.0	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der ungewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheitswert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	85.4	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	84.0	7 Fragen zum Messthema „Pflege“
Organisation	81.9	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	83.2	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	90.0	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	85.2	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Reha spezifische Fragen	80.9	11 Fragen zum Messthema „Reha spezifische Fragen“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen. Diese wird aber mit einem Kurzfragebogen nach den Vorgaben des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) durchgeführt. Diese Messung erfolgt koordiniert und schweizweit in allen Rehabilitationskliniken.		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor. <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instruments		Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/> PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle stationären Patienten vom Juni 2010 - Juni 2011		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent	47%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten Luzerner Höhenklinik Montana

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Optimierung Therapieplanung	Optimale Koordination der Übergangszeiten zwischen den Therapien und Untersuchungen. Patienten sollen sich nicht gestresst fühlen durch das Tagesprogramm.	alle diagnostischen und therapeutischen Bereiche.	Umsetzung 2012
Organisation Medizintechnik	Zusammenlegung der Medizintechnischen Bereiche und Optimierung des Personaleinsatzes. Optimierung des Angebots für Patienten.	Medizintechnik	Umsetzung per Ende 2011
Hotellerie-Leistungen	Verbesserung der Qualität	Küche	Umsetzung per Ende 2011

	in der Verpflegung. Ausweitung des Angebots in der Menüplanung.		
--	---	--	--

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle für Patienten und Angehörige
Name der Ansprechperson	Dr. theol. Simon Huber (Standort Luzern) Nadja Ineichen (Standorte Sursee und Wolhusen)
Funktion	Patientenombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	Luzern: Telefon 041 205 44 30 simon.huber@luks.ch Montag und Dienstag: ganzer Tag (Büroöffnungszeiten) Donnerstag und Freitag: ganzer Tag (Büroöffnungszeiten) Sursee und Wolhusen seit 2013: Telefon 041 926 50 10 nadja.ineichen@luks.ch Montag bis Freitag, während Büroöffnungszeiten
Bemerkungen	

D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.			

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Kinderspital
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	96 %	Benchmark mit 7 Kinderspitälern
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Dim 1: Emotionale Unterstützung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 2: Information und Aufklärung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 3: Behandlungsspezifische Informationen - Chirurgie	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 4: Behandlungsspezifische Informationen - Intensivstation	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 5: Einbezug der Eltern	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 6: Physisches Wohlbefinden	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 7: Kontinuität und Austritt	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 8: Koordination der Betreuung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 9: Gesamteindruck	Unteres Mittelfeld	im 3. Quartil = 51-75 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H1: Zimmer Ihres Kindes	Schlechtes Viertel	im 4. Quartil = 76-100 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H2: Essen Ihres Kindes	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H3: Freundlichkeit Personal	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H4: Sanitäre Installation und Infrastruktur	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H5: Beschwerdemanagement	Schlechtes Viertel	im 4. Quartil = 76-100 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Die **Messergebnisse** werden mit jenen von anderen Spitälern **verglichen** (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/> Externes Messinstrument	
Name des Instrumentes: Picker	Name des Messinstitutes: Picker Institute Europe
<input checked="" type="checkbox"/> Eigenes, internes Instrument: Rückmeldezettel Kinderspital Luzern	
Beschreibung des Instrumentes: Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Alle Eltern mit Kindern mit einer Aufenthaltsdauer von über 24 Stunden		
	Ausschlusskriterien	Aufenthalt unter 24 Stunden		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		549		
Rücklauf in Prozenten		59,5 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?

<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht .	
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit.	
<input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.	
<input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Luzern	60.6	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	62.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	58.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	62.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	61.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	64.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	62.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: Die nächste Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		

<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten		51.7%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

Messergebnisse der letzten Befragung

	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Sursee	63.0	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	59.6	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	61.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	66.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	63.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	73.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	66.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: Die nächste Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		

Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozenten	56.5%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Wolhusen	66.2	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	65.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	65.1	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	66.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	67.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	66.4	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	68.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: Die nächste Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden wurden befragt
	Ausschlusskriterien	-
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		
Rücklauf in Prozenten	58.1%	Erinnerungsschreiben?
		<input type="checkbox"/> Nein
		<input checked="" type="checkbox"/> Ja

D4 Zuweiserzufriedenheit

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

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .

Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde eine Messung durchgeführt.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2012 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	82.3 %	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Luzern	75 %	
Sursee	87 %	
Wolhusen	85 %	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Transfer Plus AG	Name des Messinstitutes
			Transfer Plus AG
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Hausärzte der Regionen, deren Adresse in der Datenbank des Messinstitutes vorlag		
	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	121 von 432			
Rücklauf in Prozenten	28 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

E ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-

Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Für die Typologie Rehabilitation hat der ANQ im Jahr 2012 noch keine spezifischen Qualitätsindikatoren empfohlen.

