

# Qualitätsbericht 2013

nach der Vorlage von H+

Version 7.0



Akutsomatik



Rehabilitation

**Luzerner Kantonsspital**  
Spitalstrasse  
6000 Luzern 16

[www.luks.ch](http://www.luks.ch)

**Freigabe am:** 22. Mai 2014  
**durch:** Benno Fuchs, Spitaldirektor

## 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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen 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 Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen, Gesundheitskommissionen und Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

### **Bezeichnungen**

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
B1	Qualitätsstrategie und -ziele .....	2
B2	Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013 .....	2
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013 .....	2
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	3
B5	Organisation des Qualitätsmanagements.....	3
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	3
<b>C</b>	<b>Betriebliche Kennzahlen und Angebot</b> .....	<b>4</b>
C1	Angebotsübersicht .....	4
C2	Kennzahlen 2013 .....	7
C3	Kennzahlen Psychiatrie 2013 .....	8
C4	Kennzahlen Rehabilitation 2013 .....	9
C4-1	Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation .....	9
C4-2	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz .....	9
C4-3	Leistungsangebot und Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation) .....	11
C5	Kennzahlen Langzeitpflege 2013.....	11
<b>D</b>	<b>Zufriedenheitsmessungen</b> .....	<b>12</b>
D1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit.....	12
D2	Angehörigenzufriedenheit .....	14
D3	Mitarbeiterzufriedenheit.....	15
D4	Zuweiserzufriedenheit .....	16
<b>E</b>	<b>Nationale Qualitätsmessungen ANQ</b> .....	<b>18</b>
<b>E1</b>	<b>Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>18</b>
E1-1	Potentiell vermeidbare Wiedereintritte (Rehospitalisationen) mit SQLape® .....	19
E1-2	Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape® .....	20
E1-3	Postoperative Wundinfekte mit Swisssoso .....	21
E1-4	Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ.....	23
E1-5	Nationale Patientenbefragung 2012 und 2013 in der Akutsomatik .....	26
E1-6	Nationale Elternbefragung 2013 in der Akutsomatik .....	28
E1-7	SIRIS Implantatregister .....	29
E2	Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie .....	30
E3	Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation .....	30
E3-1	Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation .....	30
E3-2	Bereichsspezifische Messungen.....	32
<b>F</b>	<b>Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013</b> .....	<b>33</b>
F1	Infektionen (andere als mit Swisssoso) .....	33
	keine weiteren Messungen 2013 .....	33
F2	Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	33
F3	Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ) .....	34
F4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen .....	35
F5	Brustzentrum und Gynäkologisches Tumorzentrum.....	36
<b>G</b>	<b>Registerübersicht</b> .....	<b>39</b>
<b>H</b>	<b>Verbesserungsaktivitäten und -projekte</b> .....	<b>44</b>
H1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards .....	44
H2	Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte .....	45
<b>J</b>	<b>Anhänge</b> .....	<b>52</b>

# A

## Einleitung

### Vorwort 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 Messungen teil. In der Akutsomatik bzw. Psychiatrie erhoben die Spitäler und Kliniken im Berichtsjahr 2013 Qualitätsindikatoren gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bereits zum dritten bzw. zweiten Mal. In der Rehabilitation begannen die flächendeckenden Messungen am 1. Januar 2013. Ausserdem wurden 2013 erstmals nationale Messungen bei Kindern- und Jugendlichen in der Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Die Sicherheit für Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Die Stiftung patientensicherheit schweiz lancierte 2013 die nationalen Pilotprogramme „progress! Patientensicherheit Schweiz“. Diese sind Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen und werden vom Bundesamt für Gesundheit finanziert. Die ersten beiden Programme fokussieren auf die Sicherheit in der Chirurgie und die Sicherheit der Medikation an Schnittstellen.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Die von H+ empfohlene und von einigen Kantonen geforderte Veröffentlichung von Qualitätsberichten ist sinnvoll. Wir hoffen, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 des Luzerner Kantonsspitals wertvolle Informationen liefern zu können.

