



Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Tel. 041 205 11 11 (Zentrale)

Fax 041 205 44 11 (Zentrale)

	
Akutsomatik	Rehabilitation

Qualitätsbericht 2010 (V 4.0)

Nach den Vorgaben von H+ qualité® sowie den Kantonen Bern und Basel-Stadt

H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+ Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+ Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010.....	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	6
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot.....	7
C1	Angebotsübersicht.....	7
C2	Kennzahlen Akutsomatik 2010	9
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2010.....	10
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation	10
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz.....	11
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation).....	12
C4-4	Personelle Ressourcen.....	12
D	Qualitätsmessungen	13
D1	Zufriedenheitsmessungen	13
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	13
D1-2	Angehörigenzufriedenheit	16
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	18
D1-4	Zuweiserzufriedenheit.....	21
D2	ANQ-Indikatoren.....	22
D2-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape.....	22
D2-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape	23
D2-3	Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO.....	23
D2-4	Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)	25
D3	Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010	26
D3-1	Infektionen (andere als mit SwissNOSO)	26
D3-2	Stürze.....	27

D3-3	Dekubitus (Wundliegen).....	27
D3-4	Freiheitseinschränkende Massnahmen	28
D3-5	Dauerkatheter	28
D3-6	Weiteres Messthema	29
D4	Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	31
E	Verbesserungsaktivitäten und -projekte.....	32
E1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards	32
E2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte.....	33
E3	Ausgewählte Qualitätsprojekte	37
F	Schlusswort und Ausblick	38
G	Impressum	39
H	Anhänge.....	40

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

A

Einleitung

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und umfasst das Zentrumsspital Luzern, die beiden Grundversorgungsspitäler Sursee und Wolhusen sowie die Luzerner Höhenklinik Montana. Im LUKS sorgen ca. 5'500 Mitarbeitende für das Wohl der Patienten. Es versorgt ein Einzugsgebiet mit 500'000 Einwohnern (889 Akutbetten) und behandelt jährlich 36'000 stationäre und 140'000 ambulante Patienten. Das Zentrumsspital der Zentralschweiz ist das grösste nichtuniversitäre Spital der Schweiz.

Das LUKS sieht Qualität als strategischen Faktor. Ab 2012 wird die freie Spitalwahl und SwissDRG Realität werden. Unter SwissDRG werden Wiedereintritte nicht mehr vergütet. Das LUKS stellt sich dieser Herausforderung bereits heute. Es hat als erstes Spital der Schweiz das neue System SwissDRG parallel zu den Tagespauschalen im Sinn eines Pilotprojekts für die Jahre 2010/2011 eingeführt und ist auf die schweizweite Umsetzung ab 2012 vorbereitet.

B

Qualitätsstrategie

B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die strategische Ausrichtung ist in der Gesamtunternehmensstrategie des LUKS definiert.

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

- Entwicklung und Etablierung eines einheitlichen, standortübergreifenden und interdisziplinären Qualitäts- und Riskmanagements unter Festlegung einer Qualitäts- und Sicherheitsplanung.
- Unterstützung der Leistungserbringer des LUKS in den Bereichen Qualitätsverbesserung, -sicherung, -planung und -lenkung.
- Umsetzung von Qualitätsinterventionen am LUKS zur kontinuierlichen Verbesserung und Erhaltung einer hohen Versorgungsstruktur, Prozess- und Behandlungsqualität. Dies umfasst beispielsweise die Erfüllung von Standards z.B. durch Audits, Zertifizierungen, Akkreditierungen.
- Ausarbeitung und/oder Weiterentwicklung von Methoden und Instrumenten zum Qualitäts- und Riskmanagement.

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

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2010

- Erfolgreiche Vorbereitung des LUKS Sursee und Wolhusen für die Rezertifizierung 2011.
- Umsetzung des "time outs" zur Verhinderung von Seitenverwechslungen bei chirurgischen Eingriffen im gesamten LUKS.
- Start des Projektes PATEM-TIP in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit.
- Erweiterung der elektronischen Dokumentation, als wesentlicher Pfeiler der Patientensicherheit. Insbesondere geht es darum, dass sämtliche Untersuchungsergebnisse jederzeit und von jedem Arbeitsplatz elektronisch zugänglich sind.
- Committed to Excellence (Ökonomie) und EFQM light (Technik Bau und Sicherheit)

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2010

- Erfolgreiche Umsetzung des "time outs" zur Verhinderung von Seitenverwechslungen bei chirurgischen Eingriffen im gesamten LUKS.
- EFQM Ökonomie: Committed to Excellence
- Akkreditierung Pathologie

