

# Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

23.06.2017  
Sibylle Benz, Leitung Qualitätsmanagement

Version 4



## Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

### Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau  
Sibylle Benz  
Leitung Qualitätsmanagement  
Luzerner Kantonsspital, Luzern  
041 2015 4275  
[sibylle.benz@luks.ch](mailto:sibylle.benz@luks.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 .....	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	21
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren .....	22
4.5 Registerübersicht .....	23
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	28
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>32</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>33</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>33</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	33
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation .....	34
5.3 Eigene Befragung .....	36
5.3.1 Betriebliche Patientenzufriedenheitsbefragung .....	36
5.4 Beschwerdemanagement .....	36
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>37</b>
6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik .....	37
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>39</b>
7.1 Eigene Befragung .....	39
7.1.1 Befragung Mitarbeiterzufriedenheit am LUKS .....	39
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>40</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> .....	<b>40</b>
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen .....	40
9.2 Eigene Messung .....	41
9.2.1 Rehospitalisationsquote LUKS .....	41
<b>10 Operationen</b> .....	<b>42</b>
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen .....	42
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>43</b>
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte .....	43
<b>12 Stürze</b> .....	<b>46</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	46
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>48</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	48
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>50</b>
14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen .....	50

14.1.1	Häufigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen .....	50
<b>15</b>	<b>Psychische Symptombelastung</b>	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
<b>16</b>	<b>Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> .....	<b>52</b>
16.1	Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation .....	52
<b>17</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
	Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail</b> .....	<b>54</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	54
18.1.1	Präventionsprojekt "Sicherheit bei Blasenkathetern" .....	54
18.1.2	Managementprogramm Herzinsuffizienz .....	56
18.1.3	Frühwarnsystem.....	58
18.1.4	Patientencoach .....	59
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 .....	60
18.2.1	Sichere Chirurgie - SURPASS .....	60
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	62
18.3.1	Zertifizierung Traumanetzwerk Zentralschweiz.....	62
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>65</b>
	<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>66</b>
	Akutsomatik .....	66
	Rehabilitation.....	69
	<b>Anhang 2</b>	
	<b>Herausgeber</b> .....	<b>73</b>

## 1 Einleitung

Als grösstes Zentrumsspital der Schweiz mit rund 900 Betten gewährleistet das Luzerner Kantonsspital (LUKS) eine wohnortnahe, umfassende medizinische Versorgung für die Zentralschweizer Bevölkerung an den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen (Einzugsgebiet mit rund 700.000 Einwohnern). Das Angebot deckt alle medizinischen Bereiche ab: von der Allergologie über die Labormedizin und die Neurochirurgie bis zur Zytologie. Die Notfallstationen für sämtliche Disziplinen sind rund um die Uhr einsatzbereit.

Die Patientinnen und Patienten profitieren von der Behandlung durch erfahrenes Fachpersonal – von der Grundversorgung bis zur hoch spezialisierten Medizin. Die Spezialisten am LUKS Luzern sind fachübergreifend in Zentren und Spezialkliniken organisiert. Dank dieser Zusammenarbeit können auch Patienten mit komplexen Krankheiten, Mehrfacherkrankungen oder schweren Verletzungen optimal behandelt werden. Je komplexer die Behandlung, desto wichtiger ist der Verbund unter den Spitälern, damit an den Zentrums- und den Universitätsspitalern ausreichend hohe Fallzahlen erreicht werden und dadurch die notwendige Expertise sichergestellt ist. Das LUKS verfügt dank der intensiven internen und externen Vernetzung über diese Expertise. Das interdisziplinäre und interprofessionelle Netz spannt sich zwischen den Abteilungen und Mitarbeitenden ebenso wie zwischen den Standorten Luzern, Sursee, Wolhusen und Montana. Als erste Kantone gingen Nidwalden und Luzern über ihre Grenzen hinaus und gründeten die Spitalregion Luzern/Nidwalden (Lunis). In dieser Kooperation arbeiten das LUKS und das Kantonsspital Nidwalden medizinisch und organisatorisch besonders eng zusammen. Zum umfassenden Netzwerk gehören Hausärzte und Spezialisten mit eigener Praxis, andere Zentralschweizer Spitäler, Schweizer Universitätsspitäler sowie weitere Institutionen im Gesundheitsbereich.

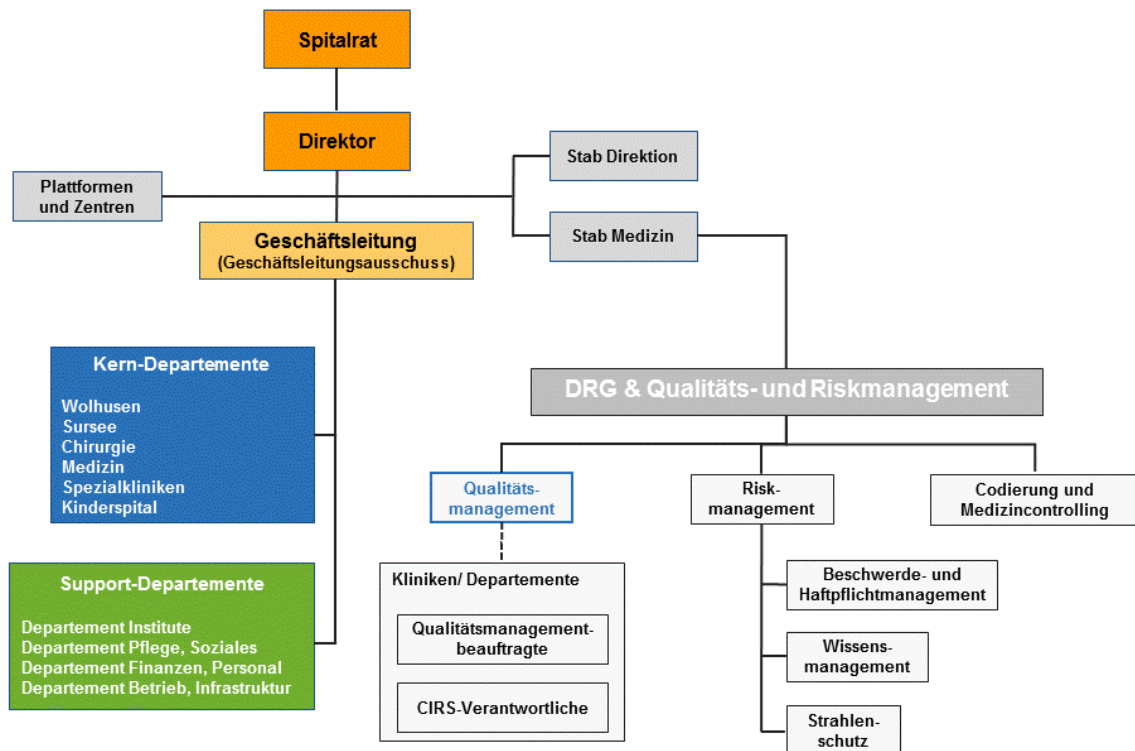
In Luzern werden Lernende in einer Vielzahl von Berufen des Gesundheitswesens und Supportbereichen ausgebildet. Zudem ist das LUKS Luzern ein akademisches Lehrspital. Um den Wissenstransfer aus Forschung und Entwicklung zu gewährleisten, arbeitet es mit Universitäten – vor allem Zürich, Basel und Bern – zusammen. Der Austausch von Fachwissen und Fachkräften geht über die Landesgrenzen hinaus: Viele Klinik- und Institutsverantwortliche sind im In- und Ausland wissenschaftlich aktiv – zum grossen Nutzen der Patienten.

Das LUKS gehört auch im Berichtsjahr 2016 zu den medizinisch führenden und wirtschaftlich erfolgreichsten Spitälern der Schweiz. Die erreichten Qualitätsziele zeigen das kontinuierliche und effektive Engagement des LUKS für mehr Patientensicherheit und -zufriedenheit. Der erzielte Gewinn fliesst vollumfänglich in die medizinische Versorgung der Bevölkerung: in kompetente Mitarbeitende, innovative Technologien, IT (Digitalisierung) und bauliche Erneuerungen. Auf dem Areal Luzern steht der Neubau des Kinderspitals im Vordergrund, in Wolhusen der Neubau des Haupthauses und in Sursee bzw. der Region Sempachersee läuft die Evaluation des künftigen Spitalstandorts. Bereits Mitte 2017 werden am LUKS Luzern unter anderem das neue Notfallzentrum und das Zentrum für Intensivmedizin bezogen.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement des Luzerner Kantonsspitals gehört dem Stab Medizin an, der den Direktor in der Führung des Spitals in Hinblick auf die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und in der Qualitätssicherung unterstützt. Die Abteilung DRG & QRM setzt sich zusammen aus dem Qualitätsmanagement (inkl. Datenmanagement), dem Risk-, Beschwerde- und Haftpflichtmanagement sowie dem Medizincontrolling und Codierbüro. Wissensmanagement und die Strahlenschutz-Koordination sind ebenfalls in die Abteilung eingegliedert, wie das Organigramm zeigt.

Neben dem zentralen Qualitätsmanagement (QM) sorgen Qualitätsmanagementbeauftragte (dezentrales QM) in den Kliniken/ Departementen für die Umsetzung der LUKS-internen Qualitätsprozesse sowie der gesetzlichen und regulatorischen Vorgaben. Sie stellen das operative Qualitätsmanagement dar und werden vom zentralen QM koordiniert bzw. bei ihrer Arbeit unterstützt.

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **500** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Sibylle Benz  
Leitung Qualitätsmanagement  
Luzerner Kantonsspital  
041 205 4275  
[sibylle.benz@luks.ch](mailto:sibylle.benz@luks.ch)

Herr Mario Pietrini  
Gesamtleiter DRG und Q & R-Management  
Luzerner Kantonsspital  
041 205 2439  
[mario.pietrini@luks.ch](mailto:mario.pietrini@luks.ch)



### 3 Qualitätsstrategie

Die strategische Ausrichtung ist in der Unternehmensstrategie bzw. den Unternehmenszielen des LUKS definiert. Im Fokus unserer Arbeit steht der Patient, seine Genesung, Sicherheit und Zufriedenheit.

Ein vielfältiges Netzwerk von Berufsgruppen und Disziplinen innerhalb und ausserhalb des Spitals, die Hand in Hand interprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten, trägt entscheidend zur bestmöglichen Versorgung des Patienten bei.

Die Qualität von Therapie und Diagnostik wird anhand von aussagekräftigen Qualitätskennzahlen kontinuierlich überwacht und die identifizierten Schwächen werden nachhaltig verbessert. Dabei sind die Transparenz der Messungen und der Ergebnisse nach innen und aussen gewährleistet.