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und umfasst das Zentrumsspital Luzern, die beiden Grundversorgungsspitaler Sursee und Wolhusen sowie die Luzerner Hohenklinik Montana. Im LUKS sorgen ca. 6100 Mitarbeitende für das Wohl der Patienten in einem Einzugsgebiet mit 700'000 Einwohnern (ca. 800 Akutbetten). Es werden bei uns jährlich ca. 38'000 stationäre Patienten behandelt bei ca. 500'000 ambulanten Patientenkontakten. Das Zentrumsspital der Zentralschweiz ist das grösste nichtuniversitare Spital der Schweiz.

Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit haben für uns oberste Priorität. Höchste Qualität zu bieten heisst für uns, Strukturen, Indikationen, Prozesse und Ergebnisse ständig kritisch zu hinterfragen und im Sinne unserer Patienten kontinuierlich zu verbessern.

# B

## Qualitätsstrategie

### B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Die strategische Ausrichtung ist in der Gesamtunternehmensstrategie des LUKS definiert.

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

- Maximale Patientensicherheit bei der Versorgung unter Klärung von Schnittstellen und Standardisierungen
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsstruktur, Prozess- und Behandlungsqualität durch Umsetzung von Qualitätsinterventionen inkl. Methoden zur Überwachung der Indikationsqualität in bestimmten Bereichen. Dies umfasst beispielsweise die Erfüllung von Standards z.B. durch Audits, Zertifizierungen, Akkreditierungen.
- Etablierung eines spitalweiten Kennzahlensystems, Förderung der Qualität durch Transparenz der Messungen über eine Beteiligungskultur mit Verantwortun.
- Ausarbeitung, Weiterentwicklung und wissenschaftliche Evaluation von Methoden und Instrumenten zum Qualitäts- und Riskmanagement.
- Aufbau von internen und externen Netzwerken

Für das LUKS ist es Ziel, für die Bevölkerung ein effizienter und kompetenter Ansprechpartner in medizinischen Belangen zu sein. Im Fokus unserer Qualitätsbemühungen steht nebst der Patientenzufriedenheit die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität in allen vier Dimensionen (Indikation-, Struktur-, Prozess- und Outcomequalität). Deshalb ist das Qualitätsmanagement mit dem Risikomanagement organisatorisch zusammengelegt. Die Diskussion um Qualität und Sicherheit ist in unserer medizinischen Versorgung integraler Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Handelns. Qualität und Sicherheit gehören somit zur Kernkompetenz des LUKS. Unsere Projekte orientieren sich an den Empfehlungen der "Patientensicherheit Schweiz" und erfolgen teils in Zusammenarbeit mit der Stiftung.

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

### B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Projekt Medikationssicherheit am LUKS
- Projekt Surgical Patient Safety System im Departement Chirurgie (SURPASS): Start Testphase
- Vorbereitung Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern und Patientenbroschüren (PATEM)
- Zertifizierungen Stoke Unit und Chest Pain Unit
- Systematisierung und Optimierung von Zufriedenheitsbefragungen

### B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Etablierung spitalweites Qualitätsmanagementhandbuch
- Umsetzung Teilprojekte Medikationssicherheit
- Erfolgreicher Start Testphase SURPASS
- Beginn Pilot Patientenidentifikationsarmbänder und Patientenbroschüren
- Erfolgreiche Erstzertifizierung Stroke Unit, Chest Pain Unit, Traumanetzwerk, ISO 9001:2008

#### Augenklinik

- Re-Zertifizierungen/Akkreditierungen (ISO 9001 Höhenklinik Montana, JACIE, EFQM Ökonomie)
- Etablierung neuer ambulanter und stationärer Patientenzufriedenheitsbefragungen

