

Qualitätsbericht 2008

AKUTSOMATIK
Berichtsperiode: 2008



Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Tel. 041 205 11 11 (Zentrale)

Fax 041 205 44 11 (Zentrale)



1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Einleitung	4
3	Q-Organisation des Spitals im Überblick	6
3.1	Kontaktangaben	6
3.2	Qualitätsverantwortliche / Q-Team	6
3.3	Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital	6
4	Kennzahlen	7
4.1	Versorgungsstufe	7
4.2	Personalressourcen	7
4.3	Fallzahlen	7
	Weitere Leistungskennzahlen	8
4.4	Top Ten-Diagnose stationär	8
4.5	Altersstatistik	9
4.6	Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives	10
4.7	Mortalitätszahlen	10
4.7.1	<i>Mortalitätszahlen BAG / Helios</i>	10
4.7.2	<i>Umgang mit Todesfällen im Spital</i>	10
5	Zufriedenheitsmessungen	12
5.1	Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen	12
5.2	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	12
	Resultate der Patientenbefragung	12
	(nach einem stationären Aufenthalt)	12
	für das KSSW Wolhusen	12
5.3	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	12
5.3.1	<i>Gesamtzufriedenheit</i>	13
5.3.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	13
	Resultate der Patientenbefragung	13
	(nach einem stationären Aufenthalt)	13
	für das Kantonsspital Luzern	13
5.4	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	13
5.4.1	<i>Gesamtzufriedenheit</i>	14
5.4.2	<i>Detaillierter Ausweis</i>	14
	Resultate der Patientenbefragung	14
	(nach einem stationären Aufenthalt)	14
	für das KSSW Sursee	14
5.5	Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme	14

2 Einleitung

Über die Qualität der Qualitätsberichte

Obwohl das KVG von 1995 bereits den Nachweis von Qualitätsmessungen verlangt, werden erst in letzter Zeit sogenannte Qualitätsberichte publiziert, dafür in umso grösseren Massen. Die Motive dafür sind unterschiedlich: ökonomische, politische oder Marketing-orientierte. Der Artikel beleuchtet die Schwierigkeiten eines Qualitätsvergleichs unter Spitalern, beleuchtet die Frage von Zielpublikum und Wirkung und zeigt einen möglichen Ausweg aus dem Dilemma.

Jede medizinische Weiterbildungsveranstaltung dreht sich letztendlich um ein Thema: Wie können Patienten besser betreut werden, welches Medikament ist wirksamer, schadet weniger oder welches Operationsverfahren verlängert das Überleben am deutlichsten. Die Medizin konnte sich zwar auf die Definition von gut 5000 Diagnosen einigen, hat aber Mühe Qualitätsindikatoren zu definieren. Für einzelne Diagnosen existieren "Endpunkte", bzw. Indikatoren. Deshalb wird zuweilen ein Spital nach sogenannten Tracern bewertet, d.h. es wird beispielsweise die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach einem Herzinfarkt gemessen. Aber für die Bewertung eines gesamten Spitals, welches Kinder, Schwangere, Krebskranke und Unfallopfer therapiert, fehlt eine solche Kennzahl. Der Schluss liegt Nahe, dass es nicht am Unwillen der Betreiber scheitert sondern in der Natur der Sache liegt.

Was wird gemessen? - Die Validität

Gebräuchlich sind Patientenbefragungen mit Erhebung von Indikatoren wie Infrastruktur, Essen, Freundlichkeit und erlebte Fachkompetenz. Zusammenfassend werden solche Erhebungen als Patientenzufriedenheit rapportiert. Ein Landspital kann nicht mit dem grossen Zentrumspital verglichen werden, letzteres schneidet sonst immer schlechter ab. Die Erklärungen sind auch immer dieselben: im kleinen Spital fühlt man sich wohler und erlebt die Betreuung als persönlicher. Möglicherweise wird deshalb vor allem die Identifikation mit dem eigenen Regionalspital erfasst. Brancheninterne Erfahrungen und Auswertungen sprechen für Letzteres: so können sich die Patienten lautstark und direkt beschweren. Bei einer Grossbefragung sind sie aber sehr grosszügig gegenüber "ihrem" Spital, welches sie letztendlich auch behalten wollen. Die persönliche Identifikation mit einem 1200 Betten Klinikum ist ungleich schwieriger und auch weniger notwendig. Dieses ist ja in seinem Bestand nicht gefährdet. Sehr beliebt sind Sterblichkeitsmessungen: alle Patienten werden in eine von knapp 700 Diagnosengruppen (Diagnosis related groups, DRG) eingeteilt, und dann wird die Sterblichkeit innerhalb eines bestimmten Zeitraumes gemessen. Sagt jetzt das Ergebnis aus, wie gut im Spital gearbeitet wird, oder wie krank das Patientengut ist?

Wird das gemessen, was behauptet wird? Dies setzt die Prüfung der Gültigkeit voraus, den Prozess bezeichnet man als Validierung. Glücklicherweise, wer einen sogenannten Goldstandard vorweisen kann. Im Bereich der diagnostischen Laboratorien werden neue Testmethoden mit dem Goldstandard verglichen. Nur wenn der neue Test dem Goldstandard überlegen ist, wird er in Zukunft eingesetzt werden. Durch das Fehlen eines Goldstandards gestaltet sich der Validierungsprozess bei der Spitalqualität wesentlich schwieriger. Die Statistik kennt hierfür diverse Methoden. Weit verbreitet und bewährt hat sich die "cross validation": Mit einem zufällig ausgewählten Teil der Daten wird eine Hypothese erstellt, welche mit dem anderen Teil der Daten überprüft wird. Gerade im Bereich der Mortalitätsforschung konnten vielversprechende Resultate gewonnen werden.¹

Sterbedaten müssen bekannt sein - sollten sie auch breit publiziert werden?

Der schwerstkranke Patient wird vom peripheren ins Zentrumsspital verlegt und diese Möglichkeit soll weiterhin bestehen bleiben. Der Krebskranke am Ende seines Lebens möchte schmerzlos sterben und verzichtet möglicherweise zugunsten einer palliativen Behandlung auf weiteren kurativ orientierte Therapien. Bei der Festlegung einer Therapie darf nicht die Sterberate des Spitals eine Rolle spielen. Die medizinische Gemeinschaft ist sich einig, dass die Publikation von Sterbedaten an die breite Öffentlichkeit einen Rückschritt bedeuten würdeⁱⁱ. Es ist aber sinnvoll und wichtig, dass an Kongressen Sterbezahlen dem Fachpublikum präsentiert werden. Aus diesen Daten können Lehren gezogen werden wie beispielsweise die Definition einer Mindestanzahl an Eingriffen, die Erkennung von Risikopatienten oder der optimale Einsatz von knapper werdenden Ressourcen. Aber auch zu definieren, was heute Standard ist: Wie viele Patienten dürfen an den Folgen einer Narkose versterben? Das Monitoring aller Todesfälle im Spital sollte heute zum Standard zählen um systematische Fehler oder "Todesengel" sofort zu erkennen. Übrigens ist heute die Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz Standard und vielen Ortes durch das dritte "M", dem Missmanagement erweitert worden. Jeder nicht standardmässig abgelaufene Fall und

jeder Todesfall werden, teilweise Spitalübergreifend, besprochen.

Qualitätsindikatoren als Allerheilmittel?

In der Industrie gilt die ISO-Norm zur Bestätigung, dass das Unternehmen sich der Qualität verschrieben hat. Für den Spitalbereich existieren internationale Standards, z.B. der joint commission oder nationale Standards, wie jener von SanaCert. Die Zertifizierungen garantieren die Einhaltung gewisser Standards, aber noch nicht automatisch eine hervorragende Ergebnisqualität. Wegen des grossen Aufwandes und des schwer nachweisbaren Nutzens von Zertifizierungen, ist dieser Weg v.a. für Spezialbereiche wie Labor oder Pathologie respektive bei der Behandlung komplexer Patienten sinnvoll.

Wem nützen Qualitätsberichte?

Die Motivation der Publizisten von Qualitätsdaten bleibt zuweilen im Dunkeln. Aus der Patientensicht interessiert der Effekt der Veröffentlichung auf die Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Die Spitäler steigern als Folge der Publikation nachweislich ihre Qualitätsbemühungen. Nicht erwiesen ist der Erfolg dieser Bestrebungen. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Resonanz der Publikation in der Öffentlichkeit hoch ist, der Nachweis von Konsequenzen seitens der Patienten aber fehlt. Als Grund für die Diskrepanz ist die schwere Verständlichkeit der veröffentlichten Daten zu nennen, welche die Konsumenten eher verwirren statt Klarheit zu schaffen. So ist bisher unbekannt, welche Art der Publikation den grössten Effekt hat. Deshalb fordern die Experten, dass sich die Qualitätsberichtersteller selber einer rigorosen Qualitätskontrolle zu unterziehen haben und auch die Wirkung ihrer Tätigkeit messen. Erst dann können die Kausalzusammenhänge identifiziert werden.ⁱⁱⁱ

Wer bezahlt die Qualitätsmessungen?

Da Messungen teuer sind werden auch Qualitätsprojekte solange unterstützt, bis es zur Frage der Finanzierung kommt. Gestritten wird unter Versicherern, Kantonen und Spitälern, wer für die Kosten aufzukommen hat. Dabei geht es jeweils um die sogenannten externen Kosten. Die internen Kosten belaufen sich auf den drei- bis fünffachen Betrag. Wegen der schwierigeren Messbarkeit werden sie gerne unterschlagen. Die eingesetzte Arbeitszeit geht letztendlich zu Lasten der Patientenbetreuung. Es sollen also nicht beliebig Daten gesammelt und zu riesigen Datenfriedhöfen angehäuft werden, sondern nur nach klar definierten Kriterien. Dies setzt voraus, dass im Voraus die Datenauswertung bekannt und die Validität gesichert ist.

time to market - keine gute Voraussetzung zur Qualität

Aktuell scheint ein Wettlauf entbrannt zu sein: ein Internetanbieter überraschte ein Woche vor dem lange angekündigten Pressetermin von H+ zur Qualitätssicherung mit der Publikation einer zumindest methodisch fragwürdige Studie. Dieses Vorgehen setzte nun auch die Regulationsbehörden unter Druck. Dieser Zeitdruck führt dazu, dass nun aus bestehenden Daten Indikatoren konstruiert werden. Nur wurde noch nirgends geklärt, ob diese Daten, Aussagen zur Qualität wirklich zulassen. Das zentralschweizer Projekt "Quazentral" mit Beteiligung von Kantonen, öffentlichen wie privaten Spitälern sowie santésuisse hat sich dieser Frage angenommen. In einem epidemiologisch abgegrenzten Raum werden die routinemässig erhobenen Daten mit Studienregisterdaten verglichen und validiert. Aus routinemässig kodierten Leistungsdaten der Spitäler werden Qualitätsparameter abgeleitet, welche auf diese Weise validierbar sind. Bis dann sollte aber auf weiteres auf die Publikation von nicht auf ihre Gültigkeit geprüfter Qualitätsindikatoren verzichtet werden.