Das unternehmensweite Qualitätsmanagement unterstützt die Organisation dabei, die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten (z.B. durch Audits, Zertifizierungen, Peer-Reviews), aus Fehlern zu lernen und die Anforderungen der Kostenträger sowie anderer interessierter Parteien zu erfüllen.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Qualitätsbenchmarking: Transparente Bewertung der Ergebnisqualität (IQM, ANQ) sowie Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen
- Patientensicherheit: Ausweitung der Aktivitäten in Hinblick auf transurethrale Blasenkateter, frühzeitige Erkennung eines sich kritisch verschlechternden Gesundheitszustands (Frühwarnsystem) und Alterstraumatologie
- Aufrechterhaltung von Zertifizierung bzw. Akkreditierung sowie Erreichen neuer Zertifikate und Labels

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Erfassung und Auswertung der ANQ- sowie IQM-Qualitätsdaten
- Weiterentwicklung des Tools zur Erfassung von "critical incidents" und der Festlegung sowie dem Monitoring von Korrekturmassnahmen (CIRS)
- Erfolgreiche Durchführung von Peer-Reviews im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zur Identifikation von Verbesserungspotentialen in Diagnose und Therapie
- Implementierung einer verbesserten standardisierten Kennzeichnung von Medikamenten
- Ausbau des Instrumentariums zur Bewertung der Patientenzufriedenheit (Patienten-Coach)
- Reduktion der Door-to-Needle Time bei Patienten mit Schlaganfall durch Verbesserung des Prozesses und der Diagnose-Methoden
- Zertifizierung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz durch die DGU

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Mehr Zeit für den Patienten zu haben, auf seine persönlichen Bedürfnisse einzugehen, seine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die Kosten auf akzeptablem Niveau zu halten - das ist das Ziel des Luzerner Kantonsspitals für die kommenden Jahre. Dieses Ziel soll durch folgende Massnahmen erreicht werden:

- Patienten-zentrierte Prozesse: Arbeitsabläufe am Behandlungsprozess des Patienten ausrichten und ihre Effizienz optimieren
- Transparenz und Steuerbarkeit: Prozesse und Ergebnisqualität über Kennzahlen messbar und steuerbar machen
- Risiken minimieren: Fehlerquellen identifizieren und Sicherungsmassnahmen gezielt umsetzen
- Wissen wirksam nutzen: Interprofessionelle Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie verstärken

Innovative Informationstechnologien sollen die Umsetzung dieser Massnahmen unterstützen und insbesondere die zeitraubende Erfassung und Bereitstellung von Daten und Dokumentation vereinfachen. Die Standardisierung von Abläufen und Kommunikation sowie die elektronische Unterstützung von Prozessen wie z.B. der Verordnung, der Medikation oder der Überwachung der Vitalparameter sind Chancen, die die Digitalisierung bietet und die am LUKS genutzt werden, um die Sicherheit und Behandlungsqualität der Patienten zu erhöhen.

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:	Luzerner Höhenklinik Montana	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<i>Akutsomatik</i>				
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik		√	√	√
▪ Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik		√		
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen		√		
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen		√		
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte		√	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz		√	√	√
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus		√	√	√
<i>Rehabilitation</i>				
▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation	√	√		

▪ Bereichsspezifische Messungen für				
– Muskuloskelettale Rehabilitation	√			
– Neurologische Rehabilitation		√		
– Kardiale Rehabilitation	√			
– Pulmonale Rehabilitation	√			

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:				
	Luzerner Höhenklinik Montana	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<i>Patientenzufriedenheit</i>				
▪ Betriebliche Patientenzufriedenheitsbefragung		√	√	√

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:				
	Luzerner Höhenklinik Montana	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<i>Wiedereintritte</i>				
▪ Rehospitalisationsquote LUKS		√	√	√
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>				
▪ Häufigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen		√	√	√

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### CIRS

<b>Ziel</b>	Erfassung und Vermeidung von kritischen Zwischenfällen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Luzerner Kantonsspital
<b>Standorte</b>	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

##### Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

<b>Ziel</b>	Etablierung eines systematischen Kennzahlenreportings zur transparenten Darlegung der Ergebnisqualität und Festlegung von Massnahmen zur Verbesserung von Diagnose und Therapie; Durchführung von Peer-Reviews
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Luzerner Kantonsspital
<b>Standorte</b>	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2014 in Arbeit
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Medikationssicherheit

<b>Ziel</b>	Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der etablierten Konzepte zur Vermeidung von Fehlern bei der Medikation von Patienten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Luzerner Kantonsspital
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Start im Jahr 2015
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Dieses Projekt beruht auf den Ergebnissen des 2012 begonnenen und 2015 abgeschlossenen Projekts Medikationssicherheit. Ziel dieses Nachfolgeprojekts ist es, die institutionalisierten Konzepte aufrechtzuerhalten bzw. weiterzuentwickeln. Dazu gehört u.a. die Implementierung von standardisierten Medikamenten-Etiketten auf den Bettenstationen.

## Patientenarmband und -broschüre

<b>Ziel</b>	Weiterentwicklung der technischen und praktischen Umsetzung im Zuge der Einführung des neuen KIS
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Luzerner Kantonsspital
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Start mit Beginn der Implementierung des KIS (Klinikinformationssystem)
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Door-to-Balloon Time

<b>Ziel</b>	Reduktion der Letalität von Myokardinfarkten
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Kardiologie
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2013 in Arbeit
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Der Behandlungsablauf konnte so weit verbessert werden, dass eine Door-to-Balloon Zeit von 30 Minuten für 80 % der Patienten erreicht und die Letalität halbiert werden konnte.

## Door-to-Needle Time

<b>Ziel</b>	Minimierung der Schädigung des Gehirns bei Schlaganfällen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Neurologie
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	seit 2013 in Arbeit
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Massnahmen zur Prozess- und Schnittstellenoptimierung wurden erfolgreich umgesetzt und die Door-to-Needle Time konnte signifikant reduziert werden. Im zweiten Quartal 2016 wurde eine durchschnittliche Door-to-Needle Time von 22 Min. gemessen - zum Vergleich: Zu Beginn dieses Projekts lag die Door-to-Needle Time bei 44 Min (!). Desweiteren zeigen die Daten, dass die Varianz der gemessenen Zeiten verringert wurde.

## Sichere Chirurgie

<b>Ziel</b>	Standardisierter Sicherheitscheck zur Vermeidung von Verwechslungen bei operativen Eingriffen mit fortlaufenden Massnahmen zu Prozessoptimierung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Operative Disziplinen des Luzerner Kantonsspitals an allen Standorten
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Fortlaufende Prozessüberwachung durch interne Begehungen und Auswertung erfasster Daten

## Integrales Risikomanagement

<b>Ziel</b>	Systematische Bewertung von Risiken auf Stufe des Unternehmens
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Resultat der Risikobewertung wird in einem Jahresbericht zusammengefasst und geht zu Händen der Spitalleitung.



## Beschwerdenmanagement

<b>Ziel</b>	Identifikation von Verbesserungspotentialen sowie Festlegung von Massnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen, Luzerner Höhenklinik Montana
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Analysenergebnis der Beschwerden wird halbjährlich in einem Bericht dokumentiert.

## Analyse der Haftpflichtfälle

<b>Ziel</b>	Festlegung von Massnahmen zur Vermeidung neuer Haftpflichtfälle
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Luzerner Kantonsspital
<b>Standorte</b>	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	kontinuierlich
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die Daten der Analyse von Haftpflichtfällen werden in Form eines Jahresberichts beschrieben und gehen zu Händen der Geschäftsleitung. Auf dieser Grundlage werden Massnahmen festgelegt, wie in Zukunft Haftpflichtfälle verhindert werden können.

## Befragung von Patienten bei Austritt aus dem Spital

<b>Ziel</b>	Standardisierung der Befragung durch Vereinheitlichung des Fragebogens sowie der Auswertung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	seit 2013 in Arbeit
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Während 8 Monaten im Jahr erfolgt die Befragung der Patienten auf den Excellence-Stationen zusätzlich mit Hilfe des elektronischen Fragebogens auf dem iPad.

## Pflegequalität LUNIS

<b>Ziel</b>	Unternehmensweite Festlegung der einzuhaltenden Pflegequalitäts-Stufe
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Patienten- und Familien-zentrierte Pflege

<b>Ziel</b>	Periodische Überprüfung der Umsetzung des Konzepts "Patienten- und Familien-zentrierte Pflege"
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzer Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen, Luzerner Höhenklinik Montana
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Konzept stellt den Patienten und seine Angehörigen ins Zentrum der pflegerischen Massnahmen; es ist sowohl für das Pflegepersonal als auch die behandelnden Ärzte relevant. Grundlage der Erarbeitung und Prüfung des Konzepts sind die ermittelten Anforderungen von Patienten und deren Angehörigen an die Pflege im Spital. Die Umsetzung des Konzepts orientiert sich am Konzept Pflegequalität.

## Dekubitusprävention

<b>Ziel</b>	Periodische Überprüfung der Umsetzung des Konzepts "Dekubitusprävention"
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Die ANQ Messergebnisse zu Dekubitus werden zur Erarbeitung und Prüfung des Konzepts auf Wirksamkeit herangezogen. Das bisher umgesetzte Konzept wird im ersten Quartal 2017 evaluiert.

## Sturzprävention

<b>Ziel</b>	Periodische Überprüfung der Umsetzung des Konzepts "Sturzprävention"
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das zwischenzeitlich weiterentwickelte Konzept soll bis zum 3. Quartal 2016 umgesetzt werden. Grundlage sind die kontinuierlich und digital erfassten Daten der Häufigkeit von Stürzen bei Patienten.

## Bezugspersonen in der Pflege

<b>Ziel</b>	Sicherstellen der Kontinuität in der pflegerischen Versorgung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ZNN Rehabilitation
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Das Konzept soll an ein bestehendes Konzept angeglichen werden.

## Entlassungsmanagement

<b>Ziel</b>	Gewährleistung der rechtzeitigen Abklärung und Organisation einer bedarfsgerechten Anschlussversorgung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamter Betrieb
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Interdisziplinäres Sturzkonzept

<b>Ziel</b>	Assessment, Prävention und Evaluation sowie Fortbildung der Mitarbeiter
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ZNN Neurorehabilitation
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige

<b>Ziel</b>	Information der Angehörigen zu Behandlungsablauf, Arbeitsweise der verschiedenen Disziplinen sowie Aufbau bzw. Pflege des persönlichen Kontakts
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ZNN
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	in Bearbeitung
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Spitalapotheke - Erfüllung der GMP-Anforderungen

<b>Ziel</b>	Gewährleistung der GMP-Compliance der räumlichen und technischen Einrichtungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Technik, Bau und Sicherheit
<b>Standorte</b>	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	Start im Jahr 2015
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

## Bemerkungen

#### 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

##### **Bemerkungen**

Eine offene Fehlerkultur ist dem Luzerner Kantonsspital als Zentrumsspital ein grosses Anliegen. Daher wurde bereits 2008 ein elektronisches Meldeportal eingeführt, um die systematische Erfassung, Bearbeitung und Analyse von Zwischenfällen zu unterstützen. Mitarbeiter haben die Möglichkeit ihre Meldung anonym vor Ort zu erfassen und an die verantwortlichen Stellen zu senden. Es sind 49 Meldekreise mit rund 80 CIRS Verantwortlichen etabliert. Die CIRS Verantwortlichen bearbeiten die Fallmeldungen fachspezifisch, interdisziplinär und zeitnah.

Zusätzlich zu spezifischen Fallbesprechungen werden mehrmals jährlich sogenannte CIRS Foren zur übergeordneten Fallbesprechung und Erarbeitung von Verbesserungsmassnahmen durchgeführt.