Weitere Informationen: www.anq.ch

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

E1 ANQ-Indikatoren Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2012 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss SwissNOSO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: www.anq.ch

E1-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Mit der Methode SQLape®¹ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?					
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →		<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:			
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →		<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:			
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:					
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Interpretation ²
Intern	Extern				
					A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen					
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.					
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.					
Begründung		Aufgrund der Methodik kommt es zu Verzerrungen der Ergebnisse, da es zu viele falschpositive Fälle gibt. Die Vergleichbarkeit der Spitäler ist folglich nur bedingt möglich. Die Ergebnisse werden zur internen Analyse genutzt.			
Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ³			
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv					
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)			
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.			
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)					
Bemerkung					

¹ SQLape® ist eine wissenschaftlich entwickelte Methode, die gewünschte Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

² A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen.

³ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis A, B oder C	Wertung der Ergebnisse ⁴
				A = gut B = normal C = muss analysiert werden
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 mit den Daten 2010 ist nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung		Aufgrund der Methodik kommt es zu Verzerrungen der Ergebnisse, da es zu viele falschpositive Fälle gibt. Die Vergleichbarkeit der Spitäler ist folglich nur bedingt möglich. Die Ergebnisse werden zur internen Analyse genutzt.		
Informationen für das Fachpublikum				
Auswertungsinstanz		Bundesamt für Statistik BFS ⁵		
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)		
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).		
Anzahl einbezogene Fälle (Risikopopulation)				
Bemerkung				

⁴ A = Die beobachtete Rate ist tiefer als die minimale tiefste erwartete Rate (die beobachtete Rate liegt unterhalb des Konfidenzintervalls (95%)).

B = Die beobachtete Rate liegt innerhalb des Konfidenzintervalls (95%) der erwarteten Werte.

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen.

⁵ Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2012 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2010.

E1-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

Postoperative Wundinfektionen sind eine unter Umständen schwere Komplikation nach einer Operation. In der Regel führen sie zu einer Verlängerung des Spitalaufenthalts.

Die Wundinfektionsrate ist unter anderem abhängig vom Schweregrad der Krankheiten der behandelten Patienten (ASA-Klassifikationen), der Operationstechnik, der Antibiotikagabe vor der Operation sowie von der Händedesinfektion des medizinischen Personals und der Hautdesinfektion der Operationsstelle.

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten.

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Viszeralchirurgie, Orthopädie, am Standort Luzern auch Herzchirurgie

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:			Vorjahreswerte	
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall ⁶ CI = 95%)	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperationen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen		Da bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up nach 30 Tagen und nach 1 Jahr durchgeführt wird, liegen für 2012 noch keine Resultate vor.		
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen				
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			% ()	% ()
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Messung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.				
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
Begründung	Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	SwissNOSO

⁶ Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung⁷ Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum			
Messinstitution	Bernere Fachhochschule		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Alle stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care, Wochenbettstation), (≥ 18 Jahre). (Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.) - Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung. 	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt, - Säuglinge der Wochenbettstation, - Pädiatriestationen, - Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. 	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent (Antwortrate)	
Bemerkung			

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt zitiert nach (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008c).

Weitere Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:	
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen ⁸
In Prozent	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Sturzprävention	Erarbeitung eines Pflegekonzept	Pflegeentwicklung und –qualität	01.01.2013 – 31.12.2013

⁷ Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

⁸ Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Dekubitus (Wundliegen)

Ein 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 Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Weitere Informationen: deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		Anzahl Patienten mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1- 4		
	ohne Kategorie 1		
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1		
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1		
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1		
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1		

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
	Begründung

Bei den Messergebnissen handelt es sich um nicht adjustierte Daten. Aus diesem Grund sind sie nicht für Vergleiche mit anderen Spitälern und Kliniken geeignet. Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wurde und das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein ist, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 mit dem Kurzfragebogen ANQ

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Aktuelle Messergebnisse des Jahres: 2012		
Gesamter Betrieb: Luzern	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.00	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.92	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.94	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.82	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.24	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb: Sursee	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.22	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.97	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.86	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.05	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.49	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb: Luzern	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.32	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.07	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.31	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.19	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.58	0 = nie 10 = immer
Bemerkungen		
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2012 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Zentrales Messinstitut	Dezentrales Messinstitut
<input type="checkbox"/> hcri AG	<input type="checkbox"/> hcri AG
<input checked="" type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH	<input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH
	<input type="checkbox"/> ESOPE
	<input type="checkbox"/> NPO PLUS
	<input type="checkbox"/> Stevemarco sagl
	<input type="checkbox"/> QM Riedo

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2012 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Verstorbene Patienten - Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. - Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt. 	
Anzahl angeschriebene Patienten	1949		
Anzahl tatsächlich teilgenommener Patienten	1007	Rücklauf in Prozent	49.7
Bemerkung	Verteilt nach Standorten betrug der Rücklauf für Luzern 49.35 %, der Rücklauf für Sursee 50.5 % und der Rücklauf für Wolhusen 49.2 %.		



Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2012

F1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Ausnahme Kinderspital
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Internes Benchmarking		
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzmeldeformular, VA Auswertung der Sturzprotokolle Sturzrisikoeinschätzung
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik	
	Ausschlusskriterien	Kinderspital	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	fortlaufend	Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
	Phänomenvermeidung	Departementsspezifisch	laufend

F2 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)		
Was wird gemessen?	Dekubitus		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse			
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Dekubitusrisikoeinschätzung
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		fortlaufend	Anteil in Prozent
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
	Phänomenvermeidung	Departementsspezifisch	laufend

F3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?

<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	Keine TN in 2012
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Messergebnisse

Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012

<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	LPZ

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
FBM	Erarbeitung eines Pflegekonzepts	Pflegeentwicklung und -qualität	01.01.2013 – 30.08.2013

F4 Weiteres Messthema

Messthema	Ergebnisqualität im Brustzentrum
Was wird gemessen?	27 Kennzahlen, die die Qualität der Brustkrebsdiagnose und –therapie messen. Die Kennzahlen werden seit 7 Jahren jährlich erfasst, so dass eine Bewertung der Qualität sowohl im Querschnitt als auch longitudinal möglich ist.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Neue Frauenklinik Luzern, Brustzentrum Luzern

Messergebnisse	
Ergebnisqualität im Brustzentrum	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messergebnisse werden jährlich an die Deutsche Krebsgesellschaft gemeldet. Die Messergebnisse werden jährlich vor Ort von externen Gutachtern auditiert und bewertet. Die Detailergebnisse können im Brustzentrum eingesehen werden.	Bei der externen Begutachtung lagen fast alle Messergebnisse über dem geforderten Qualitäts-Wert. Details siehe Kennzahlenbogen 2012 der Firma Onkoziert. Jährlich wird im Rahmen einer Qualitätsmanagementbewertung festgelegt, welche Verbesserungsaktivitäten für das kommende Jahr ergriffen werden sollen und welche Präventionsmaßnahmen hierzu durchgeführt werden.
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Mamma Ablatio	Steigerung Brusterhaltungsrate	Brustzentrum	2013
Brustsprechstunde	Angebot tgl. Sprechstunden	Brustzentrum	2013
Patientenzufriedenheitsermittlung	Steigerung der Rücklaufquote	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	2013

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012			
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments:	Kennzahlenbogen für Brustzentren	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Deutsche Krebsgesellschaft	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Brustkrebs und Brustkrebsvorstufen	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	162	Anteil in Prozent	100 %
Bemerkung			

Messthema	Ergebnisqualität im Gynäkologischen Tumorzentrum (Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs, Krebs des äußeren weiblichen Genitales)
Was wird gemessen?	12 Kennzahlen, die die Qualität der Diagnose und –therapie bei Gynäkologischen Krebserkrankungen messen. Die Kennzahlen werden seit 2011 Jahren jährlich erfasst, so dass eine Bewertung der Qualität sowohl im Querschnitt als auch longitudinal seit 2012 möglich ist.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Neue Frauenklinik Luzern, Gynäkologisches Tumorzentrum Luzern

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messergebnisse werden seit 2010 an die Deutsche Krebsgesellschaft gemeldet. Die Messergebnisse wurde 2012 vor Ort von externen Gutachtern auditiert und bewertet. Die Detailergebnisse können im Gynäkologischen Tumorzentrum eingesehen werden.	Die Erstzertifizierung fand im Jahr 2011 statt. Jährlich wird im Rahmen einer Qualitätsmanagementbewertung festgelegt, welche Verbesserungsaktivitäten für das kommende Jahr ergriffen werden sollen und welche Präventionsmaßnahmen hierzu durchgeführt werden.