### B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Weiterhin konzentriert sich das LUKS auf die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit z.B. im Rahmen der Projekte Medikationssicherheit, Stärkung der Patienteneinbindung in den Behandlungsprozess (PATEM-TIP) sowie Einführung von Patientenidentifikationsarmbänder. Zudem arbeitet das LUKS an der Weiterentwicklung der kontinuierlichen Patientenbefragung und dem Aufbau eines stufengerechten Qualitätskennzahlen-Reportings. 2014 wird sich das LUKS der Initiative Qualitätsmedizin (IQ<sup>M</sup>) anschliessen und zur stetigen Verbesserung der Behandlungsqualität mit Peer-Reviews bei auffälligen BAG-Qualitätsindikatoren beginnen. Ausserdem sind fachspezifische Zertifizierungen, wie z.B. die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums 2014 nach der Deutschen Krebsgesellschaft ein wesentlicher Entwicklungsschwerpunkt. Zertifizierungen dienen der Standardisierung und Schnittstellenklärung zur Erhöhung der Behandlungsqualität speziell im interdisziplinären Behandlungsprozess. Ferner werden Behandlungsangebote durch externe Peers im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung auditiert

### B5 Organisation des Qualitätsmanagements

x	Das Qualitätsmanagement ist im Geschäftsausschuss vertreten.	
x	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
x	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.	
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform:	
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	800 % QM & RM	Stellenprozentage zur Verfügung.

### B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
PhD, Dr. med Guido Schüpfer	041/205 2424	Guido.schüpfer@luks.ch	Leiter Stab Medizin Co-Chefarzt KLIFAIRS
Dr. med. Thomas Kaufmann	041/205 42 75	thomas.kaufmann@luks.ch	Gesamtleiter DRG-, Qualitäts- und Riskmanagement
Dr. med. Ute Buschmann	041/205 25 11	ute.buschmann@luks.ch	Leiterin Qualitäts- und Riskmanagement
Dr. theol. Simon Huber	041/205 44 30	simon.huber@luks.ch	Patientenombudsstelle Luzern, Patientenbefragungen
Saskia Huckels	041/205 42 34	saskia.huckels@luks.ch	Qualitätsmanagerin Luzern
Nadja Ineichen	041/926 50 10	nadja.ineichen@luks.ch	Qualitätsmanagerin Patientenombudsstelle Sursee und Wolhusen
Nazli Donat	041/205 60 48	Nazli.donat@luks.ch	Koordinatorin Onkologisches Zentrum

## C

## Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

<https://www.luks.ch/ueber-uns/zahlen-und-fakten.html>

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Luzerner Kantonsspital → Kapitel „Leistungen“.

Spitalgruppe					
x	Wir sind eine Spital- / Klinikgruppe mit folgenden Standorten:	und folgendem Angebot:			
		Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Langzeitpflege
	Luzern	x	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
	Sursee	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wolhusen	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Montana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>

### C1 Angebotsübersicht

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

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





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

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

## C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden Sie unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

<a href="https://www.luks.ch/ueber-uns/zahlen-und-fakten.html">https://www.luks.ch/ueber-uns/zahlen-und-fakten.html</a>
<b>Bemerkung</b>
Das LUKS befindet sich im Wachstum (> 38.000 stationäre Fälle und rund 500 000 ambulante Patientenkontakte)

### **C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013**

Liasonpsychiatrie mit Einbindung ins Departement Medizin LUKS Luzern

## C4 Kennzahlen Rehabilitation 2013

### C4-1 Leistungsangebot und Kennzahlen der stationären Rehabilitation

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

- Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflgetage** im Jahr 2013 geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflgetage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflgetage geringere Austrittszahlen.

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

Angebote stationäre Fachbereiche	An den Standorten	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflgetage
Geriatrische Rehabilitation	Wolhusen			
Internistische Rehabilitation				
Kardiovaskuläre Rehabilitation	Montana, Luzern (ambulant)			
Muskuloskelettale Rehabilitation	Montana			
Neurologische Rehabilitation	Luzern			
Onkologische Rehabilitation				
Pädiatrische Rehabilitation				
Paraplegiologische Rehabilitation				
Psychosomatische Rehabilitation	Montana			
Pulmonale Rehabilitation	Montana			
Überwachsungsabteilung (Intensivrehabilitation)				
Weitere				

### C4-2 Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

#### A) Werden auch Rehabilitationsleistungen ausserhalb der Klinik angeboten?

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

**Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	stationär	ambulant
Angebote im eigenen Haus LUKS Luzern	x	x
Angebote für andere Häuser (Sursee, Wolhusen, Stans, Schwyz, Uri.....)	x	x

