



Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Tel. 041 205 11 11 (Zentrale)

Fax 041 205 44 11 (Zentrale)



Akutsomatik



Rehabilitation

Qualitätsbericht 2011 (V5.0)

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. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

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



Die Vorlage des Qualitätsberichts dient den Kantonen Aargau, Bern und Basel-Stadt als Raster. Die Leistungserbringer in diesen Kantonen sind verpflichtet, die im Handbuch (V5.0) zum Qualitätsbericht 2011 mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module zu Händen des Kantons auszufüllen.

Partner



Die Qualitätsmessungen aus dem ANQ (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 D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch: www.anq.ch

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
B	Qualitätsstrategie	2
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele.....	2
	B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011.....	2
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011	2
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	3
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements	3
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	3
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	4
	C1 Angebotsübersicht.....	4
	C2 Kennzahlen Akutsomatik 2011.....	6
	C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011	7
	C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	7
	C4-4 Personelle Ressourcen.....	8
D	Qualitätsmessungen	9
	D1 Zufriedenheitsmessungen	9
	D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	9
	D1-2 Angehörigenzufriedenheit.....	13
	D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit	14
	D1-4 Zuweiserzufriedenheit.....	17
	D2 ANQ-Indikatoren.....	18
	D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®	18
	D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®	19
	D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	20
	D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 mit dem Kurzfragebogen ANQ.....	22
	D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011	25
	D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	25
	D3-2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	26
	D3-3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ).....	27
	D3-4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	28
	D3-5 Dauerkatheter	29
	D3-6 Weiteres Messthema	30
	D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung	33
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	34
	E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	34
	E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	35
	E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte.....	40
F	Schlusswort und Ausblick	42

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichtes 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.

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. 5'600 Mitarbeitende für das Wohl der Patienten. Es versorgt ein Einzugsgebiet mit 700'000 Einwohnern (900 Akutbetten) und behandelt jährlich 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 ab Anfang 2012 schweizweit umgesetzt worden. Das LUKS hat sich dieser Herausforderung frühzeitig gestellt. Es hat als erstes Spital der Schweiz das neue System SwissDRG parallel zu den Tagespauschalen im Sinn eines Pilotprojekts für die Jahre 2010/2011 eingeführt und war somit auf die schweizweite Umsetzung ab 2012 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:

- Optimierung der 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

So ist es für das LUKS das Ziel, für die Bevölkerung ein effizienter und kompetenter Ansprechpartner in medizinischen Belangen zu sein. Im Focus der Qualitätsbemühungen steht die Verbesserung der Patientensicherheit. Deshalb ist das Qualitätsmanagement mit dem Riskmanagement 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. Beispiel: Projekte teils in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit (z.B. Team Time out, PATEM-TIP, Patientenbefragungen).

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

B2 2 - 3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2011

- Projekt PATEM-TIP (Patientenbroschüren) in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit
- Erweiterung der elektronischen Dokumentation als wesentlicher Pfeiler der Patientensicherheit
- Vorbereitung der Erstzertifizierung Darm- und Pankreaszentrum im Juni 2012
- Minimierung von diagnostischen Fehlern in der Pathologie
- Ist-Analyse und Konzepterstellung zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements LUKS
- Ist-Analyse und Erfassung von Verbesserungspotentialen zur Medikamentensicherheit LUKS

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2011

- Erfolgreiche Rezertifizierung des LUKS Sursee und Wolhusen nach SanaCert Suisse im April 2011
- Erfolgreiche Rezertifizierung als babyfreundliches Spital am Standort Luzern
- Erfolgreiches 2. Überwachungsaudit Brustzentrum und Erstzertifizierung Gynäkologisches Krebszentrum
- Akkreditierung des Stammzellenprogramms nach JACIE

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Vordergrund steht die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit z.B. im Rahmen des Projektes Medikamentensicherheit sowie PATEM-TIP. Weiterhin liegt der Fokus auf Massnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit. Ausserdem ist die zentrale Koordination des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements über alle Standorte hinweg sowie ein regelmässiger interdisziplinärer und interprofessioneller Austausch aller Bereiche zu Qualitätsmanagement- und Patientensicherheitsthemen ein zentrales Element.