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Vordergrund stehen die Optimierung der interdisziplinären Prozesse und der Schnittstellen in den Kliniken vor allem im Hinblick auf die Einführung und Umsetzung der DRGs im Jahr 2012. Im Zentrum sind die Patientensicherheit und Massnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit. Ein transparentes Behandlungsangebot, Termintreue und kurze Wartezeiten sind essentielle Elemente.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	270	Stellenprozentage zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Thomas Kaufmann	041/205 42 75	thomas.kaufmann@luks.ch	Leiter Qualitäts- und Riskmanagement
Dr. med. Ute Buschmann	041/205 25 11	ute.buschmann@luks.ch	Riskmanagerin
Dr. theol. Simon Huber	041/205 44 30	simon.huber@luks.ch	Patientenombudsstelle
Susanne Pfenninger	041/926 50 10	susanne.pfenninger@luks.ch	Qualitätsmanagerin
Saskia Huckels	041 205 4234	saskia.huckels@luks.ch	Qualitätsmanagerin
William Peter Ward	041 205 5761	williampeter.ward@luks.ch	Qualitätsmanager
Rosita Horat	041 205 4263	rosita.horat@luks.ch	Managerin Kundenbetreuung
Boris Tautermann	041/205 20 47	boris.tautermann@luks.ch	Fachberatung Projekte

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals sollen einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot vermitteln. Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie unter

www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Luzerner Kantonsspital
→ Kapitel „Leistungen“ → „Fachgebiete“, „Apparative Ausstattung“ oder „Komfort & Service“

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

C1 Angebotsübersicht

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

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

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

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

C2 Kennzahlen Akutsomatik 2010

Kennzahlen	Werte 2010	Werte 2009 (zum Vergleich)	Bemerkungen
Anzahl ambulante behandelter Patienten,	147'909	141'453	
davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene			
Anzahl stationär behandelter Patienten,	37'677	37'128	(inkl. Geburten; exkl. Reha)
davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene			
Geleistete Pflegetage	275'409	275'171	
Durchschnittlich betriebene Betten per 31.12.2010	794	795	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	7,3	7,4	Berechnung: Austritts- minus Eintrittstag plus eins
Durchschnittliche Bettenbelegung			

C4 Kennzahlen Rehabilitation 2010

C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Wie sind Anzahl Austritte und Anzahl Pflgetage zu interpretieren?

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2010 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation			
Internistische Rehabilitation			
Kardiale Rehabilitation			
Muskuloskelettale Rehabilitation			
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern	282	9509
Onkologische Rehabilitation			
Pädiatrische Rehabilitation			
Psychosomatische Rehabilitation			
Pulmonale Rehabilitation			
Rehabilitative Intensivabteilung	Neurorehabilitationspfad LUKS Luzern	330	1892 Behandlungstage

C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

- i Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen und ihre Infrastruktur auch** extern anbieten, dies z. Bsp. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbarere, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.
- i 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.
- i Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, mit **externen Spezialisten** nach Bedarf zusammen zu arbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ mit zum Beispiel Schlucktherapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialisten bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

In anderen Spitälern / Kliniken: Eigene externe Angebote		Stationär	ambulant
Angebote im eigenen Haus LUKS Luzern		<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Angebote für andere Häuser (Sursee, Wolhusen, Stans, Schwyz.....)		<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)	
LUKS Luzern	Intensivstation in akutsomatischem Spital	0 km	
LUKS Luzern	Notfall in akutsomatischem Spital	0 km	
Kantonsspital Sion (vom Standort Montana aus)	Intensivstation in akutsomatischem Spital	25 km	
Kantonsspital Sierre (vom Standort Montana aus)	Notfall in akutsomatischem Spital	12 km	
Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet		
Berner Klinik Montana, Dr. med. C. Vaney	Neurologie		
Dr. med. J. Volken, Sierre	Rheumatologie		
Dr. med. G. de Sèpibus, Sion	Kardiologie		
Dr. med. P. Hildbrand, Brig	Kardiologie		
Dr. med. H. Erpen, Visp	Psychosomatik		
Angebot für Akutgeriatrie Wolhusen	Sprachtherapie		
Neuro(rehabilitative Konsilie)	Neurologen		

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

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

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

Angebotene ambulante Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag & Patient	Anzahl Fälle pro Tag	Bemerkungen
Geriatrische Rehabilitation				
Internistische Rehabilitation				
Kardiale Rehabilitation				
Muskuloskeletale Rehabilitation				
Neurologische Rehabilitation	LUKS Luzern	6	12	Tagesklinik mit 12 Plätzen
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation				
Pulmonale Rehabilitation				
Rehabilitative Intensivabteilung				

C4-4 Personelle Ressourcen

Sind die für die spezifische Rehabilitationskategorie notwendigen Fachärzte vorhanden?