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

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

### 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.

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

### C5 Kennzahlen Langzeitpflege 2013

Keine Langzeitpflege

# D

## Zufriedenheitsmessungen

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

### D1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit

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

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Patientenzufriedenheit.		
	x	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde eine Messung durchgeführt. (4. Quartal)	
	<input type="checkbox"/>	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse der letzten Befragung <u>Luzerner Kantonsspital LUKS</u>			
	<b>Zufriedenheits-Wert</b> (auf einer Skala von 0 bis 10)	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>	
<b>Gesamt-LUKS</b>	9.10	Guter bis sehr guter Wert, d.h. im Durchschnitt über 90% Zufriedenheit	
Resultate pro Standort	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
LUKS Luzern	8.85	Im externen Benchmark (Spitäler vergleichbarer Grösse) leicht unterdurchschnittliche Werte. → <u>Verbesserungspotential</u> bei den Themen Organisation Eintritt, Vorbereitung auf die Zeit nach Austritt, Schmerzbehandlung und Qualität Essen	
LUKS Sursee	9.35	Werte, die den externen Benchmark (Spitäler vergleichbarer Grösse) deutlich übertreffen. → <u>Verbesserungspotential</u> bei den Themen Organisation Eintritt, Vorbereitung auf die Zeit nach Austritt und Qualität Essen.	
LUKS Wolhusen	9.35	Werte, die den externen Benchmark (Spitäler vergleichbarer Grösse) deutlich übertreffen. → <u>Verbesserungspotential</u> bei den Themen Organisation Eintritt, Vorbereitung auf die Zeit nach Austritt, Information bezüglich Diagnose und Behandlung und Qualität Essen.	
Der eingesetzte Fragebogen der permanenten Befragung enthält 14 Fragen, die folgende Themen betreffen: 1) Rückkehr; 2) Qualität der Behandlung; 3) Arzt: verständliche Antworten; 4) Pflege: verständliche Antworten; 5) Behandlung mit Respekt; 6) Organisation Eintritt; 7) Schmerzbehandlung; 8) Vorbereitung auf die Zeit nach Austritt; 9) Wiederempfehlung; 10) Information: Diagnose/Behandlung; 11) Freundlichkeit Personal; 12) Sauberkeit Zimmer; 13) Qualität Essen; 14) Eigene Einschätzung Gesundheitszustand			
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input checked="" type="checkbox"/>	Anderes externes Messinstrument
<input type="checkbox"/>	Picker (Kinderspital)	Name des Instruments	
<input type="checkbox"/>	PEQ	Name des Messinstituts	HCRI AG Josefstrasse 92 8005 Zürich
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)		
<input type="checkbox"/>	POC(-18)		
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark		
x	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Neu entwickelter Fragebogen mit 12 Fragen, inklusive der 5 ANQ-Fragen. Kontinuierliche Befragung an den Standorten Sursee und Wolhusen. Quartalsweise Befragung am Standort Luzern → Ziel kontinuierliche Befragung aller 3 Standorte bis Ende 2014.	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt	
	Ausschlusskriterien	1) Alter unter 18; 2) Patienten mit einer ausländischen Adresse; 3) Patienten mit mehreren Hospitalisationen innerhalb des Messmonats wurden nur einmal befragt	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen:		LUKS Luzern: 1'536; LUKS Sursee: 2'350; LUKS Wolhusen: 1'410	
Rücklauf in Prozent: LUKS Luzern: 55%; LUKS Sursee: 12%; LUKS Wolhusen: 11%		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"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb hat <b>kein</b> Beschwerdemanagement / <b>keine</b> Ombudsstelle.
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb hat <b>ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle</b> .
	Bezeichnung der Stelle
	Name der Ansprechperson
	Funktion
	Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)
	Bemerkungen



## D2 Angehörigenzufriedenheit

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

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit <b>nicht</b> .		
	Begründung		
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Angehörigenzufriedenheit im Kinderspital.		
	x Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde eine Messung durchgeführt. (ANQ)		
	x Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde allerdings keine Messung durchgeführt. (Picker)		
	Die letzte <u>Picker</u> Messung erfolgte im Jahr:	2011	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr: 2014