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	270	Stellenprozente 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
Rosita Horat	041 205 4263	rosita.horat@luks.ch	Managerin Kundenbetreuung
Saskia Huckels	041 205 4234	saskia.huckels@luks.ch	Qualitätsmanagerin
Susanne Pfenninger	041/926 50 10	susanne.pfenninger@luks.ch	Qualitätsmanagerin
William Peter Ward	041 205 5761	williampeter.ward@luks.ch	Business Coach
Jacqueline Hausmann	041 205 1996	jacqueline.hausmann@luks.ch	Büroassistentin
Selina Gabriel	041/205 6021	selina.gabriel.1@luks.ch	Datenmanagerin
Gabriele Krieg	041/205 4218	gabriele.krieg@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“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

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

C1 Angebotsübersicht

Angeborene 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 (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten)	Luzern, Sursee	
Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)		
Handchirurgie	Luzern, Sursee	Sursee: Belegarzt-Modell
Herz- und thorakale Gefässchirurgie (Operationen am Herz und Gefässen im Brustkorb/-raum)	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Angiologie (Behandlung der Krankheiten von Blut- u. Lymphgefässen)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Endokrinologie und Diabetologie (Behandlung von Erkrankungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane)	Luzern, Sursee, Wolhusen	

Angebote medizinische Fachgebiete (2. Seite)	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Hämatologie (Behandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems)	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatologie (Behandlung von Erkrankungen der Leber)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Infektiologie (Behandlung von Infektionskrankheiten)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Kardiologie (Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinische Onkologie (Behandlung von Krebserkrankungen)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
<input checked="" type="checkbox"/> Nephrologie (Behandlung von Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwegen)	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operationen)	Luzern, Sursee	
<input checked="" type="checkbox"/> Pneumologie (Behandlung Krankheiten der Atmungsorgane)	Luzern, Sursee	
Intensivmedizin	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Kiefer- und Gesichtschirurgie	Luzern	
Kinderchirurgie	Luzern	
Neurochirurgie	Luzern	
Neurologie (Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems)	Luzern, Sursee, Wolhusen	Sursee: Belegarzt-Modell
Ophthalmologie (Augenheilkunde)	Luzern	
Orthopädie und Traumatologie (Knochen- und Unfallchirurgie)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Oto-Rhino-Laryngologie ORL (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde HNO)	Luzern, Sursee, Wolhusen	Sursee: Spital- & Belegarzt-Modell
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	Luzern	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	Luzern, Sursee	
Psychiatrie und Psychotherapie	Luzern	
Radiologie (Röntgen & andere bildgebende Verfahren)	Luzern, Sursee, Wolhusen	
Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)	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 2011

Kennzahlen	Werte 2011	Werte 2010 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulant behandelter Patienten,	161.000 (475'189 Patientenkontakte)	147'909 (450'484 Patientenkontakte)	Für 2011 wurden am LUKS im ambulanten Bereich nur Taxpunkte und amb. Patientenkontakte ausgewertet, da für "ambulante Patienten" keine einheitliche, ideale Zähleinheit existiert. Im 2010 wurden die Anzahl neu eröffneten Fälle gezählt (diese Zahl ist aufgrund von Systemwechsel im 2011 jedoch nicht reproduzierbar). Daher werden fürs 2011 und 2010 jeweils die Anzahl Patientenkontakte angegeben.
Anzahl stationär behandelter Patienten,	38'476	37'677	(inkl. Geburten; exkl. Reha)
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	3036		
Geleistete Pflage tage	278'488	275'409	(inklusive ges.Säuglinge.; exkl.Reha)
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2011	784	794	(exkl.Reha)
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7.2	7.3	Berechnung: Austritts- minus Eintrittstag plus eins
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2011

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 2011 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. Schwerer 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.

Angeborene stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern		282	9509
Rehabilitative Intensivabteilung	Neurorehabilitationspfad LUKS Luzern		431	1892 Behandlungstage

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- 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.
- 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.
- Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel 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.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		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
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 Sèpibus, 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?

- 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 & Patient	Anzahl Austritte	Bemerkungen
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern	6	12	Tagesklinik mit 12 Plätzen

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

- Spezifische Facharzttitle sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.
- Die Tätigkeiten der Pflege unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von der Pflege in einem akutsomatischen Spital. Deshalb findet sich hier ein Hinweis auf die Anzahl diplomierter, rehaspezifischer Pflegefachkräfte.

Vorhandene Spezialisierungen	In der Klinik vorhanden?	An den Standorten
Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	LUKS Luzern
Facharzt Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/> ja	LUKS Luzern

Diplomierte, rehabilitationsspezifische Pflegefachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Fachpflege Rehabilitation	3	1
Diplomierte Rehabilitationsfachkräfte	Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Vollzeitstellen
Ergotherapie / Sprachtherapie	10	6,1
Physiotherapie	6	4,1
Neuropsychologie	5	2

D

Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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).

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

Die Messung der Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten (resp. Bewohner) das Spital (resp. 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 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2010
		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2013
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Messung durchgeführt.		