Ergänzend zu den Aktivitäten der Mitarbeitersensibilisierung und -schulung wurden im Jahr 2016 bei rund 20% der Fallmeldungen zusätzliche Verbesserungen abgeleitet. Neben einer leichten Zunahme an Fallmeldungen zeigen die Kennzahlen von 2016 eine deutliche Verbesserung in der Medikamentensicherheit. Dies beweist die Wirksamkeit des Massnahmenbündels zur Vermeidung von Fehlern beim Verordnen, Verabreichen, Dispensieren und Dokumentieren, das im Rahmen des Projekts Medikationssicherheit umgesetzt worden war.

#### 4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2015 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qr/applet/traeger-luzerner-kantonsspital/> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

Unser Betrieb hat im Jahr 2016 das letzte Peer Review Verfahren durchgeführt.

## 4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/\\_service/forum\\_medizinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm)

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	Standorte
<b>AMIS Plus</b> Acute Myocardial Infarction in Switzerland	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Intensivmedizin	AMIS Plus Data Center <a href="http://www.amis-plus.ch">www.amis-plus.ch</a>	1997 (Luzern), 2006 (Wolhusen), 2007 (Sursee)	Luzerner Höhenklinik Montana, Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>AQC</b> Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und Thorax-Gefässchirurgie, Gastroenterologie, Handchirurgie, Senologie	Adjumed Services AG <a href="http://www.aqc.ch">www.aqc.ch</a>	2008	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>ASF</b> Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken	Gynäkologie und Geburtshilfe	SGGG: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe <a href="http://www.sevisa.ch">www.sevisa.ch</a>	2007	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>FIVNAT-CH</b> Fécondation In Vitro National	Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie	FIVNAT - CH: Kommission der SGRM <a href="http://www.fivnat-registry.ch">www.fivnat-registry.ch</a>	2003	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>KTRZ</b> Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel <a href="http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/">www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/</a>	1972	Luzerner Kantonsspital, Luzern

		<a href="#">knochentumor-referenzzentrum/</a>		
<b>MDSi</b> Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin <a href="http://www.sgi-ssmi.ch">www.sgi-ssmi.ch</a>	2007 (Luzern), 2011 (Wolhusen), 2013 (Sursee)	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Infreporting</b> Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme <a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/ infreporting</a>	1999	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>MIBB</b> Register der Minimal invasiven Brust-Biopsien	Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie, Senologie	MIBB Working Group der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.mibb.ch">www.mibb.ch</a>	2008	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee
<b>Dialyseregister</b> Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	2005 (Luzern), 2009 (Sursee)	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee
<b>SCQM</b> SCQM Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	1995 (Luzern), 2000 (Sursee, Wolhusen)	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>SIOLD</b> SIOLD Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch">www.siold.ch</a>	2002	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatrie	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	2010 (Luzern), 2011 (Sursee)	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	2000	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SOG</b> Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft	Ophthalmologie	SOG <a href="http://www.sog-ssso.ch">www.sog-ssso.ch</a>	unbekannt	Luzerner Kantonsspital, Luzern



<b>SPNR</b> Schweizerisches Pädiatrisches Nierenregister	Pädiatrie, Nephrologie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern <a href="http://www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry">www.swiss-paediatrics.org/fr/informations/news/swiss-paediatric-renal-registry</a>	1972	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/k_m_meldes">www.bag.admin.ch/k_m_meldes</a>	1995	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SRRQAP</b> Swiss Renal Registry and Quality Assessment Program	Nephrologie	Klinik & Poliklinik für Nephrologie & Hypertonie, Inselspital Bern <a href="http://www.srrqap.ch">www.srrqap.ch</a>	2005 (Luzern), 2009 (Sursee)	Luzerner Kantonsspital, Luzern, Luzerner Kantonsspital, Sursee
<b>STIS</b> Swiss Teratogen Information Service	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Kl. Pharmakol. und Toxikologie	Swiss Teratogen Information Service STIS <a href="http://www.swisstis.ch">www.swisstis.ch</a>	2001	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>STR</b> Schweizer Traumaregister	Anästhesiologie, Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.adjumed.ch">www.adjumed.ch</a>	2014	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Neonatal Registry</b> Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungspädiatrie, Neuropädiatrie	Universitätsspital Zürich, Klinik für Neonatologie <a href="http://www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13">www.neonet.ch/en/02_Neonatal_Network/aims.php?navid=13</a>	1995	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Swiss PH Registry</b> Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG <a href="http://www.sgph.ch">www.sgph.ch</a>	2002	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Swiss Spine</b> SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	2004	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SWISSVASC</b> SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2013	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SWR</b> Schweizer Wachstumsregister	Kinder- und Jugendmedizin, Pharmazeutische Medizin, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nephrologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie	Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern <a href="http://www.ispm.ch">www.ispm.ch</a>	1970	Luzerner Kantonsspital, Luzern

<b>TR-DGU</b> TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumaregister.de">www.traumaregister.de</a>	2011	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SIRIS</b> Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin <a href="http://www.siris-implant.ch">www.siris-implant.ch</a>	2012	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>NICER</b> Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2011	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SKKR</b> Schweizer Kinderkrebsregister	Alle	<a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</a>	1976	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>KR Zentralschweiz</b> Zentralschweizer Krebsregister der Kantone Luzern, Uri, Ob- und Nidwalden	Alle	<a href="http://www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html">www.luks.ch/standorte/luzern/kliniken/pathologie/zentralschweizer-krebsregister.html</a>	2011	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>SBCDB</b> Swiss Breast Center Database	Gynäkologie und Geburtshilfe, Plastische Chirurgie, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Senologie	Schweizerische Gesellschaft für Senologie <a href="http://www.sbcdb.ch">www.sbcdb.ch</a>	seit 2011	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>MitraSwiss Register</b> Erfassung von allen Patienten mit einer perkutanen Mitralklappen Behandlung mittels MitraClip.	Kardiologie	Cardiocentro Ticino Lugano on behalf of the MitraSwiss Investigators <a href="http://www.mitra-swiss.ch">www.mitra-swiss.ch</a>	XXXX	Luzerner Kantonsspital, Luzern
<b>Swiss TAVI Registry</b> Nationales Register zur Erfassung von Erwachsenen die eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation erhielten	Herz- und thorak. Gefässchirurgie, Kardiologie	Universitätsspital Bern, Inselspital, Abteilung für Kardiologie <a href="http://www.swisstaviregistry.ch">www.swisstaviregistry.ch</a>	XXXX	Luzerner Kantonsspital, Luzern

### Bemerkungen

Das Luzerner Kantonsspital erfasst darüberhinaus Daten in folgenden Registern:

- Schweizer Herzschrittmarkerregister CHPACE WEB
- Swissmedic Hemovigilanz, Pharmacovigilanz, Materiovigilanz
- IVHSM/ HSM Register (Viszeral- und Neurochirurgie, Pädiatrische Chirurgie und Onkologie)
- Minimal Neonatal Data Set (MNDS)
- Minimal Data Set - national indication and outcome measurements in Orthopaedics (SGOT)

- Swiss Cochlear Implant Register (Swiss CI Register/ CICH-Datenbank)
- Swiss Stroke Register

## 4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:					
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Standorte	Kommentare
ISO 9001: 2008 (Swiss TS)	Netzhautzentrum (Augenklinik)	2013	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Kinderwunschzentrum (Neue Frauenklinik)	2008	2014	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Brustzentrum (Neue Frauenklinik)	2006	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Gynäkologisches Tumorzentrum (Neue Frauenklinik)	2011	2014	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Kopf-, Hals- und Schilddrüsen Tumorzentrum(Chirurgie, HNO und MKG)	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Prostatazentrum (Chirurgie)	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Tumorzentrum/ Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001: 2008 (Swiss TS)	Urologisches Tumorzentrum	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Darm- und Pankreaszentrum (Chirurgie, Viszeralchirurgie)	2012	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Leukämiezentrum (Medizin, Hämatologie)	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Gastrointestinales Tumorzentrum (Medizin)	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re-Zertifizierung im Jahr 2017

ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Lymphomzentrum (Medizinische Onkologie)	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum/ Re- Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Medizinische Onkologie	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum, Querschnittsfach/ Re- Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Radiologie und Nuklearmedizin	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum, Querschnittsfach/Re- Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Radioonkologie	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum, Querschnittsfach/Re- Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 9001:2008 (Swiss TS)	Pathologie	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Tumorzentrum, Querschnittsfach/Re- Zertifizierung im Jahr 2017
Deutsche Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Brustzentrum (Neue Frauenklinik)	2006	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Gynäkologisches Tumorzentrum (Neue Frauenklinik)	2011	2014	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Kopf-, Hals- Tumorzentrum(Chirurgie, HNO und MKG)	2015	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Prostatazentrum (Chirurgie)	2015	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Viszeralonkologisches Zentrum(Chirurgie, Viszeralchirurgie)	2015	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Darmkrebszentrum	2012	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Pankreaskarzinomzentrum	2012	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Medizinische Onkologie	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017

Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Radiologie und Nuklearmedizin	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Radio-Onkologie	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Pathologisches Institut	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert	Tumorzentrum	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
ISO 17025:2005 (SAS)	Zentrum für LaborMedizin	2006	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2021
ISO 17025:2005 (SAS)	Institut für Pathologie	2010	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2020
European Foundation of Quality Management - EFQM Stufe 1 (SAQ)	Ökonomie	2010	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Externes Re-Assessment im Jahr 2013 - EFQM Stufe 2 angestrebt
European Foundation of Quality Management - EFQM Stufe "Committed to excellence 2 star" (SAQ)	Departement Pflege und Soziales	2013	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Jährliches Überwachungsaudit - Ziel Stufe "recognized for excellence" im Jahr 2018
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (CERT iQ)	Unfallchirurgie	2013	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung als überregionales Traumazentrum im Jahr 2019
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (CERT iQ)	Altersunfallzentrum	2015	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018
REKOLE / H1 (Pricewaterhouse Cooper AG)	Finanz- und Rechnungswesen	2013	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DGK)	Kardiologie Chest Pain Unit	2013	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2017
Swiss Federation of Clinical Neuro-Sciences SFCNS	Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation Stroke Unit	2013	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2019
Interverband für Rettungswesen (IVR)	Sanitätsnotrufzentrale (SNZ) 144	2014	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2018

Interverband für Rettungswesen (IVR)	Rettungsdienst	2016	-	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Zertifizierung im Jahr 2020
Hygienezertifikat (bioexam)	Gastronomie	2013	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Jährliche Überwachung
Heilmittelgesetz - Umgang (Herstellung und Grosshandel) mit Blut und labilen Blutprodukten (Swissmedic)	Hämatologisches Zentrallabor (Zentrum für LaborMedizin)	1997	2015	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Erneuerung der Betriebsbewilligung im Jahr 2018
Heilmittelgesetz - Umgang (Grosshandel) mit Blut und labilen Blutprodukten (Swissmedic)	Labor Sursee und Labor Wolhusen (Zentrum für LaborMedizin)	1998	2016	Luzerner Kantonsspital, Sursee, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen	Erneuerung der Betriebsbewilligung im Jahr 2018
Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE)	Hämatologisches Zentrallabor (Apheresis Unit)	2012	2016	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Re-Akkreditierung im Jahr 2020

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**



## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

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

Den Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2016 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum ersten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt, weshalb es keine Vorjahreswerte gibt.