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

Messergebnisse der letzten Befragung (Kinderspital Picker 2011, ANQ-Ergebnisse sind noch nicht transparent veröffentlicht)		
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>96 %</b>	<b>Benchmark mit 7 Kinderspitälern</b>
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Dim1: Emotionale Unterstützung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 2: Information und Aufklärung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 3: Behandlungsspezifische Informationen - Chirurgie	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 4: Behandlungsspezifische Informationen - Intensivstation	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 5: Einbezug der Eltern	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 6: Physisches Wohlbefinden	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 7: Kontinuität und Austritt	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 8: Koordination der Betreuung	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim 9: Gesamteindruck	Unteres Mittelfeld	im 3. Quartil = 51-75 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H1: Zimmer Ihres Kindes	Schlechtes Viertel	im 4. Quartil = 76-100 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H2: Essen Ihres Kindes	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H3: Freundlichkeit Personal	Oberes Mittelfeld	im 2. Quartil = 26-50 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
Dim H4: Sanitäre Installation und Infrastruktur	Bestes Viertel	im 1. Quartil = 0-25 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte

Dim H5: Beschwerdemanagement	Schlechtes Viertel	im 4. Quartil = 76-100 % aller gemessenen Spital-Dimensionswerte
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
x	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Picker	Name des Messinstituts Picker Institute Europe
x	Eigenes, internes Instrument Rückmeldezettel Kinderspital Luzern		
	Beschreibung des Instruments	Fragebogen	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien	Alle Eltern mit Kindern mit einer Aufenthaltsdauer von über 24 Stunden	
	Ausschlusskriterien	Aufenthalt unter 24 Stunden	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		549	
Rücklauf in Prozent		59,5%	<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja

### D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

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

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

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<b>Gesamter Betrieb</b>	69	Skala 0-100
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Luzern	68	
Sursee	72	
Wolhusen	76	
Montana	76	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	

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

#### Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

x	Externes Messinstrument
Name des Instruments	Mitarbeiterbefragung
Name des Messinstituts	Icommit
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument
Beschreibung des Instruments	

#### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Mitarbeiter	Einschlusskriterien	Alle Mitarbeitenden des LUKS		
	Ausschlusskriterien	-		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen	3321			
Rücklauf in Prozent	63%	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	x Ja

#### Verbesserungsaktivitäten

LUKS: → noch in Erarbeitung. Workshops mit allen Bereichen und Verpflichtung des Reportings von Verbesserungsmaßnahmen an die Geschäftsleitung. Standortbestimmung Herbst 2014

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

## D4 Zuweiserzufriedenheit

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

#### Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?

<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit <b>nicht</b> .
Begründung	
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.
x	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurden nur bereichsspezifische Messungen durchgeführt.
x	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde allerdings keine umfassende Messung durchgeführt.
Die letzte <u>umfassende</u> Messung erfolgte im Jahr:	2010
Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	

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

x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	2010
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	Kinderspital 2013

## 2010 umfassend

#### Messergebnisse der letzten umfassenden Befragung 2010

Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
----------------	---------------------	--------------------------------------

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

#### Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument			
	Name des Instrumentes	Transfer Plus AG	Name des Messinstitutes	Transfer Plus AG

Eigenes, internes Instrument

Beschreibung des Instrumentes

#### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

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

#### Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?

<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit <b>nicht</b> .			
	Begründung			
x	<b>Ja</b> , unser Betrieb <b>misst</b> die Zuweiserzufriedenheit.			
	x	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurden nur bereichsspezifische Messungen durchgeführt.		
	x	Im <b>Berichtsjahr 2013</b> wurde allerdings keine umfassende Messung durchgeführt.		
	Die letzte umfassende Messung erfolgte im Jahr:	2010	Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	2014