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Kennzahlenbogen für Gynäkologische Krebszentren
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Deutsche Krebsgesellschaft

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Genitalmalignome der Frau	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	71	Anteil in Prozent	100
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Fallzahlen	Steigerung der Fallzahlen	Gyn Tumorzentrum	2013
Patientenzufriedenheitsermittlung	Steigerung der Rücklaufquote	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	2013

Messthema	Patientenbefragung
Was wird gemessen?	Zufriedenheit mit Dienstleistungen, Verbesserungsvorschläge

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2012 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	Luzerner Höhenklinik Montana
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen,	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

oder... →

Messergebnisse	
Messthema	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Patienten können die Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge angebene in den Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> - Medizin, Diagnostik, Therapie - Pflege - Eintritt (Anmeldung, Reception) - Hotellerie - Busfahrt zur Klinik - Generelles 	Insgesamt wurden 234 Fragebogen zurückgegeben, dies entspricht einem Rücklauf von rund 30%. Von diesen Fragebogen beurteilten uns 137 ausschliesslich positiv. Insgesamt ergab sich eine Zufriedenheit von 88%.
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Begründung	Hausinterner Fragebogen mit eigenständiger Auswertung
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2012		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instruments: "Ihre Meinung interessiert uns..."
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten
	Ausschlusskriterien	keine
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Optimierung der Therapiezeiten	Vermeiden von Stress für Patienten, bessere Ausnützung der vorhandenen Therapiezeit	Therapeutischer Bereich	



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.

Nimmt der Betrieb an Registern teil?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb nimmt an keinen Registern teil.
	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb nimmt an folgenden Registern teil.

Registerübersicht				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
Absolute Minimal Data Set - AMDS	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.iumsp.ch/ADS	Nein	
Acute Myocardial Infarction in Switzerland - AMIS Plus	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	Luzern 1997 Sursee 2007 Wolhusen 2006	Alle Standorte
Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie - AQC	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2008	Gesamte Chirurgie Luzern
Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken - ASF	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	2007	Gyn./Geb. LUKS Wolhusen Sursee Luzern
European registry and network for intoxication type metabolic disorders - E-IMD	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg www.e-imd.org	Nein	
Fécondation In Vitro National - FIVNAT-CH	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM www.fivnat-registry.ch/	2003	Luzern
IDES Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenkprothesen - IDES Register	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie www.memcenter.unibe.ch	Nein	
Knochtumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie - KTRZ	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochtumor-referenzzentrum/	1972	Luzern
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch	Nein	
Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreportin	Seit Existenz	LUKS

		g		
Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI - MDSi	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch	Wolhusen 1.9.2011 Luzern 3/2007 Sursee 2013	Wolhusen Luzern Sursee
Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien - MIBB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie www.mibb.ch	Luzern 2013 Radiologie Luzern seit Einführung des Registers	Luzern, Sursee
Register für Linsenimplantate - OCULA	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine www.memcenter.unibe.ch/ief o		
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	Sursee 2009 Luzern 2005	Sursee Luzern
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys.Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich www.asrim.ch	Nein	
Schweizer Wachstumsregister - SWR	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern www.ispm.ch	Seit Einführung des Registers	Luzern
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank - SAfW DB	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG www.safw.ch	Nein	
Schweizerische HIV Kohortenstudie - SHCS	Infektiologie	Schweizerische HIV Kohortenstudie www.shcs.ch	2003	Luzern
Schweizerisches Organ Lebendspender Gesundheitsregister - SOL-DHR	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebendspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - www.lebendspende.ch/de/verein.php	Nein	
Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister - SPNR	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry	Seit Einführung des Registers	Luzern
SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation www.scqm.ch	Luzern 1995 Sursee und Wolhusen 2000	Luzern Sursee Wolhusen

SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch	Luzern 2010 Sursee 2011 Nidwalden 2012	Luzern Sursee Nidwalden
Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases - SIOLD	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois www.siold.ch	2002	Luzern
SIRIS – Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	Seit 1. Juni 2012	Orthopädie und Unfallchirurgie alle Standorte
Swiss Breast Center Database - SBCDB	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie www.sbcdb.ch	Nein	
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13	Seit Einführung des Registers	Luzern
Swiss Neuropaediatric Stroke Registry - SNPSR	Neurologie, Phys.Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	Seit Einführung des Registers	Luzern
Swiss Paediatric Surveillance Unit - SPSU	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de	Seit Einführung des Registers	Luzern
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG www.sgph.ch	2002	Luzern
Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program - SRRQAP	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern www.srrqap.ch	Sursee 2009 Luzern 2005	Sursee Luzern
Swiss SLE Cohort Study - SCS	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Universität de Genève und andere Universitäten in der Schweiz www.slec.ch	Nein	
Swiss Teratogen Information Service - STIS	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS www.swisstis.ch	Luzern 2001	Luzern
Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern www.swissregard.ch	Nein	
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine www.swiss-spine.ch	2004	Luzern
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch	2005	Luzern