3 Q-Organisation des Spitals im Überblick

3.1 Kontaktangaben

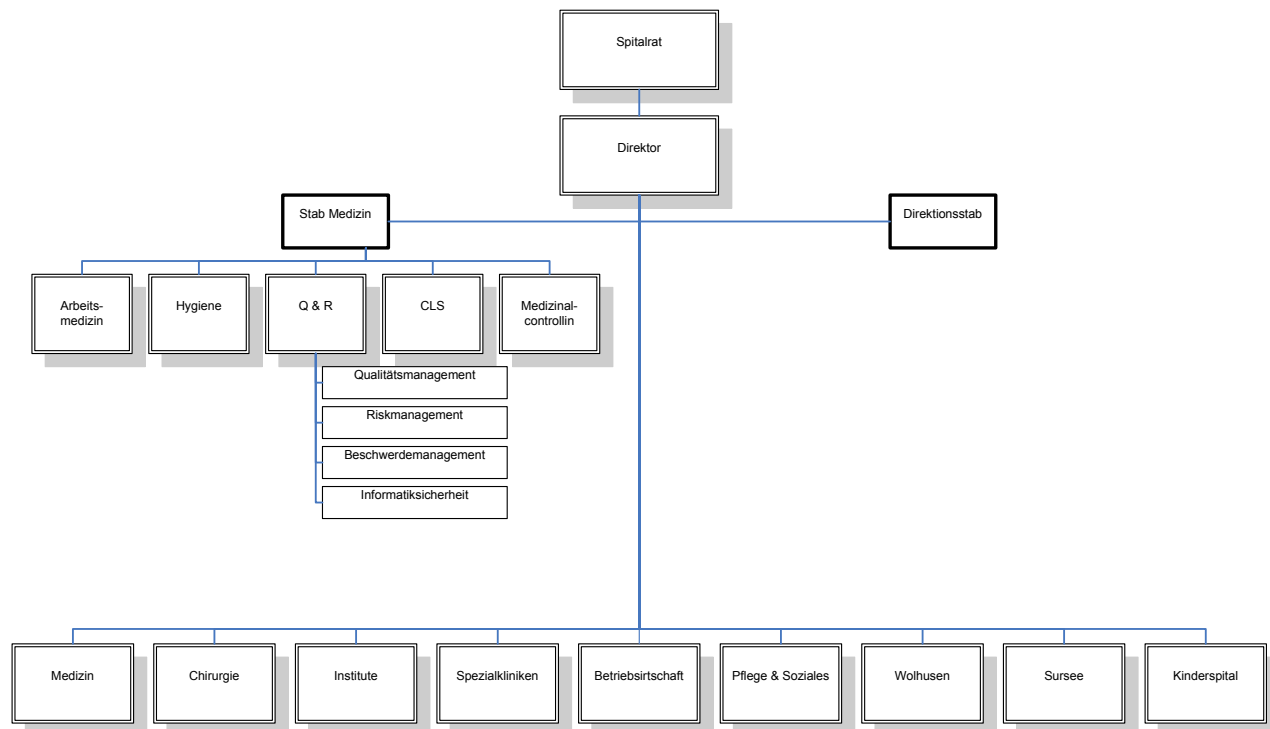
Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Thomas Kaufmann	041 205 42 75	thomas.kaufmann@ksl.ch	Leiter Qualitäts- und Riskmanagement
Dr.med. Ute Buschmann	041 205 25 11	ute.buschmann@ksl.ch	Riskmanagerin

3.2 Qualitätsverantwortliche / Q-Team

Titel, Vorname, NAME	Telefonnummer (Direktwahl)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet	Tätigkeits-% für Q-Bereich
Theo Smits	041 205 42 87	theo.smits@ksl.ch	Qualitätsmanager	60%
Peter Ward		peter.ward@ksl.ch	Qualitätsmanager	100%
Susanne Pfenninger	041-926 50 10	susanne.pfenninger@ksl.ch	Qualitätsmanagerin	100%

3.3 Organisatorische Einbindung des Qualitätsmanagements im Spital

Das Qualitäts- und Riskmanagement ist Teil des medizinischen Stabes, welcher direkt dem Direktor unterstellt ist.



4 Kennzahlen

4.1 Versorgungsstufe

Versorgungsstufe gemäss Bundesamt für Statistik BfS		
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 1 (K111): Zentrumsversorgung	5 Unispitäler
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 2 (K112): Zentrumsversorgung	Betriebe mit 9000 - 30000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 3 (K121): Grundversorgung	Betriebe mit 6000 - 9000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 4 (K122): Grundversorgung	Betriebe mit 3000 - 6000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Versorgungsniveau 5 (K123): Grundversorgung	Betriebe mit 0 - 3000 stationären Fällen
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Chirurgie (K231)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie (K232)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Pädiatrie (K233)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Geriatrie (K234)	
<input type="checkbox"/>	Spezialklinik: Diverse Spezialkliniken (K235)	

4.2 Personalressourcen

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Personalgruppen	Anzahl Vollzeit-Äquivalente	Bemerkungen und Details (Kader, Assistenten, Belegsärzte etc.)
Ärzte	500.00	
Pflege	1'360.00	
Andere medizinische oder therapeutische Berufe	636.00	
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie (nicht medizinisch)	638.00	
Auszubildende (Lehr-, Aus- und Weiterbildungsstellen)	470.00	

Kommentar zu den Personalressourcen

4.3 Fallzahlen

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Fachgebiet (Klinik oder Disziplin)	Anzahl stationäre Fälle			Anzahl teilstationäre und ambulante Fälle			Bemerkungen
	Alter	0-17	18-65	66 -	0-17	18-65	
Innere Medizin		99	4'484	5'656			
Chirurgie		454	7'421	4'578			
Gynäkologie und Geburtshilfe		3'089	4'317	327			
Pädiatrie		3'419	18	0			
Ophthalmologie		22	431	639			
Oto-Rhino-Laryngologie		136	1'150	337			
Dermatologie und Venereologie		0	39	29			
Physikalische Medizin und Rehabilitation		1	120	98			

Gesamt	7'220	17'980	11'664			
Kommentar zu den Fallzahlen						
MC stehen nur Kennzahlen aus der Codierung der stationären Patienten zur Verfügung; Teilstationäre gibt es per Definition seit 1.1.2008 auch an den Sursee und Wolhusen nicht mehr						

Weitere Leistungskennzahlen

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kennzahl	Anzahl	Bemerkungen
Pflegetage	280'093	
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7.8	
Geburten (stationär und ambulant)	3'014	
Operationen stationär		
Operationen ambulant und teilstationär		
Kommentar zu den weiteren Leistungszahlen		

4.4 Top Ten-Diagnose stationär

Datenquelle	
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Rang	Anzahl Fälle	Anteil an stationären Fällen [%]	ICD-Code	Beschreibung: ICD ausgeschrieben
1	3'329	9.03%	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie
2	2'812	7.63%	Z37.0	Lebendgeborener Einling
3	2'288	6.21%	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus
4	2'076	5.63%	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit
5	1'444	3.92%	O80.0	Spontangeburt aus Schädellage
6	1'438	3.90%	E11.9	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus : ohne Komplikationen
7	1'375	3.73%	I48	Vorhofflattern und -flimmern
8	1'133	3.07%	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
9	1'113	3.02%	S06.0	Gehirnerschütterung
10	809	2.19%	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz
Kommentar zu den Top Ten-Diagnosen stationär				

4.5 Altersstatistik

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Kategorie	Alter	Anzahl männliche Patienten ♂	Anzahl weibliche Patientinnen ♀
1	0 bis 1	2'394	2'051
2	2 bis 4	368	264
3	5 bis 9	446	287
4	10 bis 14	476	308
5	15 bis 19	592	558
6	20 bis 24	581	851
7	25 bis 29	566	1'409
8	30 bis 34	500	1'612
9	35 bis 39	601	1'182
10	40 bis 44	799	857
11	45 bis 49	936	799
12	50 bis 54	1'018	809
13	55 bis 59	1'248	854
14	60 bis 64	1'424	972
15	65 bis 69	1'359	979
16	70 bis 74	1'428	1'249
17	75 bis 79	1'374	1'403
18	80 bis 84	973	1'267
19	85 bis 89	601	819
20	90 bis 94	177	346
21	95 und älter	38	89
Gesamt		17'899	18'966

4.6 Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives

Datenquelle			
<input type="checkbox"/>	Zahlen des Bundesamtes für Statistik	<input checked="" type="checkbox"/>	Eigene Erhebung

Case-Mix-Index des Spitals (CMI)	
Definition des Case-Mix-Index	
Notfallstation	<input checked="" type="checkbox"/> mit Aufnahmepflicht gemäss Spitalliste <input type="checkbox"/> ohne Aufnahmepflicht (nicht auf Spitalliste)

Kennzahl	Anzahl Fälle	Bemerkungen
Notfälle stationär	17'913	
Notfälle ambulant und teilstationär		
Fälle Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	2'680	
Fälle Kinder-Intensivpflegestation , SGI-anerkannt	456	
Verlegungen in ein anderes Spital	1'253	anderes Krankenhaus, Spital (Allgemeinspital)
Austritte nach Hause	32'220	
Andere Austritte (Heim / Reha-Klinik)	830	Krankenheim, Pflegeheim
	308	Altersheim, andere sozialmed. Institution
	284	Psychiatrische Klinik
	1'006	Rehabilitationsklinik
Kommentar zu den Kennzahlen zur Einschätzung des Patientenkollektives		

4.7 Mortalitätszahlen

4.7.1 Mortalitätszahlen BAG / Helios

Kommentar zu den Mortalitätszahlen BAG / Helios	
<p>Aufgrund ungenauer bis widersprüchlicher Kodierreglemente ist uE eine Erhebung von Qualitätskennzahlen aufgrund der Kodierdaten im Moment nicht möglich und wenig sinnvoll. Ausführlich diskutieren wir die Thematik in der Einleitung.</p> <p>Die Fachgebiete veröffentlichen spezifische und sehr detaillierte Daten an Kongressen und in wissenschaftlichen Publikationen.</p>	

4.7.2 Umgang mit Todesfällen im Spital

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital besitzt kein Begleitangebot zum Sterbeprozess		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital besitzt ein Begleitangebot zum Sterbeprozess		
	Beschreibung des Begleitangebotes (z. Bsp. Verfügungen, Seelsorge, Palliative Station, Angehörigenbetreuung etc.)		
	Palliative Care Konzept LUKS Luzern (seit 2007), <ul style="list-style-type: none"> weitere spezifisch angepasste Konzepte z.B. im Kinderspital, LUKS Wolhusen vorhanden Palliative Care Dienst* (seit 2008), Beratung von Betreuungspersonen/-teams (Evaluation 2009)		
	telefonisch ambulant	telefonisch stationär	schriftliches Konsilium
	24	10	1
			insgesamt
			35
	*Zusätzlich ist von einer hohen, nicht bekannten Anzahl zusätzlicher Palliativaktivitäten ausserhalb der Beratungstelefone auszugehen (z.B. Konsiliarische Tätigkeit des Schmerzdienstes).		