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

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

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

D Qualitätsmessungen

D1 Zufriedenheitsmessungen

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

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Luzern	83.8	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messthemen.
Resultate pro Messthema	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	86.1	7 Fragen zum Messthema „Ärzte“
Pflege	85.2	7 Fragen zum Messthema „Pflege“

Organisation	79.8	7 Fragen zum Messthema „Organisation“
Essen	79.4	3 Fragen zum Messthema „Essen“
Wohnen	81.8	3 Fragen zum Messthema „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	81.9	5 Fragen zum Messthema „Öffentliche Infrastruktur“
Kommentar: Die nächste Messung der Patientenzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument			
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes	
<input type="checkbox"/> VO: PEQ				
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)				
<input type="checkbox"/> POC(-18)				
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument				
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument			
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt			
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt			
Rücklauf in Prozenten	41.8%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

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

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

<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	38.9%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	42.1%	Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

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

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/> Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle . Ihre Anliegen nimmt gerne entgegen:	
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle für Patienten und Angehörige
Name der Ansprechperson	Dr. theol. Simon Huber (Standort Luzern) Susanne Pfenninger (Standorte Sursee und Wolhusen)

Funktion	Patientenombudsstelle
Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Zeiten)	Luzern: Telefon 041 205 44 30 simon.huber@luks.ch Montag und Dienstag: ganzer Tag (Büroöffnungszeiten) Donnerstag und Freitag: ganzer Tag (Büroöffnungszeiten) Sursee und Wolhusen: Telefon 041 926 50 10 susanne.pfenninger@luks.ch Montag bis Freitag, während Büroöffnungszeiten
Bemerkungen	

D1-2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die Angehörigenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: 2008	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2011
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Benchmark mit 8 Kinderspitälern
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Picker	Picker Institute Europe
	Name des Messinstitutes		

<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes	Fragebogen		
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb Luzern	60.6	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultat pro Berufsgruppe	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	62.0	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Pflegepersonal	58.8	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapeuten	62.9	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
med.-technisches Personal	61.5	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	64.7	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	62.2	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Kommentar: Die nächste Messung der Mitarbeiterzufriedenheit ist im Jahr 2013 vorgesehen.		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien		alle Mitarbeitenden wurden befragt		
Ausschlusskriterien		-		
Rücklauf in Prozenten		51.7%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument	
Einschlusskriterien		alle Mitarbeitenden wurden befragt	
Ausschlusskriterien		-	
Rücklauf in Prozenten		56.5%	Erinnerungsschreiben? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

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

<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes	MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument			
	Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument		
	Einschlusskriterien	alle Mitarbeitenden wurden befragt		
	Ausschlusskriterien	-		
	Rücklauf in Prozenten	58.1%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

D1-4 Zuweiserzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
Messergebnisse	Zufriedenheits- Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	82,33	
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Medizinischer Bereich	86	
Wartezeiten für Abklärungen & Aufnahmen	75,67	
Einweisungsabläufe	80,33	
Kommunikation und Kontakt mit den Zuweisern	80,67	
Rücküberweisung	75,67	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Onlinebefragung Pfitzer	Name des Messinstitutes
			Transfer Plus
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

D2 ANQ-Indikatoren

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Weitere Information: www.anq.ch

Akutsomatik:

Für das Jahr 2010 empfahl der ANQ folgende Qualitätsmessungen durchzuführen:

- Messung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape
- Messung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape
- Messung der Infektionsraten nach bestimmten operativen Eingriffen gemäss SwissNOSO

Psychiatrie und Rehabilitation:

Für diese beiden Typologien hat der ANQ im Jahr 2010 keine spezifischen Qualitätsindikator-Messungen empfohlen

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

D2-1 Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape

Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Spital-Austritts. Mit der Methode SQLape wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar angesehen, wenn er mit einer Diagnose verbunden ist, die bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag, wenn er nicht voraussehbar war (ungeplant) und wenn er **innert 30 Tagen** erfolgt. Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z. Bsp. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden also nicht gezählt.

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

Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Ja, unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate mit SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse			
Anzahl Austritte im Jahr 2010	Anzahl Wiedereintritte im Jahr 2010	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
			Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Messung war aus technischen Gründen im Jahr 2010 nicht möglich und ist für 2011 vorgesehen!			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

- Präventionsmassnahmen** zur Vermeidung von ungewollten Rehospitalisationen sind in den Verbesserungsaktivitäten **beschrieben**.

D2-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape

Mit der Methode SQLape wird eine Zweitoperation als potentiell vermeidbar angesehen, wenn sie auf einen Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn sie eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Rein diagnostische Eingriffe (z. Bsp. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.sqlape.com

Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die potentiell vermeidbare Reoperationsrate nach SQLape.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr: <input type="text"/>	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 wurde eine Messung durchgeführt.		