TraumaRegister DGU - TR-DGU	Unfallchirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin www.traumaregister.de	2011	Luzern
Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung - NICER	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung www.nicer.org	2011	Luzern
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	www.kinderkrebsregister.ch	Seit Einführung des Registers	Luzern
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	-	Nein	
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	www.krebsregister.usz.ch	Nein	
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	www.ksg.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html	Nein	
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	krebsliga-sg.ch/de/index.cfm	Nein	
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	www.liguecancer-fr.ch	Nein	
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	www.unige.ch/medecine/rgt/index.html	Nein	
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-	Nein	
Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	-	Nein	
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	www.ti.ch/tumori	Nein	
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-	Nein	
Krebsregister Zentralschweiz	Alle		2011	Luzern
Bemerkung				
Register für CF (europäisch)	Pneumologie		2012	Luzern
ELF Registry ODSeasy	Brustzentrum		2006	Luzern



Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Abteilung für Pneumologie Zentrum für Schlaflabor	2002	Je nach Bericht und Statistik	Jährlicher Einzelbericht Rezertifizierung alle 5 Jahre je nach Bericht oder Überwachungsaudit
Baby Freundliches Spital Prüfstelle: UNICEF Schweiz	NFKL Geburtshilfe	2005	2014	Jährlicher Einzelbericht und Monitoring-Bericht Nachevaluation alle 4-6 Jahre
Akkreditiert nach ISO/EC 17025 : 2005 Prüfstelle: Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS)	Zentrum für Hämatologie Hämatologisches Zentrallabor	2006	2016	Jährliches Überwachungsaudit
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Brustkrebszentren Prüfstelle: OnkoZert ISO 9001:2008 Prüfstelle: LGA UnterCert GmbH	NFKL Brustzentrum	2006	2015	Jährliches Überwachungsaudit
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft Prüfstelle: OnkoZert	Institut für Pathologie Institut für Radioonkologie Institut für Radiologie und Nuklearmedizin Abteilung für Medizinische Onkologie	2006	2015	Zertifizierter Kooperationspartner Brustzentrum Jährliches Überwachungsaudit
Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) Prüfstelle: SGRM ISO 9001:2008 Prüfstelle: Swiss TS	NFKL Klinderwunschzentrum	2008	2014	Jährliches Überwachungsaudit
EFQM Stufe 1 Prüfstelle: Committed to Excellence Hygienezertifikat Gastronomie Prüfstelle: bioexam	Fachbereiche der Ökonomie	2010 Validierung	2013	Jährliches Überwachungsaudit
ISO 9001:2008	Höhenklinik Montana	2004	2013	Jährliches Überwachungsaudit
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Gynäkologische Krebszentren	NFKL Gynäkologisches Krebszentrum	2011	2014	Jährliches Überwachungsaudit

Prüfstelle: OnkoZert ISO 9001:2008 Prüfstelle: : LGA UnterCert GmbH				
Akkreditierung nach JACIE Prüfstelle: JACIE	Zentrum für Hämatologie Stammzelltherapie	2011	2013	Interim Prüfung: alle 2 Jahre
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Darmzentrum und Pankreas Prüfstelle: OnkoZert ISO 9001:2008 Prüfstelle: Swiss TS	Viszeralchirurgie Darm- und Pankreaszentrum	2012	2015	Jährliches Überwachungsaudit

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS	Erfassung und Vermeidung von kritischen Zwischenfällen	LUKS	kontinuierlich
Q-Indikatoren	Umfassendes Projekt: - Etablieren von SOP's - Optimieren der Notfälle - Technische Unterstützungen - Organisatorische Optimierungen	LUKS	2010 - 2013
Prozesscontrolling	Letalität und Infekte werden erfasst und mittels Prozesscontrolling sofort ausgewertet (Methode CUSUM)	Gesamtes LUKS	Start mit Pilot SwissNos-messungen 2011
Projekt Medikationssicherheit	Kontinuierliche Verbesserung der Medikationssicherheit	LUKS	Juli 2012 bis Dezember 2014
Synopsis der Haftpflichtfälle	Prävention weiterer Haftpflichtfälle	LUKS	kontinuierlich
Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	Systematische Risikobeurteilung auf Stufe Unternehmen	LUKS	kontinuierlich
Konzeptumsetzung zur Neuausrichtung des Qualitätsmanagements	Zentrale Koordination und Vereinheitlichen	LUKS	Umsetzung von November 2011 bis Ende 2013
Kontinuierliche Austrittsbefragung	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte	Standorte Wolhusen Sursee, Kinderspital	kontinuierlich
Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte, die Steigerung der Patientenzufriedenheit und	LUKS	kontinuierlich