- **Palliative Care Board** (seit 2009), für interdisziplinäre Fallbesprechungen und Austausch
- **Fort-/Weiterbildungen:**
 - Fünftägiger, interdisziplinärer, modularer Grundkurs Palliativmedizin (Luzerner Kantonsspital in Zusammenarbeit mit dem Institut für Anästhesiologie und Schmerzmedizin, SPZ Nottwill), erstmalige Durchführung 2008, nächste Durchführung geplant 2010
 - Förderung der Weiterbildung in Palliative Care der MitarbeiterInnen
- Langfristige Ziele: Einrichtung Palliativstation, Ausbau der ambulanten Versorgung (z.B. mobiler Schmerzdienst, Brückenpflege, Zusammenarbeit Spitex und weiterer externer Dienste)
- Projekt Patienten- und Familienzentrierte Pflege unterstützt Betreuungsangebot zusätzlich

5 Zufriedenheitsmessungen

5.1 Patientenzufriedenheit PEQ Kurzfragebogen

Name des Anbieters	Entwicklung	Name Messinstrument / -programm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	PEQ Kurzfragebogen			gemäss Vorgabe NVQ	Erstmals 2009, wenig detailliert und aussagekräftig, deshalb Gesamtzufriedenheitsmessungen. Die Messung wird im September starten.

5.2 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Mecon	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	MECON Patientenzufriedenheitsmessung	Zufriedenheitsmessung	2008	2-3 jährlich	Auswertungen bis auf einzelne Station und nach ärztl. Fachdisziplin. Gemäss Projekt verbessert jede Disziplin 3 Punkte.

Resultate		
Bereich	Wert [%]	Bemerkungen und Detaillierung (nach Kliniken / Abteilungen)
Ärzte	87%	signifikant besser als der Benchmark (Luzern)
Pflege	90.2%	signifikant besser als der Benchmark (Sursee und Wolhusen)
Organisation	80-87%	Hängt sehr von der Grösse ab, was auch der Benchmark zeigt. Prozesse wurden schlanker und Patientenorientierter. Diverse Projekt eim Bereich Pflege, was sich auch in der hohen Zufriedenheit in diesem Bereich ausdrückt.
Hotellerie	82%	Messung war unmittelbar nach Umstellung, weshalb die Prozesse noch nicht optimal eingespielt waren. Nach Überbrücken der Lernkurve werden bessere Resultate erwartet
Öffentliche Infrastruktur	80-85%	Massive Verbesserungen
Kommentar		
vgl. Beilage mit Benchmark		

Resultate der Patientenbefragung

(nach einem stationären Aufenthalt)

für das KSSW Wolhusen

5.3 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	standardisierter Fragebogen	Juni – Nov. 2007	-	1'192 Fragebogen versandt

5.3.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	90.2%
	Ja, wahrscheinlich	8.3%
	Nein, eher nicht	1.5%

5.3.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereiche / Abteilungen	Wert [Index]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	88.5 Punkte	
Bereich Pflege	90.3 Punkte	
Bereich Organisation	85.6 Punkte	
Bereich Essen	77.7 Punkte	
Bereich Wohnen	87.0 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	89.1 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	87.9 Punkte	
nur Abteilung Medizin (Total)	85.5 Punkte	
nur Abteilung Chirurgie (Total)	88.4 Punkte	
nur Abteilung Orthopädie (Total)	89.4 Punkte	
nur Abteilung Geburten (Total)	87.5 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Patienten geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Patienten geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals.</p> <p><i>Text durch das Spital z.B. Erläuterungen zum Längsschnitt</i></p>		

Resultate der Patientenbefragung

(nach einem stationären Aufenthalt)

für das Kantonsspital Luzern

→ Die folgenden Ausführungen können bei Bedarf direkt in den Qualitätsbericht von H+ qualité (Kapitel 5.2) kopiert werden. Die Kapitelnummerierung aktualisiert sich dabei automatisch.

5.4 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung	standardisierter Fragebogen	Mai – Dez. 2007	-	5'328 Fragebogen versandt

		(nach stationärem Aufenthalt)			
--	--	-------------------------------	--	--	--

5.4.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	77.5%
	Ja, wahrscheinlich	19.4%
	Nein, eher nicht	3.1%

5.4.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereiche / Abteilungen	Wert [Index]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	86.7 Punkte	
Bereich Pflege	85.6 Punkte	
Bereich Organisation	80.2 Punkte	
Bereich Essen	79.2 Punkte	
Bereich Wohnen	84.1 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	83.8 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	84.5 Punkte	
alle medizinischen Fachbereiche (Total)	83.5 Punkte	
alle chirurgischen Fachbereiche (Total)	84.3 Punkte	
Frauenklinik (Total)	85.8 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Patienten geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Patienten geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals.</p> <p><i>Text durch das Spital z.B. Erläuterungen zum Längsschnitt</i></p>		

Resultate der Patientenbefragung

(nach einem stationären Aufenthalt)

für das KSSW Sursee

→ Die folgenden Ausführungen können bei Bedarf direkt in den Qualitätsbericht von H+ qualité (Kapitel 5.2) kopiert werden. Die Kapitelnummerierung aktualisiert sich dabei automatisch.

5.5 Andere Patientenzufriedenheits-Messprogramme

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
MECON	<input type="checkbox"/> intern <input checked="" type="checkbox"/> validiert	schriftliche Patientenbefragung (nach stationärem Aufenthalt)	standardisierter Fragebogen	Juni – Nov. 2007	-	1'179 Fragebogen versandt

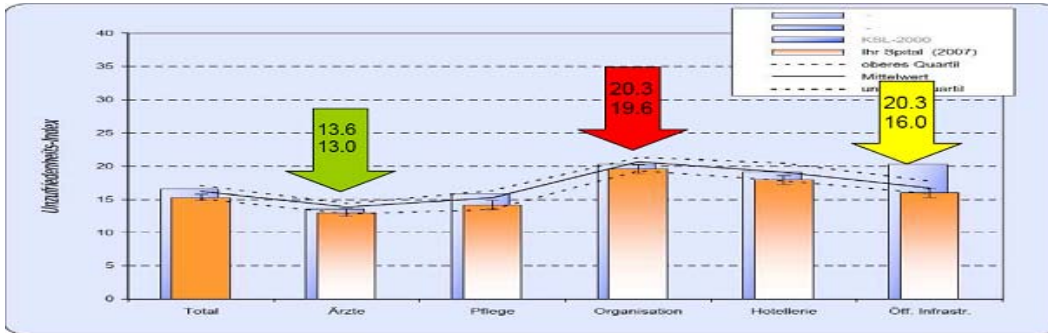
5.5.1 Gesamtzufriedenheit

Frage zur generellen Zufriedenheit	Antworten	Wert [%]
Würden Sie das Spital Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	Ja, auf jeden Fall	84%
	Ja, wahrscheinlich	14%
	Nein, eher nicht	2%

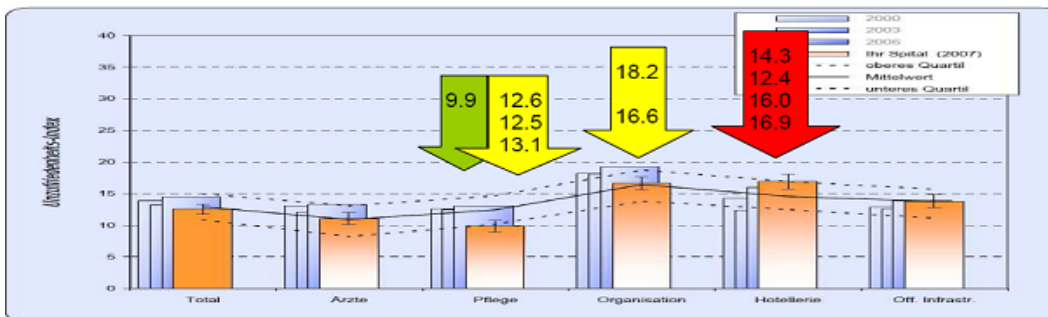
5.5.2 Detaillierter Ausweis

Resultate		
Bereiche / Abteilungen	Wert [Index]	Bemerkungen
Bereich Ärzte	88.9 Punkte	
Bereich Pflege	90.1 Punkte	
Bereich Organisation	83.4 Punkte	
Bereich Essen	79.1 Punkte	
Bereich Wohnen	86.9 Punkte	
Bereich Öffentliche Infrastruktur	86.2 Punkte	
Total (=gewichtetes Mittel über alle Bereiche)	87.4 Punkte	
nur Abteilung Medizin (Total)	87.6 Punkte	
nur Abteilung Chirurgie (Total)	86.1 Punkte	
nur Abteilung Orthopädie (Total)	90.2 Punkte	
nur Abteilung Gynäkologie (Total)	90.0 Punkte	
nur Abteilung Geburten (Total)	85.7 Punkte	
Kommentar		
<p>Der Fragebogen enthält Fragen zu allen für die Patientinnen und Patienten wichtigen Bereichen. Aus den Antworten wird ein Index berechnet, der von 0 Punkte (alle Patienten geben die schlechteste Antwort) bis 100 Punkte (alle Patienten geben die beste Antwort) reicht.</p> <p>Die Resultate der Patientenbefragung sind wichtige Kennzahlen für das Qualitätsmanagement und bilden eine Grundlage zur stetigen Verbesserung der Dienstleistungen des Spitals.</p> <p><i>Text durch das Spital z.B. Erläuterungen zum Längsschnitt</i></p>		

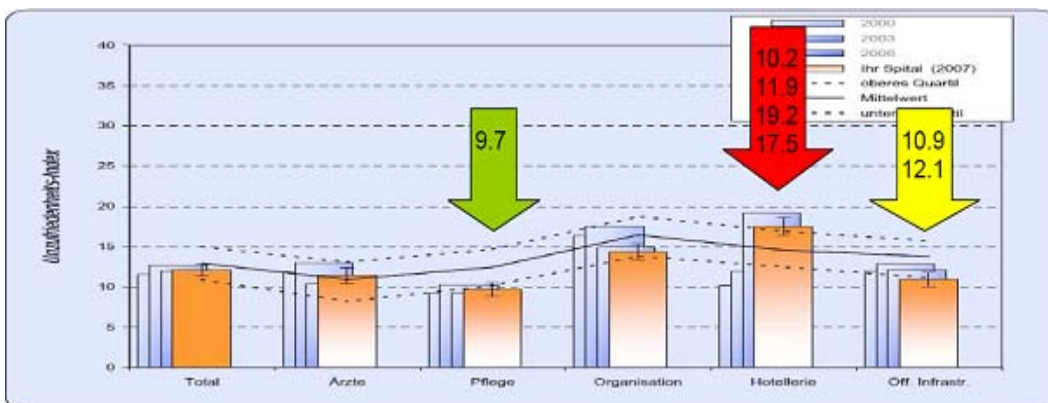
Luzern



Sursee



Wolhusen



5.6 Zuweiserzufriedenheit

Name des Anbieters	Entwicklung	Messinstrument / Messprogramm	Beschreibung der Mess-Methode	Datum letzte Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
	<input checked="" type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert	marketing research & consulting	qualitative Einzelinterviews anhand eines offenen Gesprächsleitfadens	April 2008		Standorte Wolhusen / Sursee

Resultate

Bereich	Wert [%]	Bemerkungen
Ärzte		
Pflege		
Andere medizinische oder therapeutische Berufe		
Verwaltung, Ökonomie, Hotellerie		
Gesamtinstitution		

Kommentar

Qualitative Auswertung, aus welchen Massnahmen definiert wurden, welche dann in Form von Einzelprojekten umgesetzt wurden, bzw. noch in der Realisierungsphase sind:

Potentialanalyse:

Verbesserungspotenzial Spital / Patient

Ängste

- Sparen am falschen Ort
- Einschränkung im Bereich der Grundversorgung
- zunehmende Anonymisierung (Ärzte, Pfleger)