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

Messergebnisse			
Anzahl Operationen im Jahr 2010	Anzahl Reoperationen im Jahr 2010	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bundesamt für Statistik BfS
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Die Messung war aus technischen Gründen im Jahr 2010 nicht möglich und ist für 2011 vorgesehen!			
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von ungewollten Reoperationen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		

D2-3 Postoperative Wundinfekte mit SwissNOSO

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

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

SwissNOSO führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe folgende Tabellen). Gemessen werden alle Infektion die **innert 30** Tagen nach Operation auftreten. Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch und www.swissnoso.ch.

Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst nicht die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb wird nicht operiert (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Rate an postoperativen Wundinfekten mit SwissNOSO.		
<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurde allerdings keine Messungen durchgeführt.	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2010 (Juni 2009-Juni 2010) wurden Messungen durchgeführt.		

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

Messergebnisse					
Unser Betrieb beteiligte sich 2010 an den Infektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen	Anzahl festgestellter Infektionen nach diesen Operationen	Infektions-rate Spital / Klinik	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ¹	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernung				3.9%	
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernung				4.5%	
<input type="checkbox"/> Hernieoperation				1.1%	
<input checked="" type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)				12.7%	
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)				1.9%	
<input checked="" type="checkbox"/> Herzchirurgie	<i>Diese SwissNOSO Messungen sind noch nicht abgeschlossen. Es liegen noch keine Resultate vor.</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen					
<input checked="" type="checkbox"/> Erstimplantation von Kniegelenksprothesen					

<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input checked="" type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von postoperativen Wundinfekten sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .

¹ Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Schweizer Spitäler, die sich zwischen Juni 2009 und Juni 2010 an den SwissNOSO-Messungen beteiligten. Die Werte stammen von SwissNOSO und wurden an der Auswertungsveranstaltung für Spitäler vom 4. November 2010 in Bern gezeigt. Achtung: Bei Vergleichen mit anderen Ländern werden nur Infektionen gezählt, die während dem Spitalaufenthalt auftreten. Diese Infektionsraten sind natürlich kleiner als die hier publizierten Infektionsraten, die alle Infektionen innert 30 Tagen nach Operation erfassen.

D2-4 Patientenzufriedenheitsmessung 2009 mit PEQ (Version-ANQ)

Für das Jahr 2009 empfahl der ANQ den Spitälern und Kliniken sich an einer gesamtschweizerischen Patientenbefragung mit dem Erhebungsinstrument PEQ zu beteiligen.

Die Resultate aller an der Messung beteiligter Spitäler sind unter www.hplusqualite.ch und www.anq.ch aufgeschaltet.

Weiterführende Informationen für Fachpublikum: www.anq.ch oder www.vereinoutcome.ch.

Wurde im Jahr 2009 die Patientenzufriedenheit mit dem Erhebungsinstrument PEQ gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb mass nicht die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb mass die Patientenzufriedenheit mit PEQ (Version-ANQ).

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

Messergebnisse Medizinische Abteilungen	Wert	Durchschnitt teilnehmende Spitäler ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.33	5.31	Standort Luzern, Wolhusen, Sursee
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.42	5.36	
Beurteilung der Organisation	5.26	5.25	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine medizinischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

Messergebnisse Chirurgische Abteilungen	Wert	Schweizer Durchschnitt ²	Kommentar
Beurteilung der ärztlichen Versorgung	5.50	5.43	Standort Luzern, Wolhusen, Sursee
Beurteilung der pflegerischen Versorgung	5.50	5.40	
Beurteilung der Organisation	5.28	5.26	
<input type="checkbox"/>	In unserem Betrieb haben wir keine chirurgischen Abteilungen (siehe auch Kapitel C „Betriebliche Kennzahlen und Angebot“)		

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

² Diese Werte sind Durchschnittswerte aller Spitäler, die sich 2009 an der PEQ-Messung des ANQs beteiligt haben. Die Werte wurden im März 2011 durch den ANQ veröffentlicht.

D3 Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2010

D3-1 Infektionen (andere als mit SwissNOSO)

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

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	Kontinuierliche Erfassung und Auswertung

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

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

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
	Periodische Erfassung und Auswertung

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010	
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-2 Stürze

Messthema	Stürze		
Was wird gemessen?	Die Messung ist für 2011 geplant.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-3 Dekubitus (Wundliegen)

Messthema	Dekubitus (Wundliegen)		
Was wird gemessen?	Die Messung ist für 2011 geplant.		
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2010 die Messung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Anzahl vorhandene Dekubiti bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubiti während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben .		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

D3-4 Freiheitseinschränkende Massnahmen

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

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messung ist für 2011 geplant.	