## 2013 - Kinderspital

#### Messergebnisse der letzten Befragung Kinderspital 2013

<b>Messergebnisse</b>	<b>Gesamt-Zufriedenheits-Wert</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Kinderspital Pädiatrie	> 90%	Sehr guter Wert
Kinderspital Chirurgie	> 90%	Sehr guter Wert
<b>Resultate pro Bereich</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Bemerkungen: Über alle Dimensionen ergaben sich für die Pädiatrie und Kinderchirurgie gute bis sehr gute Zufriedenheitswerte der Zuweiser. → <u>Verbesserungspotential</u> ergab sich insbesondere bei: a) Wartezeiten auf ambulanten Eintrittstermin; b) Zusammenarbeit bei der Nachbetreuung der Patienten; c) Information über Kontaktdaten zu Ansprechpartnern; d) Information über Neuigkeiten (Personalwechsel, neue Therapien)		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

#### Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung

Externes Messinstrument

Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes		HCRI AG, Josefstrasse 92, 8005 Zürich	
<input checked="" type="checkbox"/>		Eigenes, internes Instrument mit 12 Dimensionen: Zufriedenheit der Zuweiser mit: 1) Einweisungsprozess (Notfälle, stationär, ambulant); 2) Wartezeiten (stationär, ambulant); 3) Erreichbarkeit (ärztliche, admin. Kontaktperson); 4) Freundlichkeit (Arzt; admin. Personal); 5) Zusammenarbeit (admin. Personal, Arzt); 6) Qualität (Aufklärung, med. Leistungen, Entlassungsvorbereitung, Arztberichte); 7) Integration in die Behandlung (Eltern, Patienten); 8) Angebot (Diagnostik, Therapie, Pflege); 9) Information (Kontaktdaten; Neuigkeiten); 10) Verfügbarkeit von Betten (allg. Versicherte, Zusatzversicherte); 11) Fortbildungsangebot für externe, niedergelassene Ärzte; 12) Rückmeldungen der Eltern (ärztliche Behandlung; pflegerische Betreuung; Organisation der Abläufe; Hotellerie; einzelne Spezialabteilungen der Pädiatrie und Kinderchirurgie)			
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>					
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien	Alle Hausärzte der Regionen, deren Adressen in der Datenbank des Messinstitutes vorlag			
	Ausschlusskriterien				
Anzahl vollständige und valide Fragebogen		144 für Pädiatrie 117 für Kinderchirurgie Total = 261			
Rücklauf in Prozenten		34 %	Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

## E Nationale Qualitätsmessungen ANQ

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

Die Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht, publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

### E1 Nationale Qualitätsmessungen in der Akutsomatik

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Akutsomatik:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen mit SQLape®	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen mit SQLape®	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung der postoperativen Wundinfekte gemäss Swissnoso	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Sturz mit der Methode LPZ	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenzufriedenheit	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIRIS Implantat-Register	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kinderspezifischer Messplan</b>			
Messung der postoperativen Wundinfekte nach Appendektomien	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävalenzmessung Dekubitus mit der Methode LPZ	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Elternbefragung	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bemerkung</b>			

Erläuterung sowie Detailinformationen zu den einzelnen Messungen finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Website des ANQs: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

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

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

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

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

Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:				Ergebnis <sup>2</sup> A, B oder C
Beobachtete Rate		Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	
Intern	Extern			
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist <b>nicht abgeschlossen</b> .				
x	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
	Begründung	Aufgrund der Methodik kommt es zu Verzerrungen der Ergebnisse, da es zu viele falsch positive Fälle gibt. Der Algorithmus wird kontinuierlich verbessert. Die Vergleichbarkeit der Spitäler ist folglich nur bedingt möglich. Die Ergebnisse werden zur internen Analyse genutzt. keine transparente Veröffentlichung durch den ANQ		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS <sup>3</sup>

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder)
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.
Anzahl auswertbare Austritte		
Bemerkung		

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

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Rehospitalisationen. Diese Fälle sollten analysiert werden.