} würde zentrale Vorteile der regionalen Standorte gefährden

Potenziale

- Änderung des Selbstverständnisses / Denkweise in Richtung marktwirtschaftliche Erfordernisse (ohne jedoch ethische Grenzen zu überschreiten)
- Angebot für Privat-Patienten verbessern
- generell Soft-factors im Kontakt Spital / Patient verbessern
 - Einrichtung / Ausstattung verbessern, (freundlich, modern)
 - Hotellerie: Essen, Service
 - Kommunikation
- Kommunikation (Auftritt, Image, Informationsfluss)

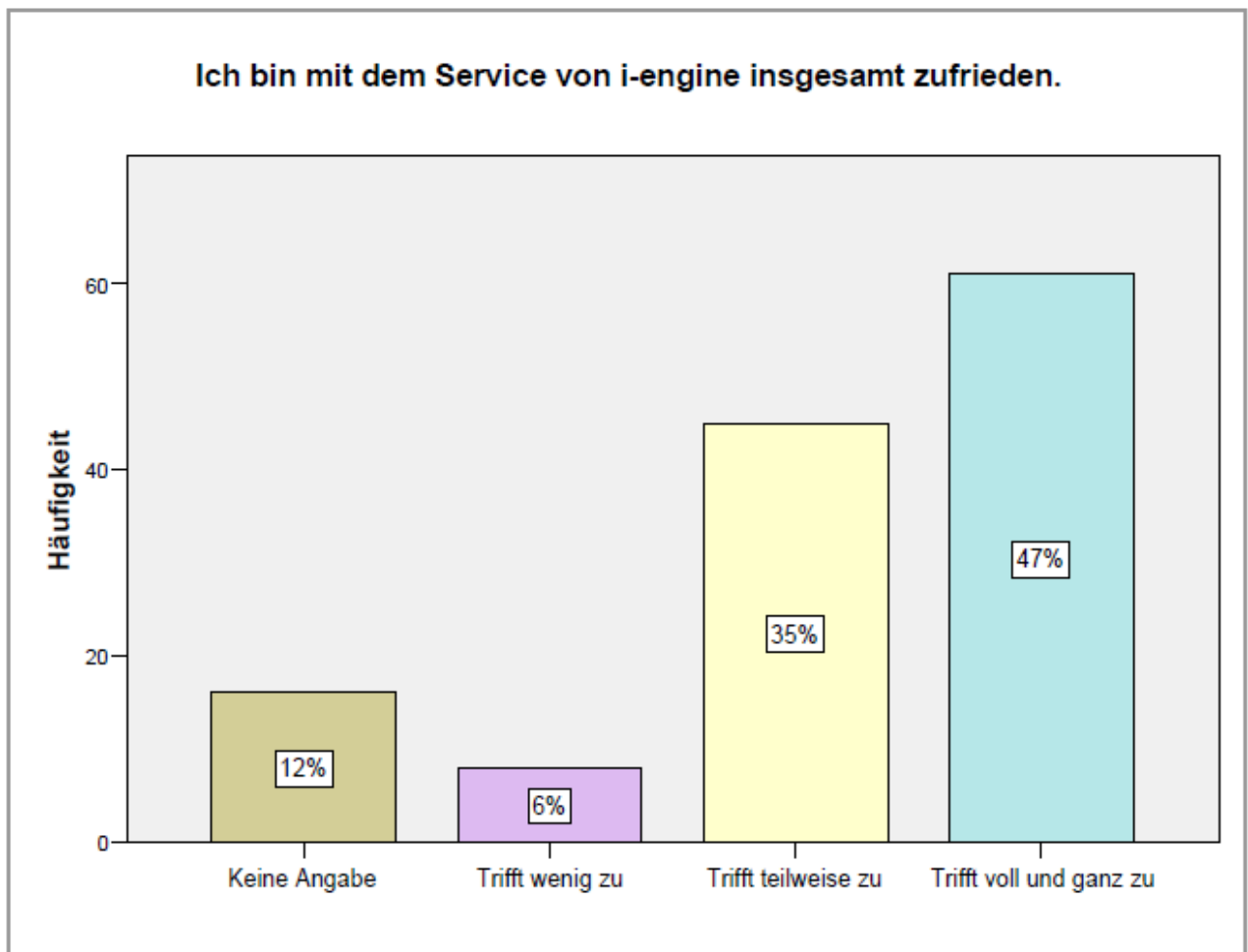
Studie Zur Hausarztkommunikation

Fragestellung: Im Kantonsspital Luzern wurde im ein Pilotprojekt zur elektronischen Übermittlung von Befunden gestartet. Nun können externe Ärzte automatisch auf die Berichte und Röntgenbilder ihrer Patienten zugreifen. Ziel dieser Arbeit ist es, Akzeptanz, Nutzungspotential sowie das Einsparungspotential des Projekts aufzuzeigen und damit eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Spitalleitung und andere Interessensvertreter im Gesundheitswesen darzulegen.

Methodik: Das Studiendesign stellt eine Evaluationsforschung mit summativen und formativen Elementen dar: Zwei Erhebungen (Vollerhebung unter den teilnehmenden Ärzten; Stichprobenbefragung unter Patienten) wurden durchgeführt und analysiert. Auch eine vorhandene Datenbank wurde analysiert und eine Kosten-Nutzen-Rechnung durchgeführt. Die Ergebnisse werden anhand verschiedener Kriterien diskutiert.

Ergebnisse: Die Meinungen der Ärzte sind unterschiedlich, die Gesamtzufriedenheit und Akzeptanz aber relativ hoch. Insgesamt wünschen sich die Teilnehmer mehr Benutzerfreundlichkeit und einheitliche Formate. Die Kosten-Nutzen-Rechnung ergab, dass bei bisherigem Nutzungspotential pro Jahr etwa CHF 278.400,- eingespart werden können. Etwa 60 Prozent der Ärzte können sich vorstellen, Befunde nur mehr online abzurufen. So könnte sich das Projekt nach etwa einem Jahr und 3 Monaten amortisieren. Auch die Akzeptanz unter den Patienten ist gut, nur 13,4 Prozent der Befragten sind mit der automatischen Weiterleitung via Internet nicht einverstanden.

Schlussfolgerung: Sowohl die Kosten-Nutzen-Rechnung als auch die beiden Befragungen lieferten aufschlussreiche Ergebnisse. Um das Projekt finanziell erfolgreich zu etablieren, sind einige Anpassungen notwendig (z.B. doppelte Übermittlung per Post einstellen, Benutzerfreundlichkeit erhöhen).



6 Qualitätsindikatoren

6.1 Rehospitalisation (Wiedereintritte)

6.1.1 Potentiell vermeidbare Rehospitalisationsrate innert 30 Tagen, mit SQLape

Anzahl Austritte	Anzahl Wiedereintritte innert 30 Tagen	Rehospitalisationsrate: Werte [%]	Auswertungsinstanz	Bemerkungen

6.1.2 Beteiligung an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Rehospitalisation:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> validiert				

Resultate

Kommentar

Die Definition der Rehospitalisationsrate ist Gegenstand der aktuellen Diskussion auch im Rahmen von SwissDRG. Ein Mehrzeitiges Operationsverfahren ist sehr häufig, weshalb bis heute kein etablierter Algorithmus zur Verfügung steht. Daneben besteht das Problem der onkologischen Patienten mit geplanten Wiedereintritten. Mit Ausnahme des Spitals Wetzikon hat in der Schweiz nie entsprechende Angaben veröffentlicht. Und auch das Spital Wetzikon nur einmalig.

Zudem würden nur Wiedereintritte in das selbe Spital erfasst. Wenn ich unzufrieden bin, werde ich mich in einem anderen Spital weiterbehandeln lassen. Dies Patientenströme versucht das Projekt Quazentral zu analysieren.

6.2 Infektionen

6.2.1 Postoperative Wundinfekte nach Swiss Noso / IVQ

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht am Messprogramm von SwissNOSO
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich am Messprogrammen mit unten aufgeführten Messthemen (3 aus 8)

	Messthemen	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Gallenblase		
<input type="checkbox"/>	Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/>	Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/>	Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt		
<input checked="" type="checkbox"/>	Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Hüftgelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/>	Kniegelenksprothesen		

Resultate
2,3 % postoperative Wundinfektionen
Kommentar
Die Wundinfektionen werden in Sursee separat, im übrigen Spital im Rahmen des AQC erfasst. Neu werden auch die Sternuminfektionen erfasst und verglichen.

6.2.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Infektionen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	In allen drei Spitälern tagt regelmässig die Hygienekommission, welche von einem Infektiologen prädiert wird. es finden regelmässige Schulungen aber auch Begehungen mit Messungen durch. Daneben wird eine fokussierte Antibiotikatherapie angestrebt. Ein zuverlässiger Parameter für den Erfolg der Massnahmen ist die im LUKS geringe Clostridieninfektionsrate.

6.3 Komplikationen

6.3.1 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Komplikationen	
	Begriffsdefinition „Komplikation“	Aktuell Übergang Qualicare auf AQC

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
AQC	<input type="checkbox"/> intern X validiert	Benchmarkmessung der Arbeitsgemeinschaft Qualität Chirurgie		laufend	

Resultate
Kommentar
Es finden diverse interdisziplinäre und Spitalübergreifende Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen statt, welche auch das Missmanagement beinhalten.

6.3.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Komplikationen durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen und -instrumente:
	Optimierte Antibiotikatherapie Wrong site surgery (Seitenverwechslung in der Chirurgie): Einhalten der WHO-Standards inkl. time out. Präoperative Risikoselektion und anpassen der Ressourcen. Laufende Hygiene-Schulungen und Kontrolle des Erfolges Autopsie Publikation der Ergebnisse in Fachzeitschriften 80% Wundmanager Jede Wunde wird fotografisch dokumentiert.

Pflegeindikator „Stürze“

6.3.3 Beteiligung an Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an Messprogrammen zum Thema Stürze	
X	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Stürze	
	Begriffsdefinition „Sturz“	Jedes Ereignis in dessen Folge eine Person unfreiwillig und/ oder unkontrolliert zu Boden oder eine tiefere Ebene sinkt oder fällt“ (Schwendimann, 2000 / Prevention of Falls Network Europe Consensus ProFaNE, 2005)

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	X intern <input type="checkbox"/> validiert	Sturzereigniserfassung in Access - Datenbank seit 2000 Berechnung der Sturzrate: $\frac{\text{Sturzereignisse}}{\text{Patientenpflegetage}} \times 1000$	2008	Jährlich	Seit 2004 werten die Pflegedienstleitungen der Kliniken / Departemente die Sturzereignisse selber aus

Resultate

Sturzraten Gesamtspital 2001 - 2008 (Literatur erhältlich bei H. Weber, MScN, Pflegeexpertin LUKS)
In der internationalen Literatur gibt es Hinweise auf Sturzraten. Danach bewegen sich diese zwischen 2.3 und 9 Stürzen auf 1000 Pflagetage (Enloe et al., 2005; Evans et al., 1998; Fischer et al., 2005; Halfon et al., 2001; Hitcho et al., 2004; Krause, 2005; Morse, Morse, & Tylco, 1989; Nakai et al., 2006; Von Renteln-Kruse & Krause, 2004).