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-5 Dauerkatheter

Messthema	Dauerkatheter
Was wird gemessen?	Anzahl Fälle mit Dauerkatheter

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messung ist für 2011 geplant.	

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

D3-6 Weiteres Messthema

Messthema	AMIS plus (acute myocardial infarction in Switzerland)
Was wird gemessen?	Koronare Symptome

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Differenzierter 7 seitiger Fragebogen mit vielen relevanten Ergebnissen	

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:
		AMIS Plus

Messthema	Ergebnisqualität im Brustzentrum
Was wird gemessen?	26 Kennzahlen, die die Qualität der Brustkrebsdiagnose und –therapie messen. Die Kennzahlen werden seit 5 Jahren jährlich erfasst, so dass eine Bewertung der Qualität sowohl im Querschnitt als auch longitudinal möglich ist.

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messergebnisse werden jährlich an die Deutsche Krebsgesellschaft gemeldet. Die Messergebnisse werden jährlich vor Ort von externen Gutachtern auditiert und bewertet. Die Detailergebnisse können im Brustzentrum eingesehen werden.	Bei der externen Begutachtung lagen im Brustzentrum Luzern alle Messergebnisse über dem geforderten Qualitäts-Wert. Im Benchmarking-Bericht lag das Brustzentrum Luzern im oberen Bereich. Die Qualität der Diagnose und Therapie wurde aufgrund dieser Auswertungen bei der externen Begutachtung als Sehr Gut bewertet. Jährlich wird im Rahmen einer Qualitätsmanagementbewertung festgelegt, welche Verbesserungsaktivitäten für das kommende Jahr ergriffen werden sollen und welche Präventionsmassnahmen hierzu durchgeführt werden.

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Kennzahlenbogen für Brustzentren
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Deutsche Krebsgesellschaft

Messthema	Ergebnisqualität im Gynäkologischen Tumorzentrum (Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs, Krebs des äußeren weiblichen Genitales)
Was wird gemessen?	12 Kennzahlen, die die Qualität der Diagnose und –therapie bei Gynäkologischen Krebserkrankungen messen. Die Kennzahlen werden seit 2010 Jahren jährlich erfasst, so dass eine Bewertung der Qualität sowohl im Querschnitt als auch longitudinal ab 2011 möglich ist.

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

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt	Name des Instrumentes:	Kennzahlenbogen für Gynäkologische Krebszentren
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinanz:	Deutsche Krebsgesellschaft

Messthema	Händehygiene-Compliance
Was wird gemessen?	

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

Messergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
--------------------------	--

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2010

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

D4 Register / Monitoring zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

In Register / Monitorings werden anonymisierte Daten für die längerfristige Qualitätssicherung gespeichert. Der Vergleich der Daten über mehrere Betriebe und mehrere Jahre ermöglicht es Qualitätsentwicklungen in einzelnen Fachbereichen zu erkennen.

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
Übersicht Q-Indikatoren	A	B	A
AQC	B: Gesamte Chirurgie	B	A
SwissVASC	C: Gefässchirurgie	A	A
ASF	C: Gyn/Geb LUKS	A	A
AMIS	C: Kardiologie LUKS	A	A
KIQ-Reha	C: Rehabilitation	B	A
Qualitätskennzahlen Brustzentrum	C Neue Frauenklinik Luzern, Brustzentrum Luzern	A Deutsche Krebsgesellschaft, EUSOMA	A Umsetzung seit 5 Jahren
Qualitätskennzahlen Gynäkologisches Tumorzentrum	C	A	B Erstzertifizierung in 2011
Diverse Studienprotokolle	C: Onkologie	B	A

Bemerkungen

Im Rahmen der beiden zertifizierten Organkrebszentren werden zahlreiche weitere Monitorings durchgeführt. So werden Prozesskennzahlen für alle relevanten Prozesse erhoben, intern ausgewertet und kommuniziert.

Legende:

¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
C=einzelne Abteilung

² A=Fachgesellschaft
B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
C=betriebseigenes System

³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2010
C=Einführung im Berichtsjahr 2010