	das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen		
Neues Konzept kontinuierliche Austrittsbefragung	Vereinheitlichung des Fragebogens über die drei Standorte und der Auswertung	Alle drei Standorte	Seit Ende 2012, Umsetzung geplant für August 2013 (Sursee, Wolhusen) bzw. September 2013 (Luzern)
CH Qualitätslabel für Brustzentren	Einbindung von bis zu 7 Partnerspitälern in der Zentralschweiz sowie Zertifizierung nach EUSOMA	Brustzentrum Luzern und Netzwerk	Erstzertifizierung 2013
Einführung eines Instrumentes zur Erfassung der Lebensqualität bei Patientinnen mit Brust- oder Unterleibskrebs im Rahmen einer Studie	Die Lebensqualität soll mit validierten Instrumenten erfasst werden. Die Art der Therapie soll in Hinblick auf die Lebensqualität evaluiert werden. Kontinuierlich werden Patientinnen aus Luzern und dem Netzwerk für die Lebensqualitätsstudie rekrutiert.	Neue Frauenklinik Luzern	2011
Qualitätszirkel mit Hausärzten	Die optimale Behandlung bedingt, dass die diversen Behandler optimal abgestimmt sind. Prozessverbesserungen im Fokus des Patienten.	LUKS Sursee, Luzern	laufend
ePA AC	Einführung	Pilotstationen	laufend
Pflegequalität LUNIS	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Patienten- und Familienzentrierte Pflege	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Profil 2010	Erhaltungsmassnahmen 1. Funktionsdiagramm inkl. Stellenbeschreibung 2. neues Führungskonzept 3. FaGe Integration	LUKS	laufend
Dekubitusprävention	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Wundmanagement	Wunderfassung	LUKS	laufend
Sturzprävention	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Konzept Palliativ Care	Erhaltungsmassnahmen	LUKS Sursee, Wolhusen	laufend
Pflegeprozess	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
KIS TP Pflege	Standardisierung der Pflegedokumentation im LUKS. Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation	LUKS	laufend
EFQM	Kontinuierliche Verbesserung des QM, 2013 Stufe Committed to Excellence	Departement Pflege und Soziales	laufend
Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Entlassungsmanagement inkl. Anpassung der Pflegedokumentation	1. Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. 2. Anschlussversorgung ist frühzeitig abgeklärt und	LUKS	laufend

	rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatums beim Eintritt Visite bei allen Patienten).		
Transkranielle Magnetstimulation-Studie bei Gesunden (SNF Projekt)	Untersuchung der neuralen Grundlagen von Gestik	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Gestikstörung bei Apraxie (Masterarbeit Uni Bern)	Untersuchung der Alltagsrelevanz von Störungen Der Gestik bei Apraxie	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Validierung von selbstentwickelten Tests für Apraxie (DKF, Uni Bern)	Entwicklung von Apraxie-TEsts	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Funktionelle Bildgebung bei Parkinson (Parkinson Schweiz)	Untersuchung der Neuralen Basis von Dexteritätsproblemen bei Parkinson	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Transkranielle Magnetstimulation bei Parkinson (SNF Studie)	Evaluation nicht-invasiver Therapiemethoden zur Behandlung von Dexteritätsproblemen bei Parkinson	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Transkranielle Magnetstimulation bei Neglekt (SNF-Studie)	Entwicklung nicht-invasiver Therapiemethoden	LUKS Luzern: Rehabilitation	2010-2012
Interdisziplinäres Sturzkonzept bereichsspezifisch	- Assessment -Prävention- Evaluation - Mitarbeiterfortbildung	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige	Informationen zu Ablauf, Arbeitsweise der Fachbereiche, Philosophie und Kontaktaufbau	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Studie ETH ICF - basierter Rehabilitationsprozess	Rehaprozess und interdisz. Kommunikation ersichtlich darstellen	Neurorehabilitation Interdisziplinär	2010 - 2012
Outcome - Studie (Dissertation)	Evaluation der Rehazielssetzung und Beurteilung der langfristigen Zielsetzung	Neurorehabilitation	2010 - 2013
Einführung NEXUS MedFolio Teilprojekt Pflege	Ziele: - Erarbeitung elektr. Pflegedokumentation - Standardisierung - Qualitätsverbesserung (Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Verminderung von Fehlerquellen, Lesbarkeit, Verständlichkeit, Leistungstransparenz, Bedienungsfreundlichkeit, Zugang, einfacher Informationsabruf)	LUKS	laufend
Gesundheit am Arbeitsplatz	kontinuierliche Messung der Nadelstichverletzungen, Analysen der Unfallprotokolle, Analyse aller Betriebsunfälle	LUKS	laufend
Konsequentes Ausnutzen des Potentials moderner IT-	1. Minimierung von technischen Fehlern	Pathologie	2011, laufend