LUKS Luzern	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stürze	743	748	674	646	515	715	741	744
Pflagetage	229 308	225 886	224 651	226 108	223 029	204 502	205 587	ausstehend
Sturzrate	3.2	3.3	3.0	2.9	2.3	3.5	3.6	---

* es wurden die Kennzahlen des LUKS Luzern verwendet, da alle Bereiche Kliniken Sturereignisse erfassen (stationär/ambulant)

Zusammenfassung zur Validierung der Morse Sturz Skala 2007

Ausgangslage: Stürze von Patienten sind häufig in Akutspitälern und stellen ein ernst zunehmendes Gesundheitsproblem speziell älterer Personen dar. Die Identifikation von Patienten mit einem Sturzrisiko stellt daher seit längerer Zeit ein wichtiges Element in der Pflegepraxis dar. Seit 2002 wird auf medizinischen und chirurgischen Stationen (v.a. auf jenen die bisher am meisten Stürze verzeichneten) die Morse Sturz Skala zur systematischen Einschätzung des Sturzrisikos eingesetzt und festgelegte Massnahmen zur Verhütung angewendet (siehe auch Weber, H. (2003). *Pflegeexpertinnen helfen Stürze verhindern.*: Kantonsspital Luzern. Die MSS gilt als erprobtes Instrument und wurde im deutschen Sprachraum nur auf medizinischen Akutstationen validiert (Schwendimann, 2006).

Methode: Eine prospektive Studie wurde während einer 10-wöchigen Periode (Juli - September 2006) durchgeführt auf sechs Bettenstationen (drei Chirurgie und drei Medizin) um die Validität der Morse Sturz Skala zu bestimmen. 430 stationäre Patienten wurden untersucht (Bericht erhältlich bei H. Weber, Pflegeexpertin MScN, LUKS)

Resultate: Die MFS zeigte eine moderate Sensitivität (71.4%) und Spezifität (78.4%), hohe negative prädiktive Werte (98.8%) aber einen tiefen positiv prädiktiven Wert (10.0%), bei welchem die Beeinflussung durch die präventiven Massnahmen berücksichtigt werden muss. Der optimale Cut off Score wurde bestimmt durch die Receiver Operating Characteristics Curve (ROC) und liegt bei 55 Punkten. 87% der Patienten mit Sturzrisiko erhielten Massnahmen zur Verhütung von Stürzen. Es wurden vor allem protektive Massnahmen wie Patienteninformation / anbringen einer Warnkarte, Begleitung durch Pflegende, Unterstüzung beim Transfer, Prüfen des Schuhwerks, regelmässige Toilettengänge angewendet. Aber auch präventive Massnahmen durch beteiligte Dienste wie interdisziplinäre Einschätzung der Gehfähigkeit und Bewegungsübungen, Assessment der Verwirrtheit wurden durchgeführt. Weniger häufig zeigten sich Interventionen in Bereichen wie Medikamentenoptimierung, Assessments von Inkontinenz und Visus.

Schlussfolgerung: Die Identifikation sturzgefährdeter Patienten ist ein wichtiges Element einer erfolgreichen Sturzprävention im Akutspital. Die Untersuchung zeigte, dass die Morse Skala zur Risikoeinschätzung verwendet werden kann. Der Cut off Score konnte unverändert beibehalten werden. Die protektiv und präventiv durchgeführten Massnahmen zeigten, dass diese noch vertieft werden müssen.

Kommentar

6.3.4 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch
<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Stürze durch:</p> <p>Beschreibung der Präventionsmassnahmen</p> <p>Sturzkonzept beinhaltet folgende Elemente (Literatur erhältlich bei H. Weber, MScN, Pflegeexpertin LUKS)</p> <p>- Sturzrisikoeinschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Sturzrisikoeinschätzung mittels Morse Sturz Skala - Stürze in der Vergangenheit und Begleitumstände erfassen - differenzierte Assessments durch Arzt, Physio bei sturzgefährdeten Patienten <p>- allgem. Massnahmen zur Verhütung von Stürzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherheitsvorkehrungen wie Handläufe, trockene Böden, arretieren von Rädern und Rollen (Bett, Rollstuhl etc.) - angemessene Beleuchtung - Umgebungsorientierung und Rufglocke - sicheres Schuhwerk <p>- Massnahmen bei Patienten mit Sturzrisiko (keine abschliessende Aufzählung, siehe Konzept):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeitsteigerung für alle Beteiligten Dienste, Transportdienste etc. durch anbringen von Warnklebern an Patientendokumentation und Bett und Information an Patient und Angehörige - ärztliches Assessment (Hypotension, Inkontinenz, Sehstörungen, Verwirrtheit, Neurologische Erkrankungen etc.) - Medikamente optimieren (v.a. bei mehr als 4 Medikamenten Wirkungen und Nebenwirkungen beobachten und mit Arzt besprechen) - Bewegungsförderung, Gangsicherheitstraining (zusammen mit Physiotherapie) - für passendes Schuhwerk sorgen (ev. Antirutschsocken einsetzen) - Begleitung und Unterstützung bei Transfer - Hilfsmittel anpassen und angemessen nutzen (Gehhilfen, Brillen, Hörgeräte) - Alarmmatten / Bodenpflege - individuelle Beratung für Hüftprotektoren - Beratung und Austrittsplanung (Patient und Familie, Spitex, Hausarzt etc.) <p>- Erfassung und Auswertung von Sturzereignissen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sturzassessment bei jedem Sturz zusammen mit Arztdienst - Anpassung der Massnahmen zur Verhütung weiterer Stürze zusammen mit Arztdienst - Erfassung von Sturzereignissen online seit 2004 (Auswertung pro Station und Klinik obliegt den Führungspersonen), einfache Datenbank zur Auswertung mit Ausgabe von Diagrammen steht zur Verfügung (Informatik LUKS Luzern, 2004 und laufend verbessert) <p>- Sturzverantwortliche pro Klinik bzw. Station (v.a. Medizin/ Rehab und Chirurgie) mit vertieftem Know - How, zweimal jährliche Fokusgruppentreffen zur Wissensvertiefung interdisziplinär, Austausch, Verbesserungen bzw. Neuerungen einführen</p>

6.4 Pflegeindikator „Dekubitus“ (Wundliegen)

6.4.1 Beteiligung an anderen Messprogrammen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital beteiligt sich nicht an anderen Messprogrammen zum Thema Dekubitus
<input type="checkbox"/>	Ja, das Spital beteiligt sich an folgenden Messprogrammen zum Thema Dekubitus:

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Messperiodizität	Bemerkungen
	X intern <input type="checkbox"/> validiert	Pflegedokumentation: Dekubitalucera werden nach EPUAP Stadien dokumentiert. Ab Stadium 2 wird eine Wunddokumentation angelegt	2008	seit 2004 jedes 2. Jahr	angestrebt jährlich

Resultate

Prävalenz	LUKS Luzern	
	Alle Patienten des Samples	Nur Risikopatienten
2003 (%)	20.5	34.2
2006 (%)	----	23.1
2008 (%)	10.7	19.6

Prävalenz LUKS Luzern	Chirurgie n (%)		Medizin n (%)		Total n (%)	
	Dekubitus	Kein Dekubitus	Dekubitus	Kein Dekubitus	Dekubitus	Kein Dekubitus
2003 (%)	25 (22.7)	85 (77.3)	22 (18.5)	97 (81.5)	47 (20.5)	182 (79.5)
2008 (%)	15 (10.1)	134 (89.9)	19 (11.3)	149 (88.7)	34 (10.7)	283 (89.3)

Kommentar

Zusammenfassung Prävalenzmessung LUKS Standort Luzern 2008

Ausgangslage:

Am Luzerner Kantonsspital Standort Luzern wurde die Dekubitusprävalenz zweimal, im Abstand von drei und zwei Jahren erhoben. Erstmals wurde sie von Heller (Masterthesis 2003) erhoben. 2006 wurde die Prävalenz bei Risikopatienten im Rahmen der Überprüfung der Umsetzung des Standards 'Dekubitusprophylaxe' untersucht

Zielsetzung:

Die Dekubitusprävalenz 2008 erfolgte im Rahmen eines systematischen Qualitätszyklus.

Methode:

Am Standort Luzern des Luzerner Kantonsspitals wurden an einem Stichtag im November 2008 alle stationären Patienten der medizinischen und chirurgischen Bettenstationen, welche länger als 24 Std. hospitalisiert waren, untersucht (n = 317). Die Datenerhebung wurde mit dem gleichen Erhebungsinstrument von Dassen und Bours (2002) wie bei der ersten Erhebung 2003 (Masterthesis Heller) im Rahmen der üblichen Pflegepraxis durchgeführt.

Resultate:

Die Resultate zeigen, dass mit einer Prävalenzrate von 10.7% (nur Risikopatienten: 19.6%) das Dekubitusproblem in den untersuchten Kliniken existent ist, sich aber im Vergleich zu 2003 (20.5%; nur Risikopatienten: 34.2%) und 2006 (nur Risikopatienten: 23.1%) deutlich reduziert hat. Die beobachteten Dekubitus wurden mit 68 % dem Stadium 1 zugeordnet. Die Prävalenzrate ohne Stadium 1 betrug 4.1%, für die Medizinische Klinik 4.2% und für die chirurgische Klinik 4.0%. 49.8 % aller untersuchten Patienten wurden mit der Bradenskala als dekubitusgefährdet beurteilt.

Schlussfolgerungen:

Systematische Prävalenzmessungen werden weiterhin empfohlen, um Veränderungen in der Dekubitusproblematik zu beobachten und eine datenbasierte Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Eine deutlich erkennbare Reduktion der Prävalenz zeigt sich im Verlauf und weist auf ein erfolgreiches Dekubitusmanagement seit 2005 hin.

6.4.2 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<p>Der Qualitätsstandard `Dekubitusprophylaxe` beinhaltet folgende Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - systematische Risikoeinschätzung mittels Bradenskala - Einsatz von Lagerungssystemen und -hilfsmittel - individuell auf den Patienten abgestimmte Prophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungsförderung nach individuellem Bewegungsplan und Kinästhetikprinzip - Hautbeurteilung und Hautpflege - Ernährung (Ernährungsstatus, Ernährungsberatung, vgl. Ernährungskonzept 2004 und Wundkonzept 2003/ 2007) - Schutz vor Feuchtigkeit - Erläuterung der Gefährdung und Planung der Massnahmen individuell mit Patient und Angehörigen - Information aller Beteiligten (OPS, IPS, Notfall, Verlegung, Spitex etc.) - Evaluation, Einschätzung und Dokumentation von Dekubitalulcera anhand der EPUAP Stadien (European Pressure Ulcer Advisory Panel) <p>Das Konzept beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-2 Jährliche Prävalenzmessungen (angestrebt jährlich) - pro Abteilung eine/n Dekubitusbeauftragte/n mit vertieftem Know -How, zweimal jährliche Fokusgruppentreffen der Dekubitusbeauftragten zur Wissensvertiefung, Austausch, Verbesserungen bzw. Neuerungen einführen, Organisation der Evaluation - Abläufe und Zusammenarbeit mit beteiligten Diensten (Arzt, OP, Ernährungsberaterin etc) sind in Flussdiagramm festgelegt und regelmässig Thema in den Fokusgruppentreffen - 3-5jährliche Aktualisierung des Qualitätsstandards und Abstimmung einheitlicher Materialanschaffungen durch die Pflegeexpert/Innen (z. B. Pool und Einsatzkriterien von Lagerungssystemen und -hilfsmittel etc.)