<sup>3</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

## E1-2 Potentiell vermeidbare Reoperationen mit SQLape®

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

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Auswertung gemacht?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Aktuelle Auswertungsergebnisse mit den Daten aus dem Jahr:			
Beobachtete Rate	Erwartete Rate	Vertrauensintervall der erwarteten Rate (CI = 95%)	Ergebnis <sup>4</sup> A, B oder C
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input type="checkbox"/> Die Auswertung 2013 mit den Daten 2012 ist <b>nicht abgeschlossen</b> .			
x	Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.		
	Begründung	Aufgrund der Methodik kommt es zu Verzerrungen der Ergebnisse, da es zu viele falsch positive Fälle gibt. Die Vergleichbarkeit der Spitäler ist folglich nur bedingt möglich. Die Ergebnisse werden zur internen Analyse genutzt. keine transparente Veröffentlichung durch den ANQ	
Informationen für das Fachpublikum			
Auswertungsinstanz	Bundesamt für Statistik BFS <sup>5</sup>		
Weiterführende Informationen: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kinder)	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Anzahl auswertbare Operationen			
Bemerkung			

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

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

C = Es gibt zu viele potentiell vermeidbare Reoperationen. Diese Fälle sollten analysiert werden

<sup>5</sup> Die Validierung und Bereitstellung der Daten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) ist ein längerer Prozess und beansprucht in der Regel über ein Jahr. Aus diesem Grund werden die Berechnungen jeweils mit den Daten des Vorjahres durchgeführt. Die Auswertungen, welche im Berichtsjahr 2013 gemacht werden, betreffen Leistungen des Kalenderjahres 2012.

### E1-3 Postoperative Wundinfekte mit Swissnoso

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

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

Swissnoso führt im Auftrag des ANQs Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Gemessen werden alle Wundinfektionen, die **innert 30** Tagen nach der Operation auftreten. Bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen und herzchirurgischen Eingriffen folgt ein Follow-Up erst nach 1 Jahr.

Ab dem 1. Oktober 2013 erfassen alle Spitäler, die Appendektomien durchführen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, auch postoperative Wundinfektionen. Die Ergebnisse erhalten die Spitäler und Kliniken im März 2015.

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

Informationen für das Fachpublikum					
Auswertungsinstanz		Swissnoso			
<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die Messung durchgeführt?</b>					
<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, neu Kinderspital
<b>Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2012 – 30. September 2013</b>					<b>Vorjahreswerte</b>
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall <sup>6</sup> CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Gallenblase-Entfernungen			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Blinddarm-Entfernungen			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Hernienoperationen			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Dickdarm (Colon)			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Magenbypassoperationen (optional)			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Rektumoperationen (optional)			%		% ( )
<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.					
Begründung		Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert. <a href="#">Noch liegen keine transparenten Daten vor</a>			

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



Da in der Herzchirurgie und bei den Hüft- und Kniegelenksprothesen ein Follow-Up erst nach einem Jahr durchgeführt wird, liegen für die Messperiode 2013 (1. Oktober 2012 – 31. September 2013) noch keine Resultate vor.

Ergebnisse der Messperiode: 1. Oktober 2011 – 30. September 2012					Vorjahreswerte
Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Infektionsrate %	Vertrauensintervall <sup>7</sup> CI = 95%	Infektionsrate % (Vertrauensintervall CI = 95%)
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Hüftgelenksprothesen			%		% ( )
<input type="checkbox"/> Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen			%		% ( )
<b>Wertung der Ergebnisse</b>					
x Der Betrieb <b>verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.					
Begründung	Die Werte werden auf dem Internetportal des ANQ publiziert. Noch liegen keine transparenten Daten vor				
<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>					
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 die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.			
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.			
Bemerkung					

<sup>7</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

## E1-4 Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus mit der Methode LPZ

Die nationale Prävalenzmessung<sup>8</sup> Sturz und Dekubitus im Rahmen der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung LPZ ist eine Erhebung, die einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene bietet. Diese Erhebung wird in den Niederlanden bereits seit einigen Jahren und seit 2009 in der Schweiz durchgeführt.