#### Messergebnisse

Die Messergebnisse aus dem aktuellsten Jahr standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

## 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt. Der Fragebogen basiert auf jenem für die Akutsomatik, ist aber auf die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst.

Der Kurzfragebogen besteht aus fünf Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den fünf Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht und Versicherungsklasse erhoben.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
<b>Luzerner Höhenklinik Montana</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	9.19	8.94	8.75	8.26 (7.82 - 8.92)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	8.91	8.44	8.64	8.40 (8.08 - 8.94)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	9.03	8.47	8.56	8.18 (7.92 - 8.83)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	9.26	9.15	9.22	9.14 (8.83 - 9.35)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.55	9.47	9.29	9.28 (9.06 - 9.61)
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>				
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?	0.00	0.00	0.00	0.00 (0.00 - 0.00)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?	0.00	0.00	0.00	0.00 (0.00 - 0.00)
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?	0.00	0.00	0.00	0.00 (0.00 - 0.00)
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?	0.00	0.00	0.00	0.00 (0.00 - 0.00)
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	0.00	0.00	0.00	0.00 (0.00 - 0.00)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

#### Luzerner Höhenklinik Montana:

Die nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation wird von der ANQ erst seit 2013 durchgeführt.

#### Luzerner Kantonsspital, Luzern:

Das Luzerner Kantonsspital hat in den nationalen Patientenbefragungen in der Rehabilitation im Jahr 2016 weniger als 30 retournierte Fragebögen. Daher sind die Ergebnisse hier nicht dargestellt.

### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	hcri AG oder MECON measure & consult GmbH
---------------------	---

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten ( $\geq 18$ Jahre) versendet, die im April und Mai 2016 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. -abteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ In der Klinik verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	

#### **Luzerner Höhenklinik Montana**

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	134		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	58	Rücklauf in Prozent	43.00 %

#### **Luzerner Kantonsspital, Luzern**

Anzahl angeschriebene Patienten 2016	0		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	0	Rücklauf in Prozent	0.00 %

## 5.3 Eigene Befragung

### 5.3.1 Betriebliche Patientenzufriedenheitsbefragung

Im Luzerner Kantonsspital wird die Patientenzufriedenheit stationärer Patientinnen und Patienten seit Sommer 2015 standardisiert an allen 3 Standorten gemessen. Patientenzufriedenheitsmessungen sind eine gesetzliche und betriebliche Vorgabe und Teil des Qualitätsmonitorings eines Spitals. Sie haben Wirkung, wenn daraus als Teil der Unternehmenskultur Massnahmen abgeleitet und umgesetzt werden.

Die Übersichten der Patientenzufriedenheit sollen Leitungspersonen ermöglichen, regelmässige qualitative und quantitative Bewertungen zu ihrer Station sowie zur medizinischen Fachdisziplin und Klinik zu erhalten. Ziel ist es, miteinander «ins Gespräch» zu kommen und Lernprozesse zu initiieren.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Sursee“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt. Es werden alle stationär behandelten Patienten auf allen Stationen des Luzerner Kantonsspitals an den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen durchgeführt. Alle erwachsenen stationären Patient/-innen der Akutkliniken des LUKS mit Wohnsitz in der Schweiz, die in den Monaten März, Juni, September und Dezember ausgetreten sind, wurden befragt. Mehrfacheintritte nahmen nur einmal an der Befragung teil.

Die Werte der ANQ Leitfragen F1 – F5 (Gesamtergebnis) liegen zwischen guten 3.9 bis sehr guten 4.8 Punkten.

Die Zufriedenheit in der Leitfrage F6 (Dauer des Spitalaufenthaltes, Gesamtergebnis alle Stationen) liegt bei 91%. Das anzustrebende Gesamtergebnis von mindestens 90 % wurde in der Dezember Befragung bereits erreicht. Ziel ist es, dieses hohe Niveau zu halten.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Luzerner Kantonsspital

Ombudsstelle für Patienten und Angehörige

Urs Friedländer

Patientenombudsmann

041 205 4430

[urs.friedlaender@luks.ch](mailto:urs.friedlaender@luks.ch)

## 6 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.

### 6.1 Nationale Elternbefragung im Kinderbereich in der Akutsomatik

Auch im Kinderbereich ist die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität ein wichtiger Qualitätsindikator. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern um diese Beurteilung gebeten. Dazu wurden die fünf Fragen des ANQ-Kurzfragebogen auf die Perspektive der Eltern angepasst.

#### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
	2013	2014	2015	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>				
Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?	8.74	8.35	7.92	0.00 (0.00 - 0.00)
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?	8.76	8.47	8.70	0.00 (0.00 - 0.00)
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.87	8.75	8.69	0.00 (0.00 - 0.00)
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?	8.81	8.78	9.00	0.00 (0.00 - 0.00)
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?	9.43	9.24	9.31	0.00 (0.00 - 0.00)

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 10 = bester Wert

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.ang.ch](http://www.ang.ch).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Daten zur nationalen Elternbefragung im Kinderbereich 2016 sind noch nicht durch die ANQ publiziert worden. Eine Vorab-Publikation der Daten in diesem Qualitätsbericht ist aufgrund des mit der ANQ vertraglich vereinbarten Publikationskonzepts nicht möglich. Daher wurde eine "0" in der Datentabelle erfasst.

#### Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut

hcri AG oder MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von allen stationär behandelten Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>			
Anzahl angeschriebene Eltern 2016	310		
Anzahl eingetreffener Fragebogen	143	Rücklauf in Prozent	46.00 %

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Befragung Mitarbeiterzufriedenheit am LUKS

Das LUKS will die unternehmerische Mitverantwortung seiner Mitarbeiter fördern. Die Führungskräfte am LUKS sollen das Stimmungsbild ihrer Organisationseinheit kennen, Handlungsfelder und Entwicklungspotential identifizieren sowie entsprechende Massnahmen festlegen.

Die anonym durchgeführte Befragung umfasst die Themen Vergütung, Wahrnehmung der Geschäftsleitung, Umgang mit Veränderungen, Arbeit und Freizeit, Bindung ans LUKS, Attraktivität des Arbeitgebers sowie Attraktivität der Infrastruktur.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2015 an allen Standorten durchgeführt.

Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Insgesamt wurden 5020 Mitarbeitende des LUKS zur Befragung eingeladen. Für jede Organisationseinheit wird ein Ergebnisbericht erstellt, wenn mindestens 5 Mitarbeiter den Fragebogen ausgefüllt und termingerecht eingereicht haben.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	icommit
Methode / Instrument	icommit Fragebogen

## Behandlungsqualität

### 9 Wiedereintritte

#### 9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist, obwohl die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Die von ANQ bzw. SQLape im Januar 2017 veröffentlichten Ergebnisse der Auswertung von Daten aus dem Jahr 2014 werden nicht verwendet bzw. hier nicht aufgeführt, weil die von ANQ bzw. SQLape angewandte Messmethode nicht dem anerkannten SwissDRG-Verfahren entspricht (vgl. dazu Kap. 9.2.1).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.



## 9.2 Eigene Messung

### 9.2.1 Rehospitalisationsquote LUKS

Die Rehospitalisationsquote am Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern, Sursee und Wolhusen) wurde mit Hilfe der SwissDRG Methodik berechnet, die sowohl von den Leistungserbringern als auch den Kantonen und Versicherern anerkannt ist. Andere Algorithmen, bei denen Routinedaten ausgewertet werden, liefern ungenaue Ergebnisse und weisen eine hohe Variabilität auf.

Die Rehospitalisationsquote wird nicht nur für das gesamte Spital LUKS, sondern auch für die einzelnen Fachkliniken ausgewiesen (siehe Publikation auf der Internet-Seite des LUKS).

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Sursee“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt. Diejenigen Fälle, bei denen der Patient innerhalb von 18 Tagen nach Entlassung wieder ins Spital eintritt, werden von einem Codierexperten daraufhin überprüft, ob der Wiedereintritt eine Folge der Vorbehandlung ist. Die Regeln der Codierrichtlinien müssen dabei eingehalten werden. Es werden nicht nur Wiedereintritte in die gleiche Klinik, sondern auch Wiedereintritte in eines der Spitäler des LUKS berücksichtigt.

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Rehospitalisationsquote am LUKS liegt im Jahr 2016 bei 2.4 %. Sie ist im Vergleich zu den Vorjahren 2014 und 2015 (2.3%) stabil geblieben und deutlich niedriger als die für die Schweiz ermittelte durchschnittliche Rehospitalisationsquote von 6.7 %.

#### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	SwissDRG
---	----------

## 10 Operationen

### 10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

## 11 Infektionen

### 11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken 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. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen\*\*\*.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.swissnoso.ch](http://www.swissnoso.ch)

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	√		
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)	√	√	√
▪ Herzchirurgie	√		
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	√	√	√
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	√	√	√

**Messergebnisse**

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2016 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2016 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2016 (CI*)
			2013	2014	2015	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	87	1	0.00%	7.80%	5.90%	0.80% (0.00% - 2.70%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	152	24	20.70%	7.90%	15.30%	14.10% (8.60% - 19.60%)
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	54	6	8.33%	16.80%	15.70%	11.70% (3.20% - 20.30%)
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>						
*** Dickdarmoperationen (Colon)	32	4	25.00%	8.00%	9.70%	4.90% (0.00% - 12.30%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2014 – 30. September 2015

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen 2015 (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen 2015 (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % 2015 (CI*)
			2012	2013	2014	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>						
Herzchirurgie	277	3	1.80%	3.40%	2.90%	0.90% (0.00% - 2.10%)
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	123	0	1.10%	0.40%	0.00%	0.00% (0.00% - 3.00%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	88	2	0.00%	1.80%	2.70%	2.20% (0.00% - 5.30%)
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	131	3	1.32%	1.60%	0.50%	2.50% (0.00% - 5.20%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	70	2	1.12%	1.40%	0.80%	2.80% (0.00% - 6.70%)
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	153	1	1.96%	2.20%	0.60%	0.50% (0.00% - 1.70%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	80	0	1.04%	1.10%	0.80%	0.00% (0.00% - 0.00%)

\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung		
Auswertungsinstitut	Swissnoso	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten ( $\geq 16$ Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten ( $\leq 16$ Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

## 12 Stürze

### 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

[www.anq.ch](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	13	5	11	6
In Prozent	4.80%	1.90%	4.40%	2.30%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.1	-0.18	0.23	0
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	2	1	0	2
In Prozent	0.00%	0.00%	0.00%	2.00%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.04	-0.08	-0.13	0
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind	3	4	0	0
In Prozent	2.90%	5.90%	0.00%	0.00%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.07	0.11	-0.16	0

\* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die hier erfassten Daten der nationalen Prävalenzmessung Sturz für das Jahr 2016 sind über das Portal des Department of Health Services Research der Universität Maastricht in den Niederlanden zugänglich, das die Datenerhebung steuert. Sie wurden noch nicht durch die ANQ publiziert und sind daher mit Vorbehalt zu betrachten.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq 18</math> Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li> <li>▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	266	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.50%
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	99	Anteil in Prozent (Antwortrate)	85.50%
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	61	Anteil in Prozent (Antwortrate)	96.80%