6.4.3 Präventionsmassnahmen

<input type="checkbox"/>	Nein, das Spital führt keine Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus durch
X	Ja, das Spital führt folgende Präventionsmassnahmen im Bereich Dekubitus Stürze durch:
	Beschreibung der Präventionsmassnahmen
	<p>LUKS Sursee/Wolhusen:</p> <p>Aktualisierung des Dekubituspräventions-konzepts.</p> <p>Mitarbeiterschulung in der Dekubitusprävention.</p> <p>Abklärung / Anpassung der Erfassungskriterien / Patientenzielgruppe für die nächste Präventionserhebung (Benchmark)</p>

6.5 Weitere erhobene / gemessene Qualitätsindikatoren

Name des Anbieters	Entwick- lung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess- periodizität	Bemerkungen
ASF	<input type="checkbox"/> intern X validiert	Sevisa AG		Laufende Messung	

Resultate

Es werden fast 1000 Kriterien zu jedem geburtshilflichen und gynäkologischen Fall erhoben. Die Ergebnisse werden in Fachgruppen und in der Fachgesellschaft besprochen. Im Rahmen des Projektes Quazentral spezifizierte Auswertungen mittels benchmarking durchgeführt.

Kommentar

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
AMISplus	<input type="checkbox"/> intern X validiert	AMISplus: Acute myocardinfarct in swizterland		Laufende Messung	

Resultate

Die Resultate werden im Rahmen des Projektes Quazentral risikostratifiziert. Gleichzeitig wird der Prozess laufend überwacht. Kommt es zu Abweichungen, welche statistisch signifikant sind oder meldet die CUSUM Analyse, dass der Prozess out of control sei, wird ein internes Audit durchgeführt, wobei jeder Fall einzeln analysiert wird.

Kommentar

Name des Anbieters	Entwicklung	Nennung des Instrumentes und Beschreibung der Messmethode	Datum der letzten Messung	Mess-periodizität	Bemerkungen
Quazentral	<input type="checkbox"/> intern X validiert	Quazentral		Laufende Messung	

Resultate

Es wird überprüft, ob sich Qualitätsaussagen aus Routinedaten machen lassen. Beteiligt am Projekt sind alle zentralschweizer Kantone (mit Ausnahme Kanton Schwyz), santesuisse und alle 9 öffentlichen und privaten Spitäler. Die Spitäler geben ihre Daten in eine gemeinsame Datenbank und vergleichen diese. An Methoden werden neben der klassischen Statistik, Prozesskontrollen mittels CUSUM und resampling Methoden wie das Boots Trapping angewendet. Ergeben sich Auffälligkeiten werden interne Audits durchgeführt.

Kommentar

QuaZentral-Projekt

In Ergänzung zu den bereits im letztjährigen Bericht aufgeführten Qualitätsaktivitäten können nun erste Lehren aus dem QuaZentral-Projekt gezogen werden. QuaZentral ist das Qualitätssicherungsprojekt aller Innerschweizer Privat- und öffentlichen Spitäler der Kantone Uri, Ob- und Nidwalden, Zug und Luzern. Das Projekt wird getragen von den Krankenkassen und den entsprechenden Kantonen. Im QuaZentral-Projekt werden sogenannte Registerdaten mit den Routinedaten der behandelten Patienten gesammelt und verglichen. Worin besteht der Unterschied zwischen Register- und Routinedaten? Die Routinedaten werden grundsätzlich für statistische Zwecke erhoben und sie sollen letztlich auch der Spitalfinanzierung mittels DRG's dienen. Da Routinedaten einen ökonomischen Fokus haben, entspricht dies nicht zwingend der medizinischen Fragestellung. Wir vergleichen daher diese Routinedaten in einem neutralen Auswertungszentrum in Zusammenarbeit mit dem Guido A. Zäch Institut über eine Entanonymisierungsprozedur mit den Registerdaten des Registers "Acute myocardial infarction in Switzerland" (AMIS) sowie mit der Datenbank der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken (ASF). Welches sind die ersten Lehren, die wir aus diesem Projekt ziehen:

- a) Registerdaten und Routinedaten haben bezüglich der Outcome-Messung nicht dieselbe Validität. Auf Grund der Diskrepanzen wurden in einer Klinik zur Klärung einer etwas überhöhten Mortalität ein internes Audit durchgeführt, welches klar zeigte, dass die vom BfS-Datensatz vermutete überhöhte Mortalität nicht bestand. Gleichzeitig wurde eine Prozessanalyse basierend auf der AMIS-Datenbank zusammen mit den Krankengeschichten durchgeführt und die Behandlungskette wurde von den Experten als adäquat bezeichnet.
- b) Auf Grund der unterschiedlichen Sichtweise auf das behandelte Patientengut mittels BfS-Datensatz und Registerdaten kann gesagt werden, dass dieser Ansatz gleichzeitig eine Qualitätssicherung für die Codierung des BfS-Datensatzes darstellt. Dadurch entsteht eigentlich als Nebeneffekt eine Art Codierrevision, welche den Kostenträgern gleichzeitig garantiert, dass die inskünftig über den BfS-Datensatz generierten DRG-Leistungen auch adäquat und nach den Regeln erstellt werden. Auf Grund der sich abzeichnenden sehr positiven Erkenntnisse, sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Krankenversicherer, möchten wir das Projekt QuaZentral unbedingt weiterführen und um weitere Registerdatenbanksätze wie beispielsweise die Datenbank der Schweizer Chirurgen AQC ergänzen.

7 Qualitätsaktivitäten

7.1 Q-Zertifizierungen oder angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
LUKS Sursee und Wolhusen	Stiftung SanaCERT suisse	KSSW Wolhusen: <u>Vor-Audit</u> 1999/2001 KSSW Sursee: 2001 <u>Erstzertifizierung</u> 2004	2008	2009 findet ein Überwachungsaudit statt. In Planung: Vorbereitung auf Erstzertifizierung LUKS alle drei Standorte 2012 geplant
Brustzentrum nach DKG-DGS	DKG-DGS	2006	2008	2009 Überwachungsaudit
Pathologie	Akkreditiert nach Norm 17025	2009	2009	
Gastronomie	ISO 9000			Keine offizielle Zertifizierung, aber extern geleitetes und dokumentiertes Audit mit Elementen des EFQM und diversen nachhaltigen Verbesserungsmassnahmen
Zentrum für LaborMedizin	Akkreditiert nach ISO/IEC 17025 : 2005	2005	2008 ⁽¹⁾	Prüfstelle STS 461
LUKS Lu Su Wo Rettungsdienste	Zertifikat vom IVR	Luzern 2006 Sursee Wolhusen 2007	2009	
LUKS Wolhusen	SRC Anerkennung für Basic Life Support Kurse	2009		
LUKS	Stilfreundliche Klinik der Unicef	2005	2008	Jährliches Audit
LUKS Herzchirurgie	Qualitätskontrolle gemäß europäischen Muster, aber noch keine offizielle Zertifizierung: Neben der Mortalität werden alle Komplikationen ausgewiesen			Ab 2008 zusätzlich auch Thoraxoperationen. Sehr Dedatillierte Erfassung. Alleine für die Erfassung sind 30% Stellenprozente investiert. Auch Nachkontrollen werden durchgeführt.
Rehabilitation Luzern und Montana	KIQ	2006	2009 (freiwilliges Weiterführen)	Zielreichungsgrad nach einer Luzerner Methode (entwickelt von Dr. Rentsch), welche National übernommen wurde und nun über KIQ auch im Benchmark angewandt wird. Die Methodik ist auch peer reviewed und publiziert (H. P. Rentsch, T. Kaufmann: Klar definierte Zielsetzungsprozesse bei Eintritt führen zu maßgeblicher Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der

				stationären Rehabilitation des zerebrovaskulären Insults, Neuro Rehabil 2008; 14 (5): 254 – 264). Für 2010 ist die Einbindung in den NVQ geplant.
--	--	--	--	---

¹Überwachung 1.2, Termin für die Überwachung 1.3: 14.09.2009

7.2 Übersicht von laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2008
LUKS alle Standorte	CIRS	Minimierung von Schadenfällen	Anzahl CIRS-Meldungen auf konstant hohem Niveau. Neu: Erweiterte Kategorisierung zur vertieften Analyse um Systemschwächen noch genauer und frühzeitiger zu erkennen. Am Ende des Jahres findet ein überregional beachteter CIRS-Tag statt: Das diesjährige Thema wird Reporting sein.
Ganzes Spital	Synopsis der Haftpflichtfälle	Ein Schadenfall soll in der erfolgten Form nicht wieder eintreten.	Ca. alle drei Monate kann eine Mitteilung versandt werden.
Standorte Wolhusen Sursee, plus Medizin, HNO, Kinderspital	Kontinuierliche Austrittsbefragung	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte	laufend
Ganzes Spital	Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte, aktuell z.B. für das Projekt kundenorientierte Patientenaufnahme	laufend
Sursee	Qualitätszirkel mit Hausärzten	Die optimale Behandlung bedingt, dass die diversen Behandler optimal abgestimmt sind. Prozessverbesserungen im Fokus des Patienten.	laufend
TBS	Standardisierung CAD	Standardisierung der Objektdokumentation. Laufende Aktualisierung und Optimierung CAD-Handbuch und Prozesse.	
TBS	Pflege Handbuch Bau + Technik	Ziel: Sicherstellung eines nachhaltigen und kostengünstigen Betriebs und Unterhalts der Infrastruktur durch dokumentierte Standards.	
TBS	Vereinheitlichung der Kundenbeziehungen mit Dritten	Vereinheitlichung Untermietverträge, Transparenz über Dienstleistungen und	

		Kosten	
Abteilung Oekonomie	Einführung EFQM	Ausbreitung der EFQM-Philosophie in allen Bereichen der Oekonomie als Basis für eine kontinuierliche Q-Entwicklung. Ziel 2009: ->Commitment to Excellence	Projekt gestartet, Projekt- und Terminplan erstellt, externe Berater bestimmt
LUKS Sursee/Wolhusen	Beschwerdenmanagement	Permanente Erheben der Patientenzufriedenheit: wiederherstellen der Zufriedenheit; Aufzeigen von Verbesserungspotenzial - Nutzen zur Qualitätsverbesserungen	aktiv
LUKS Luzern Medizin	Good death	Standard für Patienten, würdevoll und schmerzfrei sterben zu dürfen, sofern sie es wollen und dies plausibel ist. (Hat nichts mit Sterbehilfe zu tun!) Im Kanton Luzern ist die Patientenverfügung bindend.	Studie mit Potential für ein rollout über das gesamte Spital
LUKS Luzern: Rehabilitation, Chirurgie, Frauenklinik	Konzept Mangelernährung	- Assessment mittels Nutritional Score nach Kondrup - interdisziplinäres Therapiemanagement - erfassen des Mangelernährungsrisikos und ableiten von Massnahmen	Rehabilitation: Implementierung 2005, Evaluation 2006 und Anpassung Chirurgie 2007, aktualisiert 2008 Frauenklinik 2008
LUKS Luzern: Chirurgie, Medizin, Rehabilitation	Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	- Freiheitseinschränkende Massnahmen sind definiert, Bedingungen, Entscheidungswege, Begleitmassnahmen und Dokumentation festgelegt	Medizin seit 2002, aktualisiert 2008 Chirurgie 2006 Rehabilitation 2008

Kommentare

Der Übergang eines Projektes in den laufenden Betrieb ist häufig fließend: So entwickeln wir unser CIRS ständig weiter und verfeinern es: Aktuell wurde die Kategorisierung erweitert und internationalen Normen angepasst. Der PDCS-Zyklus umfassender definiert, sodass die Massnahmen noch schneller und fokussierter greifen können.