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

Informationen für das Fachpublikum	
Messinstitution	Berner Fachhochschule

### Stürze

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

Weitere Informationen: [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Deskriptive Messergebnisse 2013			
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind.			Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen <sup>9</sup>
17 absolut	In Prozent	4.8%, 2.9%, 2.9%	Während des aktuellen Spitalaufenthalts (Inzidenz) in Luzern, Sursee, Wolhusen
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung		Transparenz durch Einsichtnahme über die ANQ Homepage möglich	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, inter-mediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.</li> </ul>	
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stationären Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>- Säuglinge der Wochenbettstation,</li> <li>- Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre)</li> <li>- Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>	
Anzahl tatsächlich untersuchten Patienten		278, 74, 69	absolut
Bemerkung		Luzern, Sursee, Wolhusen	

### Präventionsmassnahmen und / oder Verbesserungsaktivitäten

<sup>8</sup> Die Prävalenzmessung findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wird untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen und ob sie in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind.

<sup>9</sup> Bei diesen Ergebnissen handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Pflegekonzept Sturzprävention	Reduzierung der Sturzzahlen absolut / Prozent	Luzern, Sursee, Wolhusen	kontinuierlich
"Fachstelle Sturz"	Interdisziplinäre Vorgehensweise	Luzern, Sursee, Wolhusen	Im Aufbau

## Dekubitus (Wundliegen)

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch. Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Dekubitus bei Kindern stehen 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.

Weitere Informationen: [deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus](http://deu.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegeproblemen/dekubitus)

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	In Prozent			
			LU	SU	WO	
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	10 04 01	LU, SU, WO	6.20%	9.50%	1.50%
	ohne Kategorie 1	04 03 01	LU, SU, WO	2.90%	8.10%	1.50%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	10 04 01	LU, SU, WO	3.60%	5.40%	1.50%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	04 03 01	LU, SU, WO	1.50%	4.10%	1.50%
	In einer anderen Institution entstanden, einschl. Kategorie. 1	05 03 00	LU, SU, WO	1.80%	4.10%	0.00%
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	03 03 00	LU, SU, WO	1.10%	4.10%	0.00%

Deskriptive Messergebnisse 2013		Anzahl Kinder und Jugendliche mit Dekubitus	In Prozent
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 1 - 4	4	6.70%
	ohne Kategorie 1	0	0.00%
Prävalenz nach Entstehungsort	Im eigenen Spital entstanden, einschl. Kategorie 1	3	5.00%
	Im eigenen Spital entstanden, ohne Kategorie 1	0	0.00%
	In einer anderen Institution	1	1.70%

	entstanden, einschl. Kategorie. 1		
	In einer anderen Institution entstanden, ohne Kategorie 1	0	0.00%

#### Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

Sehr gutes Ergebnis im Vergleich zum nationalen Benchmark

Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Begründung      Transparenz durch Einsichtnahme über die ANQ Homepage möglich

#### Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahre konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden.</li> <li>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung.</li> </ul>		
	Einschlusskriterien Kindern und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle stationären Patienten <math>\leq</math> 16 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care)</li> <li>- Vorhandene mündliche Einverständniserklärung der Eltern, der Angehörigen oder der gesetzliche Vertretung</li> </ul>		
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt,</li> <li>- Säuglinge der Wochenbettstation, Wochenbettstationen</li> <li>- Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>		
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene		278 74 69	Absolut	LU, SU, WO
Anzahl tatsächlich untersuchte Kinder und Jugendliche		60	Absolut	
Bemerkung				

#### Präventionsmassnahmen und/oder Verbesserungsaktivitäten

Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Dekubitusprävention	Reduzierung der Dekubituszahlen absolut / Prozent	Luzern, Sursee, Wolhusen	kontinuierlich

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

## E1-5 Nationale Patientenbefragung 2012 und 2013 in der Akutsomatik

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

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

### 2013

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung 2013 durchgeführt?			
x	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Aktuelle Messergebnisse			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheitswert (Mittelwert)	Vertrauensintervall <sup>10</sup> CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?			0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?			0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			0 = nie 10 = immer
Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?			0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	2013 noch nicht transparent veröffentlicht vom ANQ, siehe Daten 2012 unten		

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2013 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>
Anzahl angeschriebene Patienten		
Anzahl eingetroffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent %
Bemerkung		

<sup>10</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

## 2012

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

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

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

Aktuelle Messergebnisse des Jahres:		
Gesamter Betrieb: Wolhusen	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Wertung der

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

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

## E1-6 Nationale Elternbefragung