## 13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

### 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: [www.anq.ch](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>						
Dekubitus- prävalenz	Total: Kategorie 2-4	4	2	9	7	2.50%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.12	-0.27	0.37	0	-
Prävalenz nach Entstehungs- ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	4	2	9	7	2.50%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.12	-0.27	0.37	0	-
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>						
Dekubitus- prävalenz	Total: Kategorie 2-4	3	0	1	2	1.90%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.03	-0.17	-0.06	0	-
Prävalenz nach Entstehungs- ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	3	0	1	2	1.90%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	0.03	-0.17	-0.06	0	-
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>						



Dekubitus- prävalenz	Total: Kategorie 2-4	1	0	0	0	0.00%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.08	-0.14	-0.23	0	-
Prävalenz nach Entstehungs- ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	0	0	0	0.00%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*	-0.08	-0.14	-0.23	0	-

\* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden.</li> <li>Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (<math>\leq 16</math> Jahre).</li> <li>Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
<b>Luzerner Kantonsspital, Luzern</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	281	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.50%
<b>Luzerner Kantonsspital, Sursee</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	107	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	85.50%
<b>Luzerner Kantonsspital, Wolhusen</b>			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	61	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	96.80%

## 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

### 14.1 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

#### 14.1.1 Häufigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen

Die Prävalenzmessung wurde durchgeführt, um die Häufigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen (FBM) als einen der pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu bewerten. Dabei wurde das etablierte, international verbreitete und erprobte Verfahren der Universität Maastricht (International Prevalence Measurement of Care problems), LPZ International angewandt. Dieses wurde auf der Grundlage der vorhandenen Instrumente/Richtlinien/internationalen Leitlinien unter Beteiligung verschiedener Fachexpertinnen und Fachexperten entwickelt.

Die Prävalenzmessung umfasst mehrere Teile. Erfasst werden:

1. Allgemeine Daten zum Spital (z.B. Spitaltyp, Strukturindikatoren auf Spitalebene)
2. Daten der teilnehmenden Stationen (z.B. Art der Station, Strukturindikatoren Station)
3. Patientendaten: allgemeine (z.B. Angaben zur Person, Diagnosen und Pflegeabhängigkeit) und spezifische Prozess- und Outcomeindikatoren zu Sturz und Dekubitus gemäss Messplan ANQ (inkl. Bereich Kinder und Jugendliche).

Die hier erfassten Daten der nationalen Prävalenzmessung FBM für das Jahr 2016 sind über das Portal des Department of Health Services Research der Universität Maastricht in den Niederlanden zugänglich, das die Datenerhebung steuert. Sie wurden noch nicht durch die ANQ publiziert und sind daher mit Vorbehalt zu betrachten.

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Sursee“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt.

Die Einschlusskriterien für die Datenerfassung im Jahr 2016 waren:

- > stationäre Patienten (inkl. Intensivpflege, Intermediate Care), über 18 Jahre alt (weibliche Patienten zwischen 16 und 18 Jahre auf freiwilliger Basis)
- > vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Patienten bzw. der vertretungsberechtigten Person.

Die Ausschlusskriterien waren:

- > stationäre Patienten, die ihr Einverständnis (mündlich) nicht abgegeben haben
- > Patientinnen und Säuglinge auf der Wochenbettstation
- > Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Die Häufigkeit freiheitsbeschränkender Massnahmen am Luzerner Kantonsspital wurde seit 2013 bestimmt und beträgt

9.4 % im Jahr 2013,

9,9 % im Jahr 2014,

8.6 % im Jahr 2015,

und 4,7 % im Jahr 2016 (448 untersuchte Patienten).

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	LPZ
Methode / Instrument	Prävalenzmessung LPZ 2.0



## 16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand

### 16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sprachlichen Behinderung, die Leistungsfähigkeit oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert und nicht risikobereinigte Werte (sog. Rohwerte) ohne Vergleichswert bedingt aussagekräftig sind, werden die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht nicht publiziert. Die Messergebnisse finden Sie in vergleichender Darstellung auf der ANQ Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Folgende Methoden/ Instrumente werden am Luzerner Kantonsspital in der neurologischen Rehabilitation angewandt:

- Functional Independence Measurement bei Ein- und Austritt
- Barthel-Index bei der Frührehabilitation
- LIMOS (Lucerne Multidisciplinary Observation Scale) bei Ein- und Austritt
- diverse Core Assessments (TUG, Chedoke, Nine Hole Peg Test, Apraxia Screen of TULIA, Stereognosis Test, GKS, CBS, LAST)

Angaben zur Messung		Luzerner Höhenklinik Montana	Luzerner Kantonsspital, Luzern
Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.		
Methode / Instrument	<b>Für die kardiale und pulmonale Rehabilitation.</b>		
	▪ 6-Minuten-Gehtest	√	
	▪ Fahrrad-Ergometrie	√	
	▪ MacNew Heart	√	
	▪ Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	√	
	▪ Feeling-Thermometer	√	
	<b>Für die muskuloskeletale und neurologische Rehabilitation.</b>		
	▪ Hauptziele (HZ) und Zielerreichung (ZE)	√	√
	▪ Functional Independence Measurement (FIM)	√	√
▪ Erweiterter Barthel-Index (EBI)	√	√	

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten.
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation.
	Einschlusskriterien der pädiatrischen Rehabilitation	Alle stationär behandelten Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation.
	Ausschlusskriterien der pädiatrischen Rehabilitation	Patienten der Erwachsenenrehabilitation.

## 18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Präventionsprojekt "Sicherheit bei Blasenkathetern"

Das Projekt wird am Standort Luzerner Kantonsspital, Luzern durchgeführt.

##### Projektart

Das Projekt "Sicherheit bei Blasenkathetern" ist ein Präventionsprojekt, das von der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (in Zusammenarbeit mit Swissnoso) lanciert wurde. Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) arbeitet als eines von sieben Pilotspitälern in diesem Projekt mit und setzt damit sein Programm zur Erhöhung der Patientensicherheit konsequent fort.

##### Projektziele

- Information und Sensibilisierung in Hinblick auf die mit Blasenkathetern verbundenen Risiken für den Patienten
- Vermittlung von Wissen über die sichere Anwendung von Blasenkathetern entsprechend den aktuellen Standards und Normen
- Reduktion der Anzahl von Katheter-assoziierten nosokomialen Infektionen und von nicht-infektiösen Komplikationen (durch Vermeidung unnötiger Katheterisierung und Minimierung der Liegedauer des Katheters)

##### Projekttablauf

Das Projekt ist in die folgenden Phasen unterteilt:

##### Phase 1 Baseline-Erhebung (Aug. – Okt. 2016)

Die aktuell gelebte klinische Praxis im Umgang mit Blasenkathetern wird bestimmt. Kenngrößen sind dabei die Häufigkeit von Blasenkathetern, die Liegedauer sowie die Katheter-assoziierten Komplikationen. Das Wissen, Verhalten sowie die Einstellungen und Werthaltungen des medizinischen Fachpersonals in Bezug auf Blasenkatheter werden durch eine anonyme Befragung ermittelt.

##### Phase 2 Interventionen (Nov. 2016 – Okt. 2017)

Die bewährten Massnahmen zur Vermeidung von Katheter-assoziierten Komplikationen am LUKS werden umgesetzt:

- Blasenkatheter nur dann legen, wenn aus medizinischer Sicht unumgänglich («seltener»)
- Liegedauer des Katheters auf das notwendige Mass beschränken («kürzer»)
- Pflegepersonal im Einlegen der Katheter trainieren («sicherer»)

##### Phase 3 Post-Surveillance (Aug. – Okt. 2017)

Die nach der Umsetzung der Massnahmen gelebte klinische Praxis im Umgang mit Blasenkathetern, das Wissen, Verhalten sowie die Einstellungen des medizinischen Fachpersonals werden anhand der gleichen Kenngrößen wie in Phase 1 ermittelt. Die Daten aus Phase 3 werden mit den Daten aus Phase 1 verglichen, um die Wirksamkeit der Interventionen zu bewerten.

##### Involvierte Berufsgruppen

Das Präventionsprojekt wird von einem interprofessionellen Team auf ausgewählten Stationen der Medizin, der Chirurgie und der Neuen Frauenklinik durchgeführt, das sich aus Vertretern der Ärzte, Pflege, QM und Spitalhygiene zusammensetzt. Es wird von Mitarbeitern des DRG&QRM sowie der

Infektiologie und Spitalhygiene geleitet und von Experten der Patientensicherheit Schweiz sowie der Swissnoso betreut.

## Projektelevaluation/ Konsequenzen

Kurz zusammengefasst sind die Resultate der Phase 1 Baseline-Erhebung am Luzerner Kantonsspital:

- Tiefe Katheternutzungsrate bezüglich Häufigkeit der Einlage (21 %) und der totalen Liegedauer (16 Kathetertage/ 100 Patiententage)
- Hoher Anteil indizierter Katheter (90 %)
- Häufigste Indikationen: Operation, Harnverhalt, Urinmonitoring
- Niedrige Rate nicht-infektiöser Komplikationen (0.24 % / 100 Patiententage), am häufigsten Makrohämaturie und Reinsertion innerhalb 24 h)
- Seltenes Auftreten von symptomatischen CAUTI

(siehe "Auswertung Baseline Surveillance Luzerner Kantonsspital – Executive Summary" vom 25.01.2017).

Die Resultate der Mitarbeiterbefragung in Phase 1 sind ebenfalls positiv, denn sie zeigen, dass die Mitarbeiter

- in Hinblick auf die mit Blasenkathetern verbundenen Risiken sensibilisiert sind;
- die Reduktion der Blasenkatheeter als wichtige und wirksame Massnahme zur Erhöhung der Patientensicherheit bewerten;
- Verstösse gegen Vorschriften oder Sicherheitsbedenken offen thematisieren können, ohne Sanktionen zu befürchten.

Folgende Massnahmen wurden umgesetzt:

1. Die Re-Evaluation des Katheters soll gemeinsam von Pflegemitarbeitern und Arztdienst im Rahmen der Morgen-Visite durchgeführt werden.
2. Eine Vorschrift zur Durchführung und Dokumentation der Re-Evaluation inkl. der Indikation des Blasenkatheters wurde erarbeitet und geschult.
3. Die Mitarbeiter des interdisziplinären Notfallzentrums (INZ, Ärzte und Pflege) wurden über die Massnahmen des Interventionsbündels informiert und in der Indikationsliste geschult. Die für das INZ benannte Nurse Champion begleitet und fördert die Umsetzung des Interventionsbündels.

### Weiterführende Links

<http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Pilotprogramme-progress--/progress---Blasenkatheetern/Vertiefungsprojekt.html>

## 18.1.2 Managementprogramm Herzinsuffizienz

Das Projekt wird am Standort Luzerner Kantonsspital, Luzern durchgeführt.