7.3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
Ganze Chirurgie	wrong site surgery	Seitenverwechslung in der Chirurgie auf 0 reduzieren	2008-2009
Medizin/Chirurgie	Patientensicherheit aus Patientensicht	Defizite aufdecken und verbessern	2008-2009
Ganzes Spital	Coaching für Kaderärzte	Verbesserte Kommunikation mit Steigerung der Mitarbeiter und Patientenzufriedenheit, Optimieren der Fehlerkultur, welche bereits bei 80% liegt (80% der Ärzte stehen offen zu Fehlern)	
TBS	Zusammenarbeitsvereinbarung IMMO-LUKS	Definition der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen in der Zusammenarbeit. Festlegung	1.1.08 - 30.11.08

		der Prozesse im Rahmen des IMMO Budgets und der Ausführung von Projekten.	
TBS	Aufbau Managementhandbuch TBS	Neue Basis für die Einführung neuer Mitarbeiter, Synchronisation von Prozessen über alle Standorte. Inhalt: Definition der Führungs- und Informationsplattformen, Dokumentenmanagement, Projektmanagement, Bedienung von Tools	So 08 - Ende 08
TBS	Einführung TBS Projektdatenbank über alle Standorte	Führungs- und Informationstool, Transparenz in Bauprojekten von Antrag über Budget bis Realisierung, Abnahme und Projektabschluss	Jan. 08 - Ende 08
LUKS Sursee	Entlassungsmanagement inkl. Anpassung der Pflegedokumentation	Das Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. Die Anschlussversorgung ist durch Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatum bei Eintritt, frühzeitig abgeklärt und rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert.	Pilot auf einer Station 2008/09
LUKS Sursee/Wolhusen	Projekt Schmerzbekämpfung Überarbeiten der Konzepte akuter und chronischer Schmerz, inkl. Handlungsanweisung.	Verminderung / Vermeidung von akutem und Chronischem Schmerz (PDCAAufnahmen der Prophylaxe und Therapie des Chronischen Schmerzes ins Konzept Schmerzbekämpfung	2008 - 06/2009 anschliessend kontinuierlich im QZ-Schmerzbekämpfung
LUKS Sursee/Wolhusen	Überarbeiten des Konzepts Einführung neuer Mitarbeitenden	Einheitliche, umfassende Einführung auf allen Stationen Erhalten/Verbessern der Arbeitszufriedenheit, der Arbeitsleistung und der Arbeitsqualität.	Eingeführt 1.1.09
LUKS Sursee	Palliativ Care	Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Ausweis der Pflegeleistung in Palliative Care	
LUKS Luzern Medizin und Chirurgie	Patientensicherheit aus Patientensicht, Pilotstudie der Stiftung für Patientensicherheit.	Diverse Studien zeigen, dass nebst dem CIRS, die Befragung von Patienten Defizite aufzeigen können. Die Stiftung für Patientensicherheit hat u.a. mit dem LUKS Luzern eine Pilotstudie durchgeführt. Aktuell werden die Resultate analysiert und im Benchmark verglichen um dann Massnahmen ableiten zu können.	Survey Q IV 2008 Benchmark April 2009
LUKS Luzern NFKL	Zertifizierung des Nachtarztes	Anspruchsvolle Aufgaben können nur mit genügendem theoretischen und praktischen Wissen, aber auch mit know how der internen Abläufe (z.B. wie organisiere ich eine Notfalloperation) erfolgreich gelöst werden. Deshalb dürfen diese Aufgaben erst übernommen werden, wenn die	Laufend, Ausbreitung in weitere sensible Bereiche

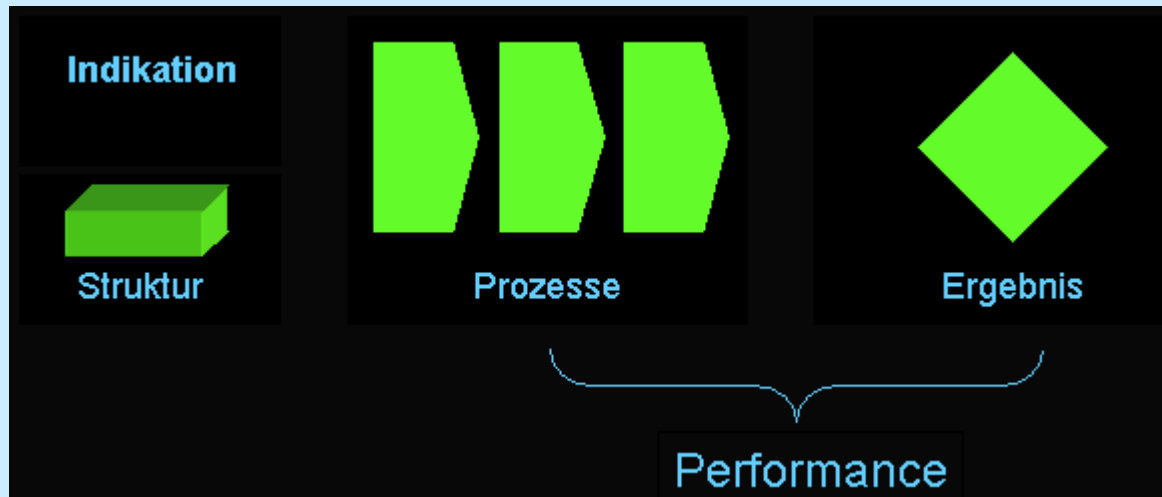
		Befähigung durch eine Zertifizierung ausgewiesen ist.	
NFKL Luzern	Curriculum für Assistenzärzte	Die oberärzte erhielten eine Tutorenschulung und es sind ihnen ein bis zwei Assistenzärzte zugeordnet. Der Fortschritt wird halbjährlich überprüft, schematisch und standardisiert mithilfe eines Logbuches.	
LUKS Luzern Medizin	Fokusgruppe Patienten (Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit)	Studien zeigen, daß Patienten Defizite in den Prozessen wahrnehmen und diese auch detailliert wiedergeben können. Vergleichstests lassen vermuten, daß die systematische Befragung von Patienten sogar dem CIRS überlegen ist.	Studie, je nach Ergebniss Implementierung
LUKS Sursee / Wolhusen	Palliative Care	1. Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. 2. Ausweis der Pflegeleistungen in Palliative Care während der Hospitalisation.	2008 - 2009
LUKS Sursee / Wolhusen	Entlassungsmanagement (+ Anpassung der Pflegedokumentation: Pflegeanamnese, -maßnahmen und Austritt)	1. Das Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. 2. Die Anschlussversorgung ist frühzeitig abgeklärt + rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatum beim Eintritt / 1-ten Visite bei allen Patienten).	2008 - 2009
LUKS Sursee	Einführung neuer Mitarbeiter Pflegebereich / Hebammen	1. Erhalt / Verbesserung der Arbeitszufriedenheit. 2. Erhalt / Verbesserung der Arbeitsleistung + -qualität.	2008 - 2009
LUKS Sursee / Wolhusen	Delir (Nicht Alkoholentzug)	Verringerung der Delirschwere / -intensität	2008 - 2009
LUKS Sursee	Kinderschutz-Projekt Frauenklinik (Projektleitung: Sozialdienst)	Qualitätssicherung im Rahmen des zivilrechtlich verankerten Kinderschutzes	2009
LUKS Sursee / Wohlhusen	Überarbeitung und Erstellung von Standard und Richtlinien (zB. Trachealkanüle; Q-Handbuch; präop. Vorgehen;...)	Checklisten; Vorgehen; Handhabung; Überprüfung,...	fortlaufend
LUKS gesamt	Internes Bildungsangebot	Systematische Unterstützung der Mitarbeitenden in ihre Aufgabenerfüllung	fortlaufend
LUKS gesamt	Patienten- und Familienzentrierte Pflege	gesamthafte Umsetzung des Konzept auf allen Abteilungen und Funktionen	2008 - 2010
LUKS gesamt	Profil 2010	1. neues Funktionsdiagramm incl. Stellenbeschreibung 2. neues Konzept der Pflegeorganisation	2008 -2010

		3. neues Führungskonzept für den Pflegebereich	
LUKS gesamt	Pflegeprozess	1. Leitlinie ist erstellt 2. Erarbeitungskonzept ist erarbeitet 3. Instrumente und Maßnahmen sind verfügbar	2008 - 2009
LUKS gesamt	KIS TP Pflege	1. Erarbeitung der elektronischen Pflegedokumentation 2. Standardisierung der Pflegedokumentation im LUKS gesamt 3. Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation	ab 2006 fortlaufend
LUKS Sursee*/ Wolhusen	Schmerzkonzept Konzept: Akuter Schmerz (SZ) Konzept: Chron. SZ Ergänzung nur Sursee 2008 (Handlungsanweisungen) <ul style="list-style-type: none"> • Vorgehen SZ-Therapie im AWR und IPS • Vorgehen SZ-Therapie für NF-Station (2-14 Jahre) • Vorgehen SZ-Therapie für NF-Station (ab 16 Jahre) 	Verminderung / Vermeidung von akuten / chron. SZ (PDCA - Zirkel)	Massnahmen LUKS Sursee: Abklärung, in welchem Medium (Medfolio, Lotus Notes) die Schmerzkonzepte zur Verfügung stehen sollen (derzeit Medfolio und Lotus Notes). Erweiterung der SZ-Konzepte akuter SZ und chron. SZ (vorher: TumorSZ und postop SZ). Optimierung der postoperativen Schmerztherapie bei Patienten mit SchulterOP. Abklärung Bedarf / Aufwand der postop PCA.
LUKS Wolhusen	Ernährungskonzept	Einführung und Umsetzung	Umsetzung und Planung von Schulungen
LUKS Wolhusen	CIRS	Fallbetrachtung und Massnahmenplanung mit STL	laufend
LUKS Wolhusen	Entlassungsmanagement	Integration im Behandlungspfad Hüfte und Knie	abgeschlossen
Ganzes LUKS	Leitlinie Wundmanagement	- Handlungsleitlinien zum einheitlichen Wundmanagement - Wundmanager - Wundbeauftragte (Pflegedienst und Arztdienst) - Wundsprechstunde - Wundtage für Wundbeauftragte zur Wissensvertiefung - Weiterbildungen zum Wundmanagement (intern und extern)	laufend seit 2003, letzte Aktualisierung 2007
LUKS Luzern Chirurgie/Anästhesie	Richtlinie der postoperativen Schmerztherapie	- Handlungsanleitung zur postoperativen Schmerzbekämpfung - Regelung der Zuständigkeiten	seit 2000, evaluiert 2003, Aktualisierung angestrebt 2009