Infrastrukturen in der Pathologie	2. Verminderung des Risikos von kognitiven Fehlleistungen		
Vereinheitlichung und Optimierung Führungssystem	Durchgängige Systematik der Zielvereinbarung und –verfolgung, z.B. Einführung einer einheitlichen Ausbildungsmatrix für jede Organisationseinheit (Soll- Ist-Vergleich und Ableitung von Ausbildungsmaßnahmen)	Technik, Bau und Sicherheit	Start 2011 laufend
Kontinuität standortübergreifender Erfahrungsaustausch		Technik, Bau und Sicherheit	Start 2009 laufend
Erstellung und Weiterentwicklung von Standards	z.B. Weisung öffentliche Beschaffungen z.B. Redesign Handbuch Bau + Technik und Rollout über alle Standorte (als Grundlage für LUKS Bauprojekte)	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Weiterentwicklung von abteilungsinternen und abteilungsübergreifenden Prozessen	z.B. Überarbeitung und Dokumentation unternehmensweiter Bau-budgetprozess z.B. Weiterentwicklung Prozess Raummanagement z.B. Workshops zur Optimierung der Projektarbeit (inkl. Schnittstellen zu Betrieb) z.B. Optimierung von Beschaffungsprozessen in Zusammenarbeit mit Ökonomie	Technik, Bau und Sicherheit	Start 2010 laufend
Jährliche Klausuren im Leitungsteam (Organisations- und Führungsentwicklung)	Regelmässige Standortbestimmungen, inkl. Ableitung von konkreten Massnahmen und Zielsetzungen	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	Nutzung des Potenzials der Mitarbeiter, Motivation	Fachbereiche der Oekonomie	unbefristet Reaktivierung durch verschiedene Massnahmen und personelle Neubesetzung KVP-Koordinations-Funktion
Einheitliche Anwendung des Beurteilungs- und Fördergesprächs	Erhöhung des Nutzens/der Qualität und der Glaubwürdigkeit des Instrumentes	Fachbereiche der Oekonomie	unbefristet laufende Überprüfung durch Auswertungen der Streuung der Beurteilungswerte
Führen mit Kennzahlen	Unterstützung des Ziel- und Führungsprozesses	Fachbereiche der Oekonomie	Projekt abgeschlossen, Kennzahlensystem wird laufend ausgebaut
TBS interne Vorgesetztenbeurteilung	Extern organisierte Vorgesetztenbeurteilung mit moderierten Auswertegesprächen zur Verbesserung der Führungsarbeit und Mitarbeiterzufriedenheit	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012
Strategie Baumanagement 2013 - 2022	Analyse der TBS-Rolle im Baumanagement hinsichtlich künftiger Grossprojekte, Ausarbeitung der strategischen Ausrichtung für	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012

	10 Jahre, inkl. Definition von Optimierungsmassnahmen und umfassender Ressourcenanalyse		
Optimierung / Repositionierung Medizintechnik (Konzept MTS)	Schaffung von Strukturen und Prozessen, welche den Herausforderungen der technologischen Entwicklung gewachsen sind.	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012
Prozessmanagement	Fördern des Denkens in Prozessen Erhöhung von Effizienz und Effektivität in der Leistungserbringung Zusammenführung der Q-Systeme Gastronomie LU mit SU/WO	Gastronomie SU/WO Gastronomie LUKS	2012 bis 2014 Einführung des Prozessmanagement in der Gastronomie in Sursee und Wolhusen 2013 bis 2015
Jährliche Klausuren im Leitungsteam (Organisationsentwicklung)	Regelmässige Standortbestimmungen, inkl. Ableitung von konkreten Massnahmen und Zielsetzungen	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Schulung der Lungenliga LU-ZG	Bekanntmachen unserer Dienstleistungen bei neuen Mitarbeitenden der Lungenliga	Montana alle medizinischen Angebote	März 2012
Einführung Slack-Line Therapie	Erweiterung des Therapieangebots, Steigerung der Attraktivität der Therapien	Montana Physiotherapie	Frühling 2012
Erweiterung elektr. Kardex	Vitalkurven im elektr. Patientendossier, Medikamentierung	Montana Pflege, Medizin	Frühling 2012
Umsetzung HACCP Konzept	Überarbeitung des Hygiene Konzept und der Lebensmittel-Verarbeitung nach HACCP Richtlinien	Montana Küche	Herbst 2012
Dispositiv besondere Lagen: Einsatzübung mit lokaler Feuerwehr	Optimierung der Zusammenarbeit zwischen lokaler Feuerwehr, Krisenstab der Klinik und des Personals	Montana alle Bereiche	Oktober 2012

H3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus den Kapiteln D - F genauer beschrieben.