### Projektart

Qualitätsverbesserungsprojekt

### Hintergrundinformation

Die Herzinsuffizienz ist eine häufige chronische Erkrankung, die mit einer hohen Morbidität und Mortalität einhergeht. Die Prävalenz nimmt kontinuierlich zu, einerseits aufgrund der demographischen Entwicklung, andererseits wegen des verbesserten Überlebens kardiovaskulärer Erkrankungen. In den letzten Jahren behandelte das LUKS durchschnittlich 450 Patienten pro Jahr mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz. Dabei werden die Empfehlungen internationaler kardiologischer Fachgesellschaften (wie z.B. der European Society of Cardiology, ESC) im klinischen Alltag ungenügend umgesetzt, wie z.B. die systematischen Herzinsuffizienz-Behandlungsprogramme. Diese Programme haben sich als den bisherigen, unorganisierten Behandlungen als überlegen erwiesen. Eine spezialisierte Betreuung kann gemäss Literatur die Mortalität um 25% und die Hospitalisationsrate um 26% senken.

### Projektziele

In der Kardiologie am LUKS soll ein auf die lokale Situation angepasstes Herzinsuffizienz-Managementprogramm am LUKS gemäss den Vorgaben der ESC eingeführt werden. Die Ziele eines solchen sind:

- Senkung der Mortalität
- Verminderung der Re-Hospitalisationsrate
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Patientenschulung
- Verbesserung der Diagnostik und Therapie

### Projekttablauf/ Methodik

Basierend auf einer Soll-/Ist Analyse wurde ausgearbeitet, welche Veränderungen nötig sind, um ein Herzinsuffizienzprogramm am LUKS aufzubauen und die Zielsetzungen zu erreichen:

- Designierte Ansprechpersonen in der Kardiologie
- Strukturierte umfassende Abklärung und Therapie gemäss Leitlinien
- nahtlose Betreuung über die gesamte Behandlungskette durch ein spezialisiertes Team
- Qualitätskontrolle mittels Audit

Das Programm soll in zwei Phasen am LUKS Luzern eingeführt werden. Zuerst wird im stationären Bereich eine tägliche spezialärztliche Visite, sowie Patientenberatung und verbesserte Austrittsplanung eingeführt. Im Verlauf soll eine Herzinsuffizienzsprechstunde aufgebaut werden, um die Patientenschulung fortzusetzen, den adäquaten Ausbau der Therapie zu gewährleisten und erneute Dekompensationen frühzeitig zu erkennen. Einige Schlüsselkomponenten eines Herzinsuffizienz-Behandlungs-Programms sind bereits vorhanden und bilden gute Voraussetzungen, ein solches innert nützlicher Frist einzuführen.

Der Nachweis einer Qualitätsverbesserung wird die Akzeptanz erhöhen und eine Ausweitung auf weitere Standorte des LUKS soll in der Zukunft geprüft werden.

Um die Qualität der Diagnostik und Therapie messbar zu machen, wird im KIS ein Tool zur Datenerhebung und -analyse entwickelt und implementiert. Zieltermin ist Mitte des Jahres 2017. Nach dem Go-Live wird das Tool im Arbeitsalltag eingesetzt und ggf. in Hinblick auf Arbeitseffizienz optimiert. Die erfassten Daten werden exportiert und statistisch ausgewertet.



**Involvierte Berufsgruppen**

Kardiologie (Ärzte und Pflege), Informatik, QM

**Weiterführende Unterlagen**

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 (European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847 doi:10.1093/eurheartj/ehs104)

### 18.1.3 Frühwarnsystem

Das Projekt wird an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt.

#### Projektstart

Vielen innerklinischen Todesfällen und ungeplanten Verlegungen auf die Intensivstation geht eine langsame, aber progrediente gesundheitliche Verschlechterung des Patienten auf peripheren Bettenstationen voraus, die vom medizinischen Personal nicht immer rechtzeitig erkannt wird. Ein Frühwarnsystem soll Abhilfe schaffen, in dem es auf der Grundlage von systematisch erfassten Basisparametern der Vitalfunktionen einen Frühwarnscore errechnet und dem medizinischen Personal anzeigt.

In Schweizer Kliniken sind Frühwarnsysteme weitgehend unbekannt bzw. werden nicht systematisch angewendet. Internationale Empfehlungen für die Implementierung dieser Frühwarnsysteme basieren auf etablierten Scores, wie dem Modified Early Warning Score (MEWS). In enger Zusammenarbeit mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz evaluiert das Luzerner Kantonsspital als Pilotspital die Anwendung des validierten MEWS im Klinikalltag unter den lokalen Bedingungen. Stationäre Patienten auf dem 6.Stock des Spitals Wolhusen, des 9. Stock Chirurgie und von 14 Ost Medizin in Luzern sind in das viermonatige Pilotprojekt involviert.

#### Projektziel

1. Publikation der Erfahrungen, welche bei der Anwendung des Frühwarnsystems gemacht werden, und der Empfehlungen für die Implementierung und Anwendung in Schweizer Spitälern (Stiftung Patientensicherheit).
2. Quantitative Auswertung des MEWS auf seine diagnostische Aussagekraft (z.B. Sensitivität) unter lokalen Bedingungen bezüglich des Endpunktes der ungeplanten Verlegung auf die Intensivstation.
3. Evaluierung, ob und in welcher Form ein Frühwarnsystem am Luzerner Kantonsspital umgesetzt werden soll.

#### Projekttablauf / Methodik

##### 1. Vorbereitungen (ca. Juni – Oktober 2016)

- Gespräche mit den involvierten Abteilungen, Adaption des Frühwarnsystems auf die lokalen Gegebenheiten.

##### 2. Testphase (November 2016 – März 2017)

- 4-monatige Testphase mit Einschluss und Überwachung der stationären Patienten. Datensammlung bzgl. der Endpunkte.

##### 3. Fokusgruppeninterviews, Umfrage, Datenauswertung (April – Juni 2017)

- Umfrage bei den beteiligten Fachpersonen durch das Qualitätsmanagement.

##### 4. Publikation, Entscheid Weiterführung

- Publikation der Resultate durch die Stiftung Patientensicherheit.
- Entscheidung, ob Weiterführung am LUKS sinnvoll.

#### Involvierte Berufsgruppen

Pflegepersonal und ärztliches Personal auf Bettenstationen, Begleitung und Überwachung durch

Qualitätsmanagement und Stiftung Patientensicherheit.

#### **Weiterführende Literatur**

- Van Galen LS, Struik PW, Driesen BEJM et al. Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. PLoS ONE 2016; doi:10.1371/journal.pone.0161393
- Gardner-Thorpe J, Love N, Wrightson J et al. The value of modified early warning score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. Ann R Coll Surg Engl 2006;88:571-575.
- Churpek MM, Yuen TC, Edelson DP. Risk stratification of hospitalized patients on the wards. CHEST 2013; 143(6):1758-65

#### **18.1.4 Patientencoach**

Das Projekt wird am Standort Luzerner Kantonsspital, Luzern durchgeführt.

#### **Projektziel**

Das Projekt "Patientencoach" verfolgt das Ziel, besser zu verstehen, wie Patienten die Abläufe bei der Aufnahme, Untersuchung und Behandlung im Spital sowie ihren Austritt erleben und welche Bedürfnisse sie in Hinblick auf den Spitalaufenthalt bzw. die Zeit danach haben. Es soll ein möglichst realistisches Bild der Qualität der aktuell gelebten Patienten-bezogenen Prozesse gewonnen werden. Die dabei identifizierten Schwachstellen in den Abläufen und der Kommunikation werden als Ausgangsbasis für gezielte Verbesserungsmassnahmen genutzt, um die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen.

#### **Projekttablauf/ Methodik**

Der sog. Patientencoach ist ein Mitarbeiter des Qualitäts- und Riskmanagements, der den stationären Patienten - sein Einverständnis vorausgesetzt - vom Eintritt bis zum Austritt als neutrale und wertungsfreie Person begleitet. Er nimmt dabei die Rolle eines Beobachters ein, der die Ereignisse, Reaktionen, Vorfälle usw. registriert und dokumentiert.

Der Patientencoach analysiert die gesammelten Daten und Informationen und diskutiert das Ergebnis der Analyse mit Vertretern der betroffenen Kliniken, um Verbesserungsmassnahmen zu erarbeiten. Es wurden Patienten mit halbprivater oder privater Krankenversicherung an drei Kliniken des LUKS ausgewählt und angefragt, bei denen unkomplizierte Eingriffe durchgeführt wurden und deren Spitalaufenthalt kurz war.

#### **Involvierte Berufsgruppen**

Ärzte, Pflege, Therapeuten, Administration

#### **Projektelevaluation/ Konsequenzen**

Die Daten von sieben Patientencoachings liegen vor und werden zur Zeit ausgewertet. Eine erste Analyse der Daten zeigt, dass sie geeignet sind, gezielte und mit wenig Aufwand realisierbare Verbesserungsmassnahmen festzulegen und umzusetzen.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

### 18.2.1 Sichere Chirurgie - SURPASS

Das Projekt wurde an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Sursee“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt.

#### Projekt „Sichere Chirurgie“ - SURPASS

##### Hintergrundinformation

Ob im Flugzeug oder im OP: Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler, die im schlimmsten Fall Leben kosten können. Um sie zu vermeiden, werden Checklisten nicht nur in der Aviatik, sondern auch in der Chirurgie als nachweislich bewährtes Instrument eingesetzt. Richtig implementiert und verwendet tragen Checklisten entscheidend dazu bei, schwerwiegende seltene Ereignisse (sog. „Never-Events“) wie Seitenverwechslungen oder unbeabsichtigtes Zurücklassen von Operationsmaterial im Körper des Patienten zu verhindern.

##### Projektziel

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) will die Sicherheit chirurgischer Eingriffe erhöhen und dabei eine Vorreiterrolle in der Schweiz einnehmen. An den chirurgischen Kliniken soll eine elektronische Checkliste nach dem Vorbild der WHO Patient-Safety Checklist für Surgery implementiert und geschult werden, die in das Klinikinformationssystem integrierbar ist und den chirurgischen Behandlungsprozess praxistauglich unterstützt.

##### Involvierte Berufsgruppen

Ärzte, Pflege, Qualitätsmanagement, Informatik

##### Umsetzung des Projekts

###### 1. Auswahl der geeigneten elektronischen Checkliste

SURPASS stellt das derzeit umfassendste Checklistensystem dar, das von Chirurgen am Academic Medical Center Amsterdam (AMC) in Zusammenarbeit mit dem Softwarehersteller Middletree entwickelt worden ist. Es deckt nicht nur die intraoperativen Arbeitsabläufe (Sign-In, Team-Time-Out, Sign-Out) ab wie die mittlerweile breit angewandte WHO Checkliste, sondern auch die prä- und postoperative Phase. Dadurch kann die Häufigkeit der zu 50 – 70 % ausserhalb des Operationssaals verursachten Fehler reduziert werden. Die Wirksamkeit dieses multidisziplinären Checklistensystems wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien nachgewiesen: Komplikations- und Mortalitätsrate sanken mit der Einführung der Checkliste um ca. 50 %.