Rehabilitation, Chirurgie, Frauenklinik	Konzept Mangelernährung	- Assessment mittels Nutritional Score nach Kondrup - interdisziplinäres Therapiemanagement - erfassen des Mangelernährungsrisikos und ableiten von Massnahmen	Rehabilitation: Implementierung 2005, Evaluation 2006 und Anpassung Chirurgie 2007, aktualisiert 2008 Frauenklinik 2008
Chirurgie. Medizin, Rehabilitation	Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	- Freiheitseinschränkende Massnahmen sind definiert, Bedingungen, Entscheidungswege, Begleitmassnahmen und Dokumentation festgelegt	Medizin seit 2002, aktualisiert 2008 Chirurgie 2006 Rehabilitation 2008
Chirurgie 8. / 9. OG	Pilotprojekt Qualitätsstandard `für Patienten mit Verwirrtheitsrisiko und/oder akuter Verwirrtheit` Einführung und Umsetzung des Qualitätsstandard `für Patienten mit Verwirrtheitsrisiko und/oder akuter Verwirrtheit`	- Entwicklung, Einführung und Evaluation des Standards auf der Pilotstation - Richtlinie zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen - Delir -Prävention und Früherkennung mittels DOS (Delirium Beobachtungsskala) - Verfahrensregelung zur Diagnostik und Therapie	evaluiert und beendet 2007 laufend 2008-2009
Ganzes LUKS	Einführung und Umsetzung des Qualitätsstandard `Patienten- und Familienzentrierte Pflege`	- Die Qualität der pflegerischen Versorgung und Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten , Angehörigen und Familie zu verbessern	laufend 2008-2010
Ganzes LUKS	Kinästhetics-Konzept	- Wissensvermittlung und Befähigung der Pflegenden in Grund- , Aufbau- und Peertutorenkursen zur professionellen Bewegungsförderung um Gesundheitsentwicklung zu unterstützen und Verletzungsrisiken zu minimieren.	laufend seit 2002
Intensivstationen	Kinästhetics-Assessment	- Kinästhetics-Assessment mit Auszeichnung	laufend 2006 - 2009
LUKS Luzern	Konzept zur Pflegeberatung	- Struktur und Ablauf der Pflegeberatung zur Optimierung der Patientenbetreuung sind geregelt - Pflegefachpersonen sind unterstützt in schwierigen und komplexen Pflegesituationen	seit 2007, aktualisiert 2008
Rehabilitation	Interdisziplinäres Sturzkonzept bereichsspezifisch	- Assessment -Prävention - Evaluation - Mitarbeiter/Innenfortbildung	laufend 2008-2009
Rehabilitation	Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	angestrebt 2009/2010
Rehabilitation	Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	seit 2002 letzte Aktualisierung 2007
Rehabilitation	Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige	- Informationen zu Ablauf, Arbeitsweise der Fachbereiche, Philosophie und Kontaktaufbau	seit 2006
Pflegedienst Departement Medizin	Dokumentationsanalyse der Pflegedokumentation nach Qualitätsrichtlinien des SBK	- Sicherung und Dokumentation qualitätsverbessern der Massnahmen in Bezug auf die	laufend 2008-2009

8 Schlusswort und Ausblick

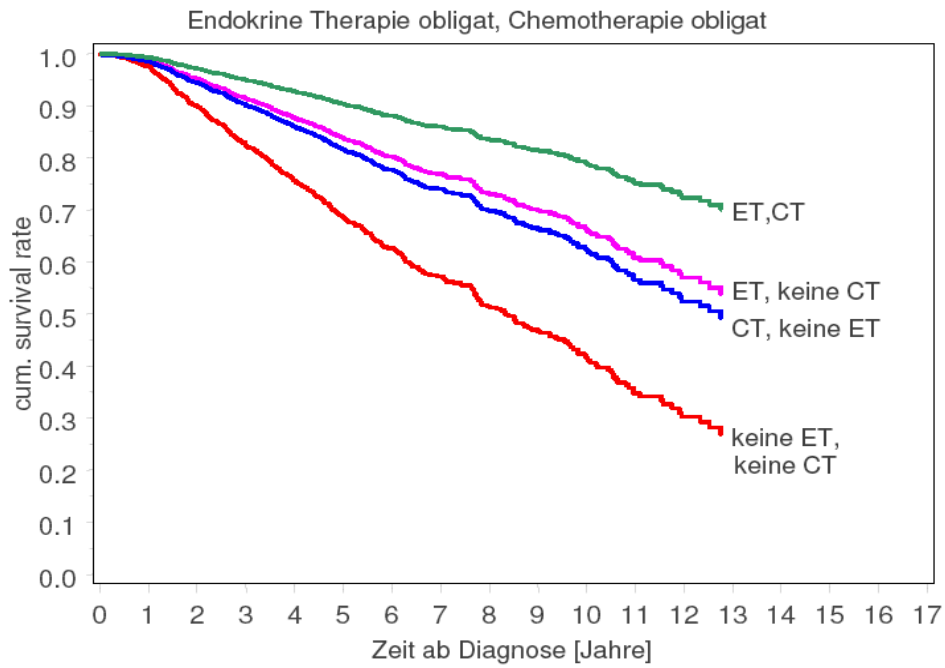
2012 wird schweizweit die Fallkostenpauschale eingeführt. Damit wird das Gewicht der Indikationsqualität weiter zunehmen. Indikationsqualität heisst, die richtigen Dinge zu tun - die richtige Indikation zu stellen. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass dort v.a. die Indikationsqualität eingebüsst hat. Falsche Anreizsystem können eine grosse Gefahr darstellen.



Seitens der Leistungszahler interessiert v.a. die Ergebnisqualität. Diese ist im medizinischen Umfeld häufig kaum zu erbringen oder bei vermeintlich einfachen und klaren Zahlen wie der Mortalität inhaltlich wie auch statistisch nicht schlüssig. Das Projekt Quazentral der zentralschweizer Kantone und Spitäler sowie santésuisse konnte wissenschaftlich fundiert aufzeigen, dass die Mortalität als Qualitätsindikator ungeeignet - ja mitunter sogar gefährlich ist, weil er zu falschen Aussagen führt. Hauptgrund dafür ist nebst den in der Schweiz viel zu geringen Fallzahlen, der Umstand, dass die Codierung ökonomischen Regeln gehorcht und dass in Routinedaten die Angaben zur Risikoadjustierung fehlen. Das Alter ist kein wesentlicher Faktor. In der Quazentral-Studie konnte die Mortalität des Myokardinfarktes mit diversen Risikofaktoren aus der AMIS-Erhebung zu 37% erklärt werden, was statistisch bereits als sehr hoch eingestuft wird. Interne Audits zeigten, dass sogar bei der detaillierten Erfassung aller klinischen Parameter noch wesentliche Informationen fehlen.

Die Tatsache, dass die Ergebnisqualität nur unzuverlässig bestimmbar ist, führte in Amerika dazu, dass die Prozess- und Ergebnisqualität zur "Performance" vereinigt wurde. Uns scheint, dies ein erfolgreicher Weg, welchen wir bereits in der Zertifizierung unseres Brustzentrums gehen. Neben einer ISO-Zertifizierung müssen Ergebnisse, wie z.B. eine minimal Fallzahl oder der Nachweis, dass die etablierten Therapien angewandt werden, erbracht werden. Die Patienten werden über Jahre nachverfolgt. Die Überlebenskurve ist eindeutig: Brustkarzinompatientinnen haben in einem zertifizierten Zentrum die doppelt so hohe Lebenserwartung. Luzern ist das einzige in der Schweiz zertifizierte Zentrum nach den strengen Auflagen der DSG-DKG:

Indikationsgruppen endokrine Therapie obligat, Chemotherapie obligat – Einfluss der einzelnen Therapiekomponenten – Gesamtüberleben



9 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung der **zwei wichtigsten, abgeschlossenen** Qualitätsprojekte

Projekttitle		
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Zuständigkeiten der Prozesse zu regeln Prozessverantwortung festzulegen Schnittstellen zu den vor- und nachgelagerten Prozessen abzustimmen Mitarbeitenden auf die Umsetzung vorzubereiten QM-Kompatibel zur Norm ISO 9001:2000 Erfüllungsgrad mit den EFQM-Kriterien	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Optimale, kundenfreundliche (MA, Patienten) Verpflegungsservice anzubieten und wirkungsvolles, nachhaltiges Managementsystem für die Gastronomie aufzubauen u.a. MA-Zufriedenheit, Transparenz, usw.	
Projekttablauf / Methodik	QM-Handbuch erstellen ua. Zweck des Prozesses, Verantwortlichkeit, Weisungen und Formulare erstellen, internes Audit durchführen, Verbesserungsprozesse im Gang gesetzt	
Projektergebnisse	QM-Handbuch ist akzeptiert und umgesetzt, Kundenservice hat sich verbessert	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? Gastronomie	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? Luzern	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Verpflegung	
Involvierte Berufsgruppen	intern in der Gastronomie und für die Schnittstellen Stationen	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Projektplan sah 1 Mannjahr vor, Zeitaufwand war ca. 20 % höher	
Weiterführende Unterlagen	QM-Handbuch	

Projekttitle	Re-Zertifizierung Stiftung SanaCERT suisse 2008 LUKS Sursee und Wolhusen	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Erneuerung der Zertifizierung 2004	
Beschreibung / Erläuterung, wie Leistungsqualität durch Projekt verbessert wird	Mit der Rezertifizierung sind die Anforderungen an die einzelnen Standards wie Qualitätsmanagement-System, Spitalhygiene, Patientenzufriedenheit, Schmerzbekämpfung, Pflege, Chirurgie, Frauenklinik und Medizin noch erhöht worden. Bei der Prüfung der Zielerreichung der acht sanaCERT-Standards erreichte das LUKS Sursee / Wolhusen beim sieben von acht Standards die Höchstnote D - Vollumfänglich erfüllt. Die Peers stellten insgesamt eine hohe Qualitätskultur fest: Die Arbeit an der Qualität wird in und über beiden Departementen gelebt und ist auf allen Stufen gut verankert und breit abgestützt. Unterschiede im Herangehen zwischen Sursee und Wolhusen werden nicht als trennendes Element verstanden, sondern als gegenseitige Befruchtung	
Projekttablauf / Methodik	sanaCERT suisse ist eine schweizerische Stiftung mit dem Zweck, als Zertifizierungsstelle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Erfüllung von acht Qualitätsstandards zu überprüfen und bei Erreichen der Anforderungen anerkannte Atteste (Zertifikate) auszustellen. sanaCERT suisse beurteilt die von Spitälern ergriffenen Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung unter den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.	

Projektergebnisse	Abschliessen der Rezertifizierung 08 mit 30 von 32 möglichen Punkten (bei einer erforderlichen Punktezahl von 20 Punkten) als Konsequenz einer durchdringenden Qualitätsstruktur und vielen engagierten Mitarbeitenden auf allen Ebenen und Breichen.
Einsatzgebiet	<input checked="" type="checkbox"/> Welche Bereiche? Kliniken Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie, Medizin und Bereich Pflege und BWI
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? LUKS Sursee und Wolhusen.
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?
Involvierte Berufsgruppen	Arztdienst, Pflege, Betriebswirtschaft
Projektelevaluation / Konsequenzen	Re-Zertifizierung 2011
Weiterführende Unterlagen	

ⁱ -T. Kaufmann, K. Wassermann, G. Schuepfer: Beta error free riskfactor identification based on SEPLA, a neuro-evolution method. European Journal of Anaesthesiology 2007 Vol 24 (Supplement 39); 2007: 5

ⁱⁱ Robert G. Holloway; Timothy E. Quill: Mortality as a Measure of Quality: Implications for Palliative and End-of-Life Care; JAMA 2007 298: 802-804

ⁱⁱⁱ Fung CH. Lim YW. Mattke S. Damberg C. Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Annals of Internal Medicine. 148(2):111-23, 2008 Jan 15.