E

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

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

E1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

Angewendete Norm	Bereich, der mit der Norm / Standard arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
LUKS Luzern: Zentrum für Labor Medizin	Akkreditiert nach ISO/IEC 17025 : 2005	2005	2008	Prüfstelle STS 461/ Reakkreditierung 2011
LUKS Luzern: Pathologie	Akkreditiert nach Norm 17025	2010	2010	
SN ISO 9001:2008	Brustzentrum Luzern	2006	2009	Rezertifizierung 2012
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Brustkrebszentren	Brustzentrum Luzern	2006	2009	
sanaCERT Suisse Standard 1 Infektionsprävention und Spitalhygiene	Voraudit LUKS Sursee/Wolhusen Erstzertifizierung	1999	2008	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 2 Erhebung von Patientenurteil	Voraudit LUKS Sursee/Wolhusen Erstzertifizierung	1999	2008	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 5 Schmerzbehandlung	Voraudit KSSW Sursee/Wolhusen Erstzertifizierung	1999	2008	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 7 Chirurgie	Voraudit LUKS Sursee/Wolhusen Erstzertifizierung	1999	2008	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 11 Umgang mit kritischen Zwischenfällen	Erstzertifizierung LUKS Sursee/Wolhusen	2011	2011	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 16 Frauenklinik	Voraudit LUKS Sursee/Wolhusen Erstzertifizierung LUKS Sursee/Wolhusen	1999	2008	Rezertifizierung 2011
sanaCERT Suisse Standard 28 Dekubitusvermeidung und -behandlung	Erstzertifizierung LUKS Sursee/Wolhusen	2011	2011	Rezertifizierung 2011
LUKS	Stillfreundliche Klinik der Unicef	2005	2008	Jährliches Audit
ICF basierter	Neurorehabilitation			laufend

Rehabilitationsprozess				
standardisierte Rehazi- zielsetzung	Neurorehabilitation interdisziplinäres Behandlungsteam			laufend
DOR Konzept Domizilorientierte Rehabilitation	Neurorehabilitation Interdisziplinäres Behandlungsteam			laufend

E2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Projekte: Laufzeit (von ... bis)
Team-Time-Out in der Chirurgie	Vermeidung Eingriffsverwechslung	LUKS alle chirurgisch- invasiv tätigen Kliniken	2009-2010
CIRS	Erfassung und Vermeidung von kritischen Zwischenfällen	LUKS	andauernd
PATEM TIP	Verbesserung Patientensicherheit durch Einbezug des Patienten	LUKS Sursee, LUKS Wolhusen, LUKS Luzern Dept. Chirurgie	2010-2011
Synopsis der Haftpflichtfälle	Ein Schadenfall soll in der erfolgten Form nicht wieder eintreten. Die Prämie soll gesenkt werden.	LUKS	Ca. alle drei Monate kann eine Mitteilung versandt werden.
Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	Etablieren eines integralen Riskmanagements auf Stufe Unternehmen	LUKS	andauernd
Kontinuierliche Austrittsbefragung	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte	Standorte Wolhusen Sursee, Kinderspital	laufend
Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte, die Steigerung der Patientenzufriedenheit und das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen	LUKS	laufend
Erstzertifizierung des Gynäkologischen Tumorzentrum Luzern	Erstzertifizierung in 2011	Neue Frauenklinik Luzern	Anfang bis Mitte 2011
Erfolgreiches externen Audit des Brustzentrum Luzern	Externes Audit in 2011	Neue Frauenklinik Luzern	Mitte 2010 bis Mitte 2011
Re-Organisation des Ambulatoriums der Neuen Frauenklinik Luzern	Onkologische Patientinnen werden schnell und zielgerichtet auf die anstehende Operation vorbereitet.	Neue Frauenklinik Luzern	Ende 2010 bis Ende 2011
Einführung eines Instrumentes zur Erfassung der Lebensqualität bei Patientinnen mit Brust- oder Unterleibskrebs	Die Lebensqualität soll mit validierten Instrumenten erfasst werden. Die Art der Therapie soll in Hinblick auf die Lebensqualität evaluiert werden.	Neue Frauenklinik Luzern	2011
Curriculum für Assistenzärzte	Die Oberärzte wurden als Tutoren und Mentoren	LUKS Luzern: Frauenklinik	laufend

	geschult. Der Fortschritt wird halbjährlich überprüft, schematisch und standardisiert mit Hilfe eines Logbuchs.		
Zertifizierung des Nachtarztes	Diese Aufgaben darf erst mit genügend theoretischem und praktischem Wissen sowie bei Kenntnis über interne Abläufe (z.B. wie organisiere ich eine Notfalloperation) übernommen werden, wenn die Befähigung durch eine Zertifizierung ausgewiesen ist.	LUKS Luzern: Frauenklinik	Laufend, Ausbreitung in weitere geeignete Bereiche
Qualitätszirkel mit Hausärzten	Die optimale Behandlung bedingt, dass die diversen Behandler optimal abgestimmt sind. Prozessverbesserungen im Fokus des Patienten.	LUKS Sursee, Luzern	laufend
Q-Indikatoren	Umfassendes Projekt: <ul style="list-style-type: none"> - Etablieren von SOP's - Optimieren der Notfälle (Zusammenlegung) - Technische Unterstützungen - Organisatorische Optimierungen 	LUKS	2010 - 2012
Patienten- und Familienzentrierte Pflege	Umsetzung des Konzepts bzw. der Qualitätsstandards auf allen Abteilungen und Funktionen, um die pflegerische Versorgungsqualität und Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten sowie den Angehörigen zu verbessern.	LUKS	laufend
Profil 2010	1. neues Funktionsdiagramm inkl. Stellenbeschreibung 2. neues Konzept der Pflegeorganisation 3. neues Führungskonzept für den Pflegebereich	LUKS	laufend
Dekubitusprävention	Vermeidung von Dekubiti	LUKS	Start 2000 laufend
Wundmanagement/ Wundsprechstunde	Adäquate, standardisierte Wundbehandlung	LUKS	laufend
Interdisziplinäres Sturzkonzept bereichsspezifisch	- Assessment -Prävention-Evaluation - Mitarbeiterfortbildung	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend

Projekt Schmerzbekämpfung	Verminderung / Vermeidung von akutem und chronischem Schmerz (PDCA Aufnehmen der Prophylaxe und Therapie des Chronischen Schmerzes in das Konzept Schmerzbekämpfung)		laufend
Konzept Palliativ Care umgesetzt	1. Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. 2. Ausweis der Pflegeleistungen in Palliative Care während der Hospitalisation.	LUKS Sursee, Wolhusen	laufend
Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Entlassungsmanagement inkl. Anpassung der Pflegedokumentation	1. Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. 2. Anschlussversorgung ist frühzeitig abgeklärt und rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatums beim Eintritt Visite bei allen Patienten).	LUKS	laufend
Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige	Informationen zu Ablauf, Arbeitsweise der Fachbereiche, Philosophie und Kontaktaufbau	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Pflegeprozess	1. Leitlinie ist erstellt 2. Konzept ist erarbeitet 3. Instrumente und Massnahmen sind verfügbar	LUKS	laufend
KIS TP Pflege	1. Erarbeitung der elektronischen Pflegedokumentation 2. Standardisierung der Pflegedokumentation im LUKS Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation	LUKS	laufend
Einführung NEXUS MedFolio Teilprojekt Pflege	Ziele: - Erarbeitung elektr. Pflegedokumentation - Standardisierung - Qualitätsverbesserung (Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Verminderung von Fehlerquellen, Lesbarkeit, Verständlichkeit, Leistungstransparenz, Bedienungsfreundlichkeit, Zugang, einfacher Informationsabruf)	LUKS	laufend

Gesundheit am Arbeitsplatz	kontinuierliche Messung der Nadelstichverletzungen, Analysen der Unfallprotokolle, Analyse aller Betriebsunfälle	LUKS	laufend
Überarbeitung und Erstellung von Standards und Richtlinien	Checklisten; Vorgehen; Handhabung; Überprüfung	LUKS Sursee / Wolhusen	laufend
Studie ETH ICF - basierter Rehabilitationsprozess	Rehaprozess und interdisz. Kommunikation ersichtlich darstellen	Neurorehabilitation Interdisziplinär	2010 - 2012
Outcome - Studie (Dissertation)	Evaluation der Rehazielsetzung und Beurteilung der langfristigen Zielsetzung	Neurorehabilitation	2010 - 2013
EFQM-Standortbestimmung	Identifizierung von Verbesserungspotentialen und Ableiten von Zielen und Massnahmen für die Organisationsentwicklung TBS	Technik, Bau und Sicherheit	Anf. bis Ende 2010 (Ergebnisse fliessen in die laufende Organisationsentwicklung ein)
Kontinuität standortübergreifender Erfahrungsaustausch		Technik, Bau und Sicherheit	Start 2009 laufend
Erstellung und Weiterentwicklung von Standards	z.B. CAD Konzept LUKS (Layer-Definitionen, Symbole, Planhandling, etc.) z.B. Handbuch Bau + Technik (als Grundlage für LUKS Bauprojekte)	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Weiterentwicklung von abteilungsinternen und abteilungsübergreifenden Prozessen	z.B. einheitliche Anwendung des TBS Facility Management Tools vFM, z.B. Optimierung von Beschaffungsprozessen in Zusammenarbeit mit Ökonomie	Technik, Bau und Sicherheit	Start 2010 laufend
EFQM	Ausbreitung der EFQM-Philosophie in allen Bereichen der Ökonomie als Basis für eine kontinuierliche Q-Entwicklung. Ziel 2009: ->Commitment to Excellence	Ökonomie	laufend
Jährliche Klausuren im Leitungsteam (Organisationsentwicklung)	Regelmässige Standortbestimmungen, inkl. Ableitung von konkreten Massnahmen und Zielsetzungen	Technik, Bau und Sicherheit	laufend