Projekttitel	Erstzertifizierung Darm- und Pankreaskrebszentrum	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Erstzertifizierung des Darm- und Pankreaskrebszentrums nach der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und DIN EN ISO. Ziel dieses Zertifizierungsverfahrens ist es, anhand von festgelegten qualitativen Anforderungen die Versorgungsqualität von Krebspatienten kontinuierlich zu verbessern.	
Beschreibung	Im Darm- und Pankreaskrebszentrum des LUKS werden betroffene Patienten ganzheitlich und in allen Phasen der Erkrankung betreut und versorgt. Eine ganzheitliche Versorgung von Patienten ist nur durch ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen möglich,	

	in denen die Fachrichtungen ihre Arbeitsweise gegenseitig auf die Bedürfnisse einer optimalen Patientenversorgung ausrichten. Es gilt im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens die von den medizinischen Fachgesellschaften spezifischen fachlichen Anforderungen zu erfüllen.
Projekttablauf / Methodik	Die Vorbereitung der Zertifizierung nach dem Erhebungsbogen der DKG sowie DIN EN ISO startete im Juni 2011 zusammen mit einer interprofessionellen Projektgruppe und wurde im Juni 2012 erfolgreich mit der Zertifikatserteilung für das Darm- und Pankreaszentrum abgeschlossen.
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Luzern
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Viszeralchirurgie und Gastroenterologie
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionell
Projektelevaluation / Konsequenzen	Die Erfüllung der fachlichen Anforderungen wurden im Rahmen eines externen zweitägigen Audits überprüft. Der erfolgreiche Abschluss des Zertifizierungsverfahrens wurde durch ein Zertifikat bestätigt.

Projekttitlel	Separater Medikationsraum (Ruhezone)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Reduktion von Unterbrechungen und Medikationsfehlern beim Medikamentenrichten und -kontrollieren	
Beschreibung	Im Juni 2012 wurde ein separater Medikationsraum auf dem 14. Stock des LUKS implementiert. Diese Sicherheitsintervention wurde vorher und nachher durch die Erhebung der Unterbrechungs- sowie Medikationsfehlerraten begleitet. Durch die Intervention "separater Medikationsraum" konnten die Unterbrechungen und Medikationsfehler deutlich reduziert werden.	
Projekttablauf / Methodik	Vor und nach der Intervention wurde die Anzahl und Art der Unterbrechungen während des Medikamentenrichtens und der -kontrolle im Rahmen von Beobachtungen auf einem Protokoll dokumentiert. Weiter meldeten die Mitarbeitenden täglich auf einem Meldeformular, ob ein Medikationsfehler aufgetreten war. Falls ja, wurde die Art des Fehler, die Ursache sowie der betroffene Prozessschritt notiert. Die Daten wurden anschliessend deskriptiv ausgewertet.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Luzern	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? 14. Stock (Privatstation Medizin und Chirurgie) am Standort Luzern	
Involvierte Berufsgruppen	Pflegefachpersonen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Erhebung der Unterbrechungsraten durch Beobachtung sowie der Medikationsfehler im Rahmen eines Fragebogens	

Wir als LUKS sehen die Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen unseres Handelns als Leistungserbringer. Eine der grössten Herausforderungen ist die Verbesserungen des Schnittstellenmanagements. Dies gelingt uns u.a. durch Zentrenbildungen, wie z.B. das zertifizierte Brust- und Gynäkologische Krebszentrum sowie das Darm- und Pankreaszentrum. Daneben ist ein umfassendes Informationsangebot als Grundlage für die richtigen therapeutischen Entscheidungen Voraussetzung.

Zusammenfassend haben wir am LUKS die folgenden Grundsätze im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement:

- Unser wichtigstes Ziel ist das Wohlergehen und die Zufriedenheit unserer Patienten.
- Wir stellen den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Patientensicherheit ist ein wesentliches Kernelement unserer Arbeit.
- Wir verstehen uns als lernende Organisation, die jede Verbesserungsinitiative unterstützt und Verantwortung für die eigenen Leistungen übernimmt.
- Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf überschaubare Projekte, welche ein klares Kosten-/ Nutzenverhältnis haben und deren Resultate für alle ersichtlich sind.