###### 2. Erstellung, Implementierung und Schulung der SURPASS Checkliste

Nach der Erstellung und Digitalisierung der Checkliste sowie der Adjustierung der im klinischen Alltag verwendeten IT-Software für SURPASS wurden umfassende Mitarbeiterschulungen und – coachings durchgeführt. Schliesslich wurde SURPASS auf dem Test- und dem Produktivserver implementiert.

###### 3. Erprobung und Optimierung der SURPASS Checkliste

Das Tool wurde im klinischen Alltag eingesetzt. Design sowie die Anwendung wurden mit Hilfe von Mitarbeiterbefragungen, Experteninterviews und Audits evaluiert. Auf Basis der Ergebnisse dieser Evaluation wurde die Checkliste immer wieder überarbeitet und auf die Unterstützung der klinischen Prozesse hin optimiert. Die konsequente Reduktion von formalen und inhaltlichen Redundanzen sowie die Vermeidung von Überimplementierung erhöhte die Compliance der Mitarbeiter an allen

Schnittstellen auf ca. 90 %.

#### 4. Einbau der IT-Schnittstelle zur elektronischen OP-Anmeldung und Go-Live

Um die konsequente Bearbeitung der Checklisten durchzusetzen, wurde die „STOP-Regel“ bei elektiven Patienten an der OP-Schleuse eingeführt und intensiv geschult. Die „STOP-Regel“ bedeutet, dass der Patient solange in der Schleuse verbleibt, bis alle präoperativen Checklisten vollständig und korrekt ausgefüllt sind. Die anfänglich dadurch ausgelösten prozessbezogenen Störungen und Verzögerungen konnten innerhalb eines Jahres signifikant reduziert werden. Durch Kopplung der SURPASS Checkliste an die elektronische OP-Anmeldung wurde nochmals eine entscheidende Effizienzsteigerung erreicht. Mit der Erfassung des elektiven chirurgischen Eingriffs im System wird automatisch die entsprechende SURPASS Checkliste zur weiteren Bearbeitung angelegt.

### **Bewertung des Projekts**

In einer retrospektiven Studie wurde die Wirksamkeit des SURPASS Checklistensystems auf Basis eines Vergleichs von Prozessindikatoren vor und nach der Implementierung an den chirurgischen Kliniken des LUKS bewertet. Der Fokus lag dabei auf der Häufigkeit von Störungen in prä-operativen Prozessen, die einen besonders negativen Effekt auf die Patientensicherheit haben. Die Studie zeigt, dass die Prozess-Störungen „Seitenangabe im OP-Programm unvollständig/ fehlend“, „Lagerung im OP-Programm unklar definiert“, „OP-Technik unklar“ und „Fehlende/ unklare Seitenmarkierung am Patienten“ durch die SURPASS Checklisten markant reduziert wurden. Eine wesentliche Voraussetzung für diesen positiven Effekt waren nicht nur die Mitarbeitercompliance und intensive Schulungen, sondern auch die möglichst nahtlose Integration der Checklisten in die Arbeitsabläufe bei gleichzeitig minimalem (Zusatz-)Aufwand für das Personal.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung Traumanetzwerk Zentralschweiz

Die Zertifizierung wird an den Standorten „Luzerner Kantonsspital, Luzern“, „Luzerner Kantonsspital, Sursee“, „Luzerner Kantonsspital, Wolhusen“ durchgeführt.

#### Hintergrundinformation

Das Überleben von Schwerverletzten hängt nicht nur davon ab, ob der Rettungsdienst sie direkt und rasch in das nächstgelegene Spital transportiert ("golden hour of shock"). Die Eignung des aufnehmenden Spitals ist gemäss Literatur ein zweiter entscheidender Faktor. Die Versorgung von polytraumatisierten Patienten erfordert also eine sehr gute Kooperation und Koordination zwischen Rettungsdiensten und den Spitälern sowie standardisierte und evidenz-basierte Abläufe in Diagnostik und Therapie. Um dieses Ziel zu erreichen, hat sich die Etablierung eines sog. Traumanetzwerks, (TNW) nachweislich bewährt, ein Konzept, das durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) im Jahr 2009 eingeführt wurde. Es umfasst einen regionalen Verbund von mindestens sechs zertifizierten Spitälern, den Traumazentren. Jedes Traumazentrum hat in Vor-Ort-Begehungen durch unabhängige Experten nachgewiesen, dass seine personellen, strukturellen und apparativen Ressourcen für die Schwerverletztenversorgung den Anforderungen DGU entsprechen. Je nach Leistung bzw. Ausstattung werden drei Versorgungsstufen unterschieden:

<b>Überregionale</b> Traumazentren (ÜTZ)	umfassende Behandlung aller Mehrfach- und Schwerverletzten, insbesondere solcher mit außergewöhnlich komplexen oder seltenen Verletzungsmustern
<b>Regionale</b> Traumazentren (RTZ)	umfassende Notfall- und Definitiv-Versorgung von Schwerverletzten unter Vorhaltung ausreichender Intensiv- und Operationskapazitäten
<b>Lokale</b> Traumazentren (LTZ)	adäquate Erstbehandlung und zielgerichtete Weiterleitung von Schwerverletzten (Aufnahmeverpflichtung)

#### Projektziel

- Etablierung und Zertifizierung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz
- Garantierte Aufnahme von Schwerverletzten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr
- Vereinbarung von Kriterien über die Zuweisung eines Schwerverletzten in eines für sein Verletzungsmuster geeignetes Traumazentrum innerhalb von rund 30 Minuten
- Behandlung aller Schwerverletzten nach den Algorithmen evidenzbasierter Leitlinien, u.a. entsprechend der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletztenversorgung der DGU.
- Eingabe von Behandlungsdaten ins TraumaRegister DGU®, um die Versorgungsqualität und medizinische Behandlungsmethoden auf ihre Effektivität hin zu bewerten
- Höhere Qualifikation durch Hospitationen, Austauschprogramme und gezielte Fort- und Weiterbildungsprogramme

#### Projekttablauf/ Methodik

Gründung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz unter Federführung von Prof. Dr. R. Babst bestehend aus den Spitälern Luzerner Kantonsspital Luzern (LUKS), Luzerner Kantonsspital Sursee und Wolhusen, dem Zuger Kantonsspital AG, Kantonsspital Nidwalden, Kantonsspital Obwalden, Spital Schwyz, Kantonsspital Uri und Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil	August 2016
Zertifizierung der lokalen Traumazentren Sursee und Wolhusen	Sept. 2016
Re- Zertifizierung des überregionalen Traumazentrums Luzerner Kantonsspital Luzern	Nov. 2016
Zertifizierung des regionalen Traumazentrums Kantonsspital Uri	Dez. 2016
Zertifizierung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz	Febr. 2017

### **Involvierte Berufsgruppen**

Ärzte, Pflege, Rettungsdienst, Qualitätsmanagement

### **Umsetzung des TraumaNetzwerks**

Die Spitäler des TNW arbeiten untereinander und mit dem Rettungsdienst partnerschaftlich zusammen. Sie haben die Kriterien zur Aufnahme und Verlegung von schwerverletzten Patienten vertraglich miteinander vereinbart. Dadurch werden unnötige Weiterverlegungen vermieden und es wird eine rasche, optimale Versorgung des Patienten sichergestellt. Das zentral organisierte Rettungswesen ist in die Kommunikation und Kooperation des TNW integriert. Es wird über eine einheitliche Telefonnummer alarmiert und transportiert Schwerverletzte rasch zum nächstgelegenen geeigneten Spital. Dort stehen ein interdisziplinäres Team erfahrener Ärzte und Pfleger sowie modernste Diagnostikmethoden wie z.B. eFAST-Sonographie, Ganzkörper-CT oder interventionelle Radiologie rund um die Uhr zur Verfügung. Die Behandlung erfolgt gemäss TNW-weit abgestimmten, evidenz-basierten Versorgungsstandards, die der S3 Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung (DGU) entsprechen. Erforderliche Kapazitäten im OP oder auf der Intensivstation sind gewährleistet. Bei Bedarf können weitere Spezialisten wie z.B. Neuro-, Wirbelsäulen-, Herz- oder plastische Chirurgen hinzugezogen werden. In Konsilien und Beratungen werden Daten elektronisch über das Bildablage- und Kommunikationssystem PACS (Picture Archiving and Communication System) zwischen den Spitälern ausgetauscht. Darüberhinaus wird der seit vielen Jahren bestehende kollegiale fachliche Austausch zwischen den Traumatologie-Experten der verschiedenen Spitäler im Rahmen von Qualitätszirkeln des TNW und anderen Veranstaltungen fortgeführt bzw. intensiviert. Die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität erfolgt auf Basis von vordefinierten Kenngrößen der Schwerverletztenversorgung, die über das TraumaRegister DGU in standardisierter und strukturierter Form erfasst werden. Abweichungen der Kenngrößen vom Soll bzw. vom erwarteten Wert sind Motor des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das TraumaRegister ermöglicht ausserdem den Vergleich der Versorgungsqualität zwischen den Spitälern und mit Spitälern in Deutschland, Österreich oder Holland (Benchmark).

### **Bewertung des TraumaNetzwerks**

Grundvoraussetzung für die Verwendung der TraumaRegister zur Qualitätssicherung ist jedoch eine hohe Datenqualität. Daraufhin wird an den teilnehmenden Spitälern des TNW gearbeitet – mit Erfolg, wie erste Analysen der Daten des Jahres 2016 zeigen. Die für das überregionale Traumazentrum Kantonsspital Luzern im TraumaRegister der DGU eingegebenen Daten zeigen, dass ca. 230 schwerverletzte Patienten behandelt wurden. Fast 90 % der Verletzungen wurden durch Verkehrsunfälle und Stürze verursacht. Die durchschnittliche Verletzungsschwere der Patienten liegt bei einem ISS Score von 23,4. Gemäss der Analyse der Daten aus den vergangenen zwei Jahren sind der Kopf (ca. 53 %), der Thorax (ca. 40 %) und die Extremitäten (ca. 28 %) die von relevanten Verletzungen (AIS (abbreviated injury score) 3+) am häufigsten betroffenen Körperregionen. In einem Drittel der Fälle ist mehr als eine Körperregion betroffen.

Die Analyse der Daten auf TNW-Ebene hat ergeben, dass im Jahr 2016 42 Patienten von den teilnehmenden Spitälern des TNW an das überregionale Traumazentrum Luzerner Kantonsspital Luzern verlegt wurden. 24 Patienten wurden zur Weiterbehandlung an andere Spitäler verlegt, 15 davon an Spitäler des TNW. Die wenigen Fälle von Kapazitätsengpässen konnten durch Weiterverlegung innerhalb des TNW aufgefangen werden. Folglich wird die Netzwerkstruktur jetzt gelebt.

Vertiefte Analysen der Daten der TraumaRegister in Hinblick auf die Qualität der Versorgung schwerverletzter Patienten in der präklinischen, der Schockraum- und der OP-Phase sowie in Hinblick auf das Outcome und die Prognosen sind für das TNW Zentralschweiz gegen Ende des Jahres 2017 geplant. Die positiven Rückmeldungen des Rettungsdienstes zur Qualität der Schockraumversorgung (in mindestens 80 % der Einsätze mit "gut" bis "sehr gut" bewertet) zeugen von dem bereits erreichten hohen Standard.