E3 Ausgewählte Qualitätsprojekte

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

Projekttitlel	Team Time Out	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vermeidung von Eingriffsverwechslungen	
Beschreibung	Einführung einer Checkliste zur Durchführung eines Team-Time-Outs zur Überprüfung von Patient, Eingriff, Eingriffsort, Röntgenbilder, Antibiose + spezifische Kriterien	
Projekttablauf / Methodik	Audit vor Einführung interne Prozessanpassungen Erarbeitung und Einführung Checkliste in Anlehnung an die Empfehlungen der Stiftung für Patientensicherheit Audit nach Umsetzung	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	
	<input type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
	
Involvierte Berufsgruppen	Ärzte/innen, Pflegefachpersonen, TOAs, Lagerungspflegepersonen, Riskmanagement	
Projektelevaluation / Konsequenzen	Audit 2010 → Informationsverbesserung	
Weiterführende Unterlagen	Checklisten, Poster	

Wir als LUKS sehen die Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen unseres Handelns als Leistungserbringer. Als akademisches Lehrspital hinterfragen wir unsere Indikationen kritisch vor einem Evidenz basierten Hintergrund. Wir halten unsere Strukturen auf einem qualitativ hochwertigen Niveau. Prozessqualität stellen wir durch Standardisierungen und IT-Unterstützungen sicher. Die verschiedenen Dimensionen der Ergebnisqualität überprüfen wir nicht nur hinsichtlich der Patientenzufriedenheit, sondern auch nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien. Wir verstehen uns als lernende Organisation, die jede Verbesserungsinitiative unterstützt und Verantwortung für die eigenen Leistungen übernimmt.

Heute sehen wir die grössten Fortschritte durch Verbesserungen des Schnittstellenmanagements. Dies gelingt uns durch Zentrenbildung mit definierten Kommunikationswegen. Daneben ist ein umfassendes Informationsangebot als Grundlage für die richtigen therapeutischen Entscheidungen Voraussetzung. Die Informationen müssen korrekt, umfassend, jederzeit und ortsunabhängig, jedoch kontextspezifisch vorliegen. Das LUKS kennt im ganzen Unternehmen ausschliesslich das digitale Röntgenarchiv (PACS) und die elektronische Patientenakte. Auch die Spezialapplikationen wie Ultraschall, Augenmessgeräte etc. werden eingebunden und die Darstellungen verbessert, wodurch die einzelnen Untersuchungen chronologisch übersichtlich dargestellt werden und jederzeit verfügbar sind. Damit ist die Informatik zu einem wichtigen Teil der Strukturqualität geworden. Daneben werden die Prozesse fokussiert auf die Patientensicherheit kontinuierlich optimiert.

Das Schweizer Gesundheitswesen erlebt einen grossen Wandel. Die Einführung von SwissDRG ab 2012 landesweit - Luzern hat den Tarif als Pilotspital in der Schweiz bereits am 1.1. 2010 eingeführt - ist ein Paradigmawechsel. Neu wird das Spital verpflichtet, bei Problemen, welche innerhalb von 18 Tagen zu einer erneuten Hospitalisation führen, den Spitalaufenthalt selber zu übernehmen oder, sofern sich der Patient für ein anderes Spital entscheidet, die entstandenen Kosten dem Spital zu vergüten. Auch verlängerte Hospitalisationen werden dem Spital nur rudimentär vergütet. Noch nicht berücksichtigt sind die Risikofaktoren, welche der Patient mitbringt. Die SwissDRG AG, im Besitze der Versicherer, Spitäler und Kantone, entwickelt das Modell aber kontinuierlich weiter. Insgesamt belohnt SwissDRG gute Qualität.

Ein weiterer Trend sind Spitalfusionen. Diverse Studien lassen vermuten, dass es eine Mindestanzahl an Eingriffen bedarf, um Qualität garantieren zu können. Bis dato machen die Fusionen an der Kantonsgrenze halt, zukünftig werden sich aber vermutlich überkantonale Gesundheitsregionen etablieren.

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien **Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege** stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen. Ohne Auflistung der Symbole gilt die Empfehlung für alle Kategorien.

Zur besseren Verständlichkeit allfälliger Fachbegriffe stellt H+ ein umfassendes **Glossar** in drei Sprachen zur Verfügung:

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitätern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Handbuch H+qualität® wird das Kantonswappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch

<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>
voir également

<http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/qualitaet.html>



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind im Rahmen von QuBA (**Q**ualitätsmonitoring **B**asel-Stadt) verpflichtet, die im Handbuch H+qualität® mit dem Kantonswappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Siehe auch <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/ueber-uns/abteilung-lep/quba.html>

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel D2 „ANQ-Indikatoren“ beschrieben.

Siehe auch <http://www.anq.ch>



Anhänge