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 Messung 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"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument			
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt			
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt (separate Befragung Kinderspital)			
Rücklauf in Prozenten	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 Messung 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"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument			
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt			
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt			
Rücklauf in Prozenten	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 Messung 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 Spitalern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	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 type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011 Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2013
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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		
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	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	Zufriedenheits-Wert	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.

Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle stationären Patienten vom Juni 2010 - Juni 2011		
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten	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 in der Verpflegung. Ausweitung des Angebots in der Menüplanung.	Küche	Umsetzung per Ende 2011

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) Susanne Pfenninger (Standorte Sursee und Wolhusen)
Funktion	Patientenombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, 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: Telefon 041 926 50 10 susanne.pfenninger@luks.ch Montag bis Freitag, während Büroöffnungszeiten
Bemerkungen	

D1-2 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 type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 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
Dim1: 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 Messung 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

Externes Messinstrument

Name des Instrumentes Picker Name des Messinstitutes Picker Institute Europe

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?

Nein

Ja

D1-3 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?

Nein, unser Betrieb **misst nicht** die Mitarbeiterzufriedenheit.

Begründung:

Ja, unser Betrieb **misst** die Mitarbeiterzufriedenheit.

Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings **keine Messung** durchgeführt.

Die letzte Messung erfolgte im Jahr:

2010

Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

Ja. Im **Berichtsjahr 2011** wurde eine Messung durchgeführt.

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

Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →

...nur an folgenden Standorten:

In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →

...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 Messung 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.

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- 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.

- Die Messung ist **noch nicht abgeschlossen**. Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
- Der Betrieb **verzichtet auf die Publikation** der Ergebnisse.
- 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

D1-4 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 nicht die Zuweiserzufriedenheit.		Begründung:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 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 2011 wurde eine Messung durchgeführt.			

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 Messung 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 Spitalern 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

D2 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 ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Weitere Informationen: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2011 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO
- Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ
- Messung der Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2011 noch keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen.

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.

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape®

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spitalaustritts. Mit der Methode SQLape® 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 für das Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape® im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.	Begründung:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape®.			
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertung gemacht			
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Messung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	30.245 Austritte, 1.119 Wiedereintritte, Rehospitalisationsrate 3.7 %
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse				
Die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationsraten des Berichtsjahres 2011 werden in einer pseudonymisierten Form veröffentlicht, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist und zum Zeitpunkt der Datenerhebung der nationale Qualitätsvertrag noch nicht in Kraft war. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.				

Informationen für das Fachpublikum

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

Mit der Methode SQLape® wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen 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.

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

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape® im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.	Begründung: Die Messung war seitens ANQ aus technischen Gründen im Jahr 2011 nicht möglich und ist für 2012 vorgesehen!	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape®.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 wurde allerdings keine Auswertung gemacht .	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2012
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 wurde eine Auswertungen gemacht		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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 type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse

Der ANQ hat beschlossen die potentiell vermeidbare Reoperationsrate der Messung im Berichtsjahr 2011 aufgrund der noch sehr lückenhaften Datenqualität nicht zu veröffentlichen. Ausserdem waren die Leistungserbringer bis Ende 2009 noch nicht verpflichtet, die Reoperationen für die medizinische Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik zu erheben.

Informationen für das Fachpublikum

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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 ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende 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.

¹ 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 Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

² 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 Auswertung, welche im Berichtsjahr 2011 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2009.

Wird die postoperative Wundinfektionsrate im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.	Begründung:	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die postoperative Wundinfektionsrate mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2011 (Juni 2010 - September 2011) wurden Messungen durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte 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

Unser Betrieb beteiligte sich 2011 an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen nach diesen Operationen (N)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2011 (Vertrauensintervall ³ CI = 95%)	Infektionsrate (%) Spital / Klinik 2010 (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Hernieoperation			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			% ()	% ()
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen			% ()	% ()
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen			% ()	% ()

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Der ANQ hat beschlossen die Ergebnisse der postoperativen Wundinfektionsmessung 2011 in pseudonymisierter Form zu veröffentlichen, da die Zuverlässigkeit der berechneten Werte noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Ausserdem konnte SwissNOSO die Validierung der Daten 2010/2011 bis dato noch nicht vornehmen. Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert.
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der postoperativen Wundinfektionsraten 2010/2011 zu verzichten.

D2-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die Europäische Pflegequalitätserhebung LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) ist eine Erhebung, die Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene

³ 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.

bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und in der Schweiz seit 2009 durchgeführt.

Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. An diesem Tag werden alle Patienten⁴, die ihre Einwilligung zur Erhebung gegeben haben, untersucht. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen infolge von Wundliegen leiden und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

Stürze

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Patient während dem Spitalaufenthalt unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt.

Wird die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb führt nicht die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb führt die Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:

Anzahl hospitalisierte Patienten, die am Stichtag oder bis 30 Tage vorher gestürzt sind.	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent:	In den Werten sind die Stürze der letzten 30 Tage, also vor Spitaleintritt und während des Spitalaufenthalts addiert. Die deutlich überwiegende Anzahl dieser Sturzereignisse haben sich in der häuslichen Umgebung ereignet.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Sturzrate 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik
	Ausschlusskriterien	Mutter Kind Abteilung, Kinderspital, IMC, Tagesklinik, ambulanter Bereich, Psychiatrie, Anästhesie, OPS, Notfall
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung	"Tatsächlich untersuchte Patienten" definiert nicht eindeutig die Patientengruppe, da zu den Sturzereignissen in zwei Modulen Daten erfragt wurden, welche unterschiedliche Angaben produziert haben.	

Dekubitus (Wundliegen)

⁴ Der Einschluss von Wöchnerinnen war freiwillig. Kinder wurden in der Prävalenzerhebung 2011 ausgeschlossen.

Dekubitus kann nach einer Richtlinie des niederländischen Qualitätsinstituts für Gesundheitspflege (CBO, 2002) als ein Absterben des Gewebes infolge der Einwirkung von Druck-, Reibe- oder Scherkräften bzw. einer Kombination derselben auf den Körper beschrieben werden. Unter Druck sind Kräfte zu verstehen, die senkrecht auf die Haut einwirken. Unter Scherkräften werden waagrecht auf die Haut einwirkende Kräfte gefasst (z.B. auf die Haut am Kreuzbein und Gesäss beim Wechsel von der Sitz- in die Liege-position in einem Bett).

Weiterführende Informationen: che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/dekubitus

Wird die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ im Betrieb durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb führte nicht die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch. Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb führte die Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ am Stichtag, 8. November 2011 durch.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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:

Anzahl Patienten mit vorhandenem Dekubitus bereits bei Spitaleintritt	Anzahl Patienten mit erworbenem Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
In Prozent	In Prozent:	
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Die Fachkommission Qualität Akutsomatik (FKQA) empfiehlt den Spitälern und Kliniken auf die Publikation der Prävalenzrate von Dekubitus 2011 als Qualitätsindikator eines einzelnen Spitals aus zwei Gründen zu verzichten: Erstens, konnte die Berner Fachhochschule die Risikoadjustierung der Daten bis Ende Mai 2012 nicht durchführen, zweitens ist die FKQA der Meinung, dass die methodologischen Voraussetzungen für eine Publikation der Ergebnisse pro Spital nicht gegeben sind.		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik	
	Ausschlusskriterien	Mutter Kind Abteilung, Kinderspital, IMC, Tagesklinik, ambulanter Bereich, Psychiatrie, Anästhesie, OPS, Notfall	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	372	Anteil in Prozent	51
Bemerkung			

Da die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus an einem Stichtag durchgeführt wird, ist das betrachtete Kollektiv pro Spital recht klein. Dazu kommt, dass die zu erwartenden Ereignisse (erfolgte Stürze und vorhandene Dekubitus) eher selten sind. Stürze, wie auch Dekubitus ereignen sich aufgrund eines breiten Spektrums von Einflussfaktoren. Die am Stichtag vorhandenen Patienten und deren aktuelle Krankheits-situationen und Verfassungen sind also zudem ein bedeutender Prädiktor für die Ergebnisse. Dies führt dazu, dass die ermittelten Raten von Zufällen stark geprägt und nur begrenzt für Aussagen über die Spital-qualität nutzbar sind. Allenfalls lassen Längsvergleiche über mehrere Jahre gewisse Aussagen über Tendenzen zur Qualität eines einzelnen Spitals im Vergleich zu anderen zu. Die Ergebnisse eignen sich jedoch dazu, die Entwicklung in der Schweiz zu verfolgen, da bei der Betrachtung ein ausreichend grosses Kollektiv (alle Patienten der Schweiz) im Blickfeld ist.

D2-5 Nationale Patientenbefragung 2011 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 und ist seit 2011 ein verbindlicher Bestandteil

des ANQ-Messplans 2011. Der Kurzfragebogen wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre), die im **November 2011** das Spital verlassen haben, innerhalb von zwei bis vier Wochen nach Hause versendet.

Der Kurzfragebogen besteht aus **fünf Kernfragen** und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Im Modul D1-1 sind weitere Patientenzufriedenheitsmessungen aufgeführt. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt, werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch

Wurde im Jahr 2011 die Patientenzufriedenheit mit dem Kurzfragebogen ANQ gemessen?		
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit Kurzfragebogen ANQ.	

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		
Gesamter Betrieb: Luzern	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.01	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	8.88	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.89	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.81	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.25	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb: Sursee	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.21	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.02	0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.01	0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	8.94	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.44	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Messergebnisse der letzten Befragung		
Gesamter Betrieb: Wolhusen	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der Ergebnisse

Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?	9.61	0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	9.36	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?	9.34	0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.59	0 = nie 10 = immer
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten versendet, die im November 2011 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten	
Anzahl der total angeschriebenen Patienten		1925	
Anzahl der tatsächlich teilgenommener Patienten		1007	Rücklauf in Prozent 52.3
Bemerkung		Verteilt nach Standorten betrug der Rücklauf für Luzern 49.1 %, der Rücklauf für Sursee 50.5 % und der Rücklauf für Wolhusen 57.2 %.	

Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen fällt auf, dass ein hoher negativer Zusammenhang von Spitalgrösse und Zufriedenheit besteht, d.h. je kleiner das Spital, desto zufriedener der Patient. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass der medizinische Erfolg die Ergebnisse am stärksten beeinflusst. Da das Universitätsspital kränkere Patienten behandelt, wird es auch schlechter bewertet. Am besten schneiden spezialisierte Kliniken ab. Gefolgt von diesen "harten" Faktoren beeinflusst die Freundlichkeit der Pflege und die Güte der Information die Zufriedenheit Resultate am stärksten.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2011

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Bakteriämien

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Luzern
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	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.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<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
	Ausschlusskriterien
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

Messthema	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)
Was wird gemessen?	Infektionen bei zentralvenösen Kathetern

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Luzern
<input checked="" type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	Periodische Erfassung und Auswertung
<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.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010
--

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

D3-2 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 2011 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:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	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 der tatsächlich untersuchten Patienten	fortlaufend	Anteil in Prozent	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
		Departementsspezifisch	

D3-3 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 2011 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:
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.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:	Dekubitusrisikoeinschätzung
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	fortlaufend	Anteil in Prozent	
Bemerkung			
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
		Departementsspezifisch	

D3-4 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 2011 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	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.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2011	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instrumentes:
<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 der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent
Bemerkung	

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input 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	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.	
<input type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

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

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten, die zum Erhebungszeitraum einen Dauerkatheter haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die auf einer Intensivstation liegen.
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	Anteil in Prozent	
Bemerkung	Bei der Erhebung handelte es sich um eine Prävalenzmessung.	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Erstellung Indikationsliste	Reduktion der DK-Liegedauer und Sensibilisierung der Mitarbeiter zum DK	Alle Standorte	Ende 2011 bis Ende 2012
Einbindung von Hinweisen zur Liegedauer in die Dokumentation	Reduktion der DK-Liegedauer und Sensibilisierung der Mitarbeiter zum DK	Alle Standorte	Ende 2011 bis Ende 2012

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	Ergebnisqualität im Brustzentrum
Was wird gemessen?	27 Kennzahlen, die die Qualität der Brustkrebsdiagnose und –therapie messen. Die Kennzahlen werden seit 6 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 2011 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	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 im Brustzentrum Luzern alle Messergebnisse über dem geforderten Qualitäts-Wert. Im Benchmarking-Bericht lag das Brustzentrum Luzern im oberen Bereich. Die Qualität der Diagnose und Therapie wurde aufgrund dieser Auswertungen bei der externen Begutachtung als Sehr Gut bewertet. 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 checked="" 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 Brustzentren
<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	Brustkrebs und Brustkrebsvorstufen	
	Ausschlusskriterien		
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten	182 im 2012	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 ab 2012 möglich ist.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 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 2011 vor Ort von externen Gutachtern auditert 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	75	Anteil in Prozent	100
Bemerkung			

Messthema	Händehygiene-Compliance
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2011 die Messung durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten: Luzern
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	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.
<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 checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<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	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl der tatsächlich untersuchten Patienten		Anteil in Prozent
Bemerkung		

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

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 längerfristige und überregionale Trends erkennen zu können.

Eine Beteiligung an nationalen oder überregionalen Registern ist aus Qualitätssicht wünschenswert, derzeit erfolgt das Engagement der Spitäler, Daten an Register zu melden, auf freiwilliger Basis.

Bezeichnung	Erfassungsgrundlage A=Fachgesellschaft B=Anerkannt durch andere Organisationen oder Fachgesellschaften, z.B. QABE, QuBA C=betriebseigenes System	Status A =Ja, seit 20xx B =nein C = geplant, ab 201x	Bereich A=Ganzer Betrieb B=Fachdisziplin C=einzelne Abteilung
AMIS plus (Akuter Myokard-infarkt und ACS in der CH)	A:AMIS Plus Data Center www.amis-plus.ch	A	A: Ganzer Betrieb
AQC Daten für Qualitätssicherung	A:Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie www.aqc.ch	A	B: Gesamte Chirurgie
ASF(Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken)	A: SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe www.sevisa.ch	A	C: Gyn./Geb. LUKS
Minimal Dataset für CH-Gesellschaft für Intensiv-medicin	A:SGL Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sqi-ssmi.ch	A, seit 1.1.2008	C: Intensivstationen
Minimal Dataset SGAR	A:Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation www.sgar-ssar.ch	B	
Schweizer Dialyseregister	A:Schweizer Gesellschaft für Nephrologie www.sgn-ssn.ch	B	
SCQM (Swiss Clinical Quality Management)	A:Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie www.scqm.ch	B	
SIRIS ⁵ (Schweizer Implantat Register)	A:Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	A, seit 1. Juni 2012	C: Orthopädie
SRRQAP (Nephrologie-Register)	A: Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program www.srrqap.ch	B	
SWISSSpine	A:Orthopädisches HTA-Register www.swiss-spine.ch	B	
SWISSVASC Registry	A:Schweizer Gesellschaft für Gefässchirurgie www.swissvasc.ch	A	C: Gefässchirurgie
Überregionale Krebsregister	B: Zentralschweizer Krebsregister, überregionaler Austausch mit dem Schweizer Kinderkrebsregister und dem Schweizer Register für Neuroendokrine Tumoren (SwissNet)	A, seit 2010	B
Bemerkung			

⁵ Durch die Aufnahme des SIRIS-Implantatregisters in den ANQ-Messplan, wird die Teilnahme am Register ab 1.9.2012 für alle Spitäler und Kliniken obligatorisch.

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
LUKS Luzern: Zentrum für Labor Medizin	Akkreditiert nach ISO/IEC 17025 : 2005	2005	2011	Prüfstelle STS 461/ Reakkreditierung 2011
LUKS Luzern: Pathologie	Akkreditiert nach Norm 17025	2010	2010	
ISO 9001:2008	Brustzentrum Luzern	2006	2009	Rezertifizierung 2012
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Brustkrebszentren	Brustzentrum Luzern	2006	2009	Rezertifizierung 2012
ISO 9001:2008	Gynäkologisches Krebszentrum Luzern	2011	Rezertifizierung 2014	
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Gynäkologische Krebszentren	Gynäkologisches Krebszentrum Luzern	2011	Rezertifizierung 2014	
sanaCERT Suisse Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene	LUKS Sursee/Wolhusen	1999	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 2 Erhebung von Patientenurteil	LUKS Sursee/Wolhusen	1999	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	KSSW Sursee/Wolhusen	1999	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 7 Chirurgie	LUKS Sursee/Wolhusen	1999	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	LUKS Sursee/Wolhusen	2011	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 16 Frauenklinik	LUKS Sursee/Wolhusen	1999	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 28 Dekubitusvermeidung und -behandlung	LUKS Sursee/Wolhusen	2011	2011	Rezertifizierung 2011
LUKS	Stillfreundliche Klinik der Unicef	2005	2011	Jährliches Audit
EFQM Stufe 1	Fachbereiche der Oekonomie	Validierung 2010	Validierung 2010	Committed to Excellence, Rezertifizierung 2013

Akkreditierung nach JACIE	Stammzellenprogramm	2011	2011	
ISO 9001:2008	Luzerner Höhenklinik Montana	2004	2010	Nächste Rezertifizierung 2013

E2 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
PATEM TIP	Verbesserung der Patientensicherheit durch Einbezug des Patienten	LUKS Sursee, LUKS Wolhusen, LUKS Luzern Dept. Chirurgie	2010-2011
Q-Indikatoren	Umfassendes Projekt: <ul style="list-style-type: none"> - Etablieren von SOP's - Optimieren der Notfälle (Zusammenlegung) - 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
IST-Analyse Medikamentensicherheit	Erhebung bereits vorhandener Massnahmen sowie Potentiale zur Verbesserung der Medikamentensicherheit	LUKS	November 2011 bis Mitte Januar 2012
Synopsis der Haftpflichtfälle	Prävention weiterer Haftpflichtfälle	LUKS	
Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	Systematische Risikobeurteilung auf Stufe Unternehmen	LUKS	kontinuierlich
IST-Analyse zum Qualitätsmanagement in allen Departementen; Konzepterstellung zur Neuausrichtung	Erhebung bereits vorhandener Massnahmen sowie Verbesserungspotentiale zur zukünftigen QM-Ausrichtung	LUKS	August 2011 bis September 2011; Umsetzung von November 2011 bis Ende 2012
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	LUKS	kontinuierlich

	und das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen		
Vorbereitung Erstzertifizierung Darm- und Pankreaszentrum		Chirurgie und Viszeralchirurgie	Juni 2012
Aufbau des Netzwerks Brustzentrum Luzern und EUSOMA-Zertifizierung	Einbindung von bis zu 7 Partnerspitälern in der Zentralschweiz sowie Zertifizierung nach EUSOMA	Neue Frauenklinik Luzern	2011 bis Ende 2012
Re-Organisation des Ambulatoriums der Neuen Frauenklinik Luzern	Onkologische Patientinnen werden schnell und zielgerichtet auf die anstehende Operation vorbereitet.	Neue Frauenklinik Luzern	Ende 2010 bis Ende 2011
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
Curriculum für Assistenzärzte	Die Oberärzte wurden als Tutoren und Mentoren geschult. Der Fortschritt wird halbjährlich überprüft, schematisch und standardisiert mit Hilfe eines Logbuchs.	LUKS Luzern: Frauenklinik	laufend
Zertifizierung des Nachtarztes	Diese Aufgaben darf erst mit genügend theoretischem und praktischen Wissen sowie bei Kenntnis über interne Abläufe übernommen werden, wenn die Befähigung durch eine Zertifizierung ausgewiesen ist.	LUKS Luzern: Frauenklinik	Laufend, Ausbreitung in weitere geeignete Bereiche
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
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 rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatums beim Eintritt Visite bei allen Patienten).	LUKS	laufend
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	Rehaprozess und interdisz. Kommunikation ersichtlich	Neurorehabilitation Interdisziplinär	2010 - 2012

Rehabilitationsprozess	darstellen		
Outcome - Studie (Dissertation)	Evaluation der Rehazi-zielsetzung 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-Infrastrukturen in der Pathologie	1. Minimierung von technischen Fehlern 2. Verminderung des Risikos von kognitiven Fehlleistungen	Pathologie	2011, laufend
Vereinheitlichung und Optimierung Führungssystem	Durchgängige Systematik der Zielvereinbarung und -verfolgung	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	Technik, Bau und Sicherheit	laufend

	und Zielsetzungen		
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	Nutzung des Potenzials der Mitarbeiter, Motivation	Fachbereiche der Oekonomie	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	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
Prozessmanagement	Fördern des Denkens in Prozessen Erhöhung von Effizienz und Effektivität in der Leistungserbringung	Gastronomie Sursee/ Wolhusen	Einführung des Prozessmanagement in der Gastronomie in Sursee und Wolhusen
Jährliche Klausuren im Leitungsteam (Organisationsentwicklung)	Regelmässige Standortbestimmungen, inkl. Ableitung von konkreten Massnahmen und Zielsetzungen	Technik, Bau und Sicherheit	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten, **abgeschlossenen** Qualitätsprojekte aus dem Kapitel E2 genauer beschrieben.

Projekttitlel	PATEM TIP	
Bereich	<input type="checkbox"/> internes Projekt	<input checked="" type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Verbesserung der Patientensicherheit durch Einbezug des Patienten	
Beschreibung	Teilnahme des LUKS an dem Projekt PATEM-TIP der Stiftung für Patientensicherheit. Die konkreten Ziele der Patientenbroschüre sind die Vermeidung von Fehlern während der medizinischen Behandlung durch den aktiven Einbezug der Patienten, die Sensibilisierung der Patienten und der Mitarbeiter in Bezug auf eine kooperative Haltung zur Sicherstellung der Patientensicherheit, die Weiterentwicklung und breitere Etablierung einer innovativen, zukunftssträchtigen Methode zur Förderung der Patientensicherheit und die Unterstützung und Förderung der Sicherheitskultur in den beteiligten Spitälern (gemäss Stiftung für PS).	
Projekttablauf / Methodik	Verteilung der Broschüren in 3 ausgewählten Departementen über 6 Monate Evaluation des Nutzens und der Akzeptanz bei den Patienten und Mitarbeitern mittels Befragung	
Einsatzgebiet	x mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	Partnerspitäler der Stiftung für Patientensicherheit	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	x Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	Departement Sursee, Departement Wolhusen, Departement Chirurgie Luzern	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Primär Pflegefachpersonen und Ärzte, sekundär alle Personen in der Behandlungs- und Betreuungskette	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>Die Ergebnisse der Patientenbefragung zeigen eine hohe Akzeptanz der Broschüre. Patienten erwarten von den Spitälern, über Möglichkeiten der Fehlervermeidung informiert zu werden. Sie sind überzeugt, durch die Anwendung der Empfehlungen aus der Patientenbroschüre aktiv bei der Fehlervermeidung mithelfen zu können.</p> <p>Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zeigen eine gewisse Skepsis bei diesem Thema. Die Gesamtauswertung zeigt jedoch, dass auch die Spitalmitarbeitenden dem Ansatz grundsätzlich positiv gegenüber stehen.</p> <p>Nach offizieller Publikation der Broschüre durch die Stiftung ab Mai 2012 prüft das LUKS den Roll-Out für das Gesamtspital</p>	
Weiterführende Unterlagen	Siehe www.patientensicherheit.ch	

Projekttitel	Minimierung von diagnostischen Fehlern in der Pathologie durch Aufbau einer umfassenden internen und externen IT-Infrastruktur	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z.B. mit Kanton)
Projektziel	Durch konsequentes Ausnutzen des Potentials moderner IT-Infrastrukturen sollten im vorliegenden Projekt zwei Ziele erreicht werden: 1. Minimierung von technischen Fehlern im Labor 2. Verminderung des Risikos von kognitiven Fehlleistungen der Pathologinnen und Pathologen	
Beschreibung	Fehlerhafte Diagnosen in der Pathologie können durch Systemfehler, kognitive Fehlleistungen oder durch eine Kombination aus beiden Faktoren verursacht werden.	
Projekttablauf / Methodik	<p>1.1. Minimierung von Systemfehlern In einem ersten Schritt wurden durch eine CIRS-Analyse des Laborprozesses Histologie über 18 Monate alle technischen Fehler identifiziert: Im Ablauf von Probenannahme - Gewebstransfer in Kassetten - Einbetten - Mikrotomie - Färben - Fallabgabe/Befundung erwiesen sich falsche Beschriftungen und Fallverwechslungen als die häufigsten Fehler.</p> <p>1.2. Gegenmassnahmen 1. Optimierung der Arbeitsplätze und Räume: Der Bereich der Probenannahme wurde von den übrigen Arbeitsplätzen abgetrennt, um aufmerksameres Arbeiten zu ermöglichen.</p> <p>2. Einführung eines lückenlosen Kontrollmechanismus mittels Barcode Identifikation der Gewebeprobe bei allen Arbeitsschritten (erstmalig im deutschsprachigen Raum). Damit liess sich in den ersten 18 Monaten nach Einführung die Rate der oben genannten Fehler deutlich senken: bislang keine inkorrekte Zuordnung von Versandgefässen (Rate < 1:90'000) und kein Fall eines fehlerhaften Gewebstransfers in Kassetten (Rate < 1:210'000), Rate falscher Gewebsschnitte auf Objektträgern auf 1:240'000 reduziert.</p> <p>2. Verminderung des Risikos von kognitiven Fehlleistungen Kognitiven Fehlleistungen lassen sich nur durch kontinuierliche Bemühungen um eine optimale „Feed back“- Kultur minimieren. Neben der Einführung regelmässiger institutsinterner Rapporte wurde ausgehend von Luzern ein Infrastrukturnetzwerk entwickelt, das die Luzerner Pathologie in der ersten Phase mit den Spitälern der Zentralschweiz verband. In der aktuellen zweiten Phase werden in diesem Netzwerk alle grossen öffentlichen Pathologie-Institute der Deutschschweiz miteinander verknüpft.</p>	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe? <input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb <input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten? <input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Pathologie	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende der Pathologie	
Projektelevaluation / Konsequenzen	<p>1. Die Einführung eines Barcode-Kontrollsystems hat bei allen Arbeitsschritten im Labor die Gefahr einer falschen Zuordnung einer Gewebeprobe oder eines Gewebeschnitts, welche die häufigste Form von technischen Fehlern in der Pathologie darstellt, signifikant vermindert.</p> <p>2. Eine effiziente „Feed back“- Kultur lässt sich in der Pathologie durch regelmässige fachinterne Rapporte und durch Verbesserung der Kommunikation zwischen Pathologie und Klinik erreichen. In Luzern war hierfür die Etablierung eines Videokonferenznetzwerks für die Diskussion zwischen dem Pathologischen Institut und den Zentralschweizer Spitälern sehr hilfreich.</p> <p>3. Neu besteht jetzt durch umfassende Erweiterung dieses Netzwerks die Möglichkeit, jederzeit per Videokonferenz online die Expertise von allen grossen öffentlichen Pathologie-Instituten der Deutschschweiz für die Beurteilung problematischer Fälle abzurufen.</p> <p>4. Die Zentralschweizer Patienten profitieren somit unmittelbar und ohne Zeitverzögerung vom Know how der Gesamtheit der grossen Pathologie-Institute.</p>	
Weiterführende Unterlagen		

F

Schlusswort und Ausblick

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.