#### **Weiterführende Unterlagen (Quellen, Links,...)**

1. J. Trauma Acute Care Surgery 2012; 72: 1510-5
2. Acad Emerg Med 2010; 17: 1223-32
3. J. Trauma 2009; 66: 1321-6
4. TraumaNetzwerk DGU – Flächendeckende Verbesserung der Schwerverletztenversorgung in Deutschland (S. Ruchholtz, MSD Gesundheit)
5. S3 Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung DGU (Okt. 2016)
6. swiss knife 2012, 4.
7. DGU Weissbuch Schwerverletztenversorgung (2. erw. Auflage, 2012)



## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Luzerner Kantonsspital hat seine Qualitätsziele im Jahr 2016 erreicht. Dazu gehören u.a. die stabil niedrige Rehospitalisationsquote von nur 2.4 % (Durchschnitt Schweiz 6,7%), der Peer Review im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die Umsetzung von Projekten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz (Bsp.: „progress! Sicherheit bei Blasenkathetern“) oder die erfolgreiche Zertifizierung des Altersunfallzentrums bzw. des TraumaNetzwerks Zentralschweiz. Im Projekt „Patienten-Coach“ steht der Patient unmittelbar im Fokus: Ausgewählte Patienten werden während der gesamten Hospitalisation und zu allen Untersuchungen begleitet. So kann man Verbesserungspotenziale aus Patientensicht erkennen und anschliessend direkt und unkompliziert verwirklichen.

In punkto Patientensicherheit und -zufriedenheit bleibt das LUKS auch in Zukunft am Ball: Das Digitalisierungsprojekt LuKIS wird den Weg für die Entwicklung eines patientenzentrierten Qualitätsmanagements mit standardisierten Abläufen und transparenten Qualitätsmessungen über die gesamte Behandlungskette ebnen – und damit die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität des Patienten vorantreiben.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinformation.ch](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen	Luzerner Kantonsspital, Luzern	Luzerner Kantonsspital, Sursee	Luzerner Kantonsspital, Wolhusen
<b>Basispaket</b>			
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	√	√	√
<b>Haut (Dermatologie)</b>			
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	√	√	√
Dermatologische Onkologie	√	√	√
Schwere Hauterkrankungen	√	√	√
Wundpatienten	√	√	√
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>			
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	√	√	√
Hals- und Gesichtschirurgie	√	√	√
Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)	√	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	√	√	√
Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	√	√	√
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	√	√	√
Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung	√	√	√
Cochlea Implantate (IVHSM)	√	√	√
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	√	√	√
Kieferchirurgie	√	√	√
<b>Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)</b>			
Neurochirurgie	√	√	√
Spezialisierte Neurochirurgie	√	√	√
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>			
Neurologie	√	√	√
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	√	√	√
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)	√	√	√
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)	√	√	√
Epileptologie: Komplex-Diagnostik	√	√	√
<b>Augen (Ophthalmologie)</b>			

Ophthalmologie	√	√	√
Strabologie	√	√	√
Orbitaprobleme	√	√	√
Lid- / Tränenapparat- und plastische Probleme	√	√	√
Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inkl. Hornhauttransplantation)	√	√	√
Glaukom	√	√	√
Katarakt	√	√	√
Glaskörper/Netzhautprobleme	√	√	√
<b>Hormone (Endokrinologie)</b>			
Endokrinologie	√	√	√
<b>Magen-Darm (Gastroenterologie)</b>			
Gastroenterologie	√	√	√
Spezialisierte Gastroenterologie	√	√	√
<b>Bauch (Viszeralchirurgie)</b>			
Viszeralchirurgie	√	√	√
Grosse Pankreaseingriffe	√	√	√
Grosse Lebereingriffe	√	√	√
Oesophaguschirurgie	√	√	√
Bariatrische Chirurgie	√	√	√
Tiefe Rektumeingriffe	√	√	√
<b>Blut (Hämatologie)</b>			
Aggressive Lymphome und akute Leukämien	√	√	√
Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	√	√	√
Indolente Lymphome und chronische Leukämien	√	√	√
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	√	√	√
Autologe Blutstammzelltransplantation	√	√	√
<b>Gefässe</b>			
Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	√	√	√
Interventionen periphere Gefässe (arteriell)	√	√	√
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	√	√	√
Interventionen intraabdominale Gefässe	√	√	√
Gefässchirurgie Carotis	√	√	√
Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	√	√	√
Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe	√	√	√
Interventionen intrakranielle Gefässe	√	√	√
Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	√	√	√
<b>Herz</b>			
Einfache Herzchirurgie	√	√	√
Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	√	√	√
Koronarchirurgie (CABG)	√	√	√
Komplexe kongenitale Herzchirurgie	√	√	√
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	√	√	√
Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	√	√	√
Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	√	√	√
Elektrophysiologie (Ablationen)	√	√	√
Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	√	√	√
<b>Nieren (Nephrologie)</b>			
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	√	√	√

<b>Urologie</b>			
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√	√
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	√	√	√
Radikale Prostatektomie	√	√	√
Radikale Zystektomie	√	√	√
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	√	√	√
Isolierte Adrenalektomie	√	√	√
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	√	√	√
Plastische Rekonstruktion der Urethra	√	√	√
Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	√	√	√
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>			
Pneumologie	√	√	√
Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	√	√	√
Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	√	√	√
Cystische Fibrose und komplexe Diagnostik / Therapie bei Primärer Pulmonaler Hypertonie	√	√	√
Polysomnographie	√	√	√
<b>Lunge chirurgisch (Thoraxchirurgie)</b>			
Thoraxchirurgie	√	√	√
Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	√	√	√
Mediastinaleingriffe	√	√	√
<b>Transplantationen</b>			
Transplantationen solider Organe (IVHSM)	√	√	√
<b>Bewegungsapparat chirurgisch</b>			
Chirurgie Bewegungsapparat	√	√	√
Orthopädie	√	√	√
Handchirurgie	√	√	√
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	√	√	√
Arthroskopie des Knies	√	√	√
Rekonstruktion obere Extremität	√	√	√
Rekonstruktion untere Extremität	√	√	√
Wirbelsäulenchirurgie	√	√	√
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	√	√	√
Knochentumore	√	√	√
Replantationen	√	√	√
<b>Rheumatologie</b>			
Rheumatologie	√	√	√
Interdisziplinäre Rheumatologie	√	√	√
<b>Gynäkologie</b>			
Gynäkologie	√	√	√
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	√	√	√
Maligne Neoplasien der Zervix	√	√	√
Maligne Neoplasien des Corpus uteri	√	√	√
Maligne Neoplasien des Ovars	√	√	√
Maligne Neoplasien der Mamma	√	√	√
<b>Geburtshilfe</b>			
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	√	√	√
Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	√	√	√

Spezialisierte Geburtshilfe	√	√	√
<b>Neugeborene</b>			
Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und >= 2000g)	√	√	√
Neonatalogie (Level IIB, ab 32. SSW und >= 1250g)	√	√	√
Spezialisierte Neonatalogie (Level III)	√	√	√
<b>Strahlentherapie ((Radio-)Onkologie)</b>			
Onkologie	√	√	√
Radio-Onkologie	√	√	√
Nuklearmedizin	√	√	√
<b>Schwere Verletzungen</b>			
Unfallchirurgie (Polytrauma)	√	√	√
Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	√	√	√
Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	√	√	√

### Bemerkungen

Die Anzahl der ambulanten Patientenkontakte (N = 596798) sowie die Anzahl der stationären Patienten (N = 42760) sind gegenüber dem Vorjahr 2015 angestiegen. Der seit Jahren zu beobachtende Trend hält also weiterhin an.

### Rehabilitation

#### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	Luzerner Höhenklinik Montana	Luzerner Kantonsspital, Luzern
Geriatrische Rehabilitation		s
Internistische Rehabilitation	a,s	s
Kardiovaskuläre Rehabilitation	a,s	a,s
Muskuloskelettale Rehabilitation	a,s	a,s
Neurologische Rehabilitation		a,s
Onkologische Rehabilitation		s
Psychosomatische Rehabilitation	a,s	s
Pulmonale Rehabilitation	a,s	s

a = ambulant, s = stationär

## Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** 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 Pflage tage) 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 Pflage tage geringere Austrittszahlen.

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

Angebote ne stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflage tage
Internistische Rehabilitation	0.00	54	1403
Kardiovaskuläre Rehabilitation	0.00	173	4053
Muskuloskelettale Rehabilitation	0.00	124	3512
Neurologische Rehabilitation	5.00	390	11382
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	238	7002
Pulmonale Rehabilitation	0.00	234	6528

### Bemerkungen

In der oben stehenden Tabelle sind die Daten zur Rehabilitation am Standort Luzern (Neurologische Rehabilitation) sowie am Standort Montana (internistische, kardiovaskuläre, muskoskelettale, psychosomatische und pulmonale Rehabilitation) für das Jahr 2016 angegeben.

Die Anzahl der Behandlungen in der neurologischen Rehabilitation am Standort Luzern liegt pro Tag und Patient im Schnitt bei 5.

Die Patienten werden bei der Rehabilitation einer Vielzahl an Therapien unterzogen, die nicht bzw. nicht sinnvoll in Form einer durchschnittlichen Anzahl an Behandlungen/ Sitzungen angegeben werden kann. Daher wurde in der Datentabelle eine "0" in der entsprechenden Spalte eingegeben.

## Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

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

Angebote ambulante Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Patient	Anzahl Konsultationen
Neurologische Rehabilitation	5.00	8000
Psychosomatische Rehabilitation	0.00	100

### Bemerkungen

#### Luzerner Höhenklinik Montana

Die ambulanten Leistungen können nicht nach Fachbereichen aufgeschlüsselt werden. Insgesamt wurden 908 ambulante Patienten im Jahr 2016 behandelt und 1192 Konsultationen geleistet.

#### Luzerner Kantonsspital Luzern

Nach der stationären neurologischen Rehabilitation im LUKS Luzern erfolgt die weitere ambulante neurologische Rehabilitation in der Tagesklinik und/oder in ambulanten neurorehabilitativen Sprechstunden des Zentrums für Neurologie und Neurorehabilitation (ZNN) des LUKS.

Die durchschnittliche Anzahl an Behandlungen in der neurologischen Rehabilitation pro Tag und Patient liegt in der Tagesreha bei 5, in der ambulanten Reha bei 1,5.

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre strong>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 unmittelbarere, 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, nach Bedarf mit **externen Spezialisten** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
<b>Luzerner Höhenklinik Montana</b>		
Kantonsspital Sion	Intensivstation in akutsomatischem Spital	25 km
Kantonsspital Sierre	Notfall in akutsomatischem Spital	12 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Dr. med. C. Vaney (Berner Klinik Montana)	Neurologie
Dr. med. J. Volken (Kantonsspital Sierre)	Rheumatologie
Dr. med. G. de Sépibus (Kantonsspital Sion)	Kardiologie
Dr. med. P. Hildebrand (Brig)	Kardiologie
Dr. med. H. Erpen (Visp)	Psychosomatik
Akutgeriatrie Wolhusen	Sprachtherapie



## 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/dienstleistungen/qualitaet\\_patientensicherheit/qualitaetsbericht](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht)



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

## Beteiligte Gremien und Partner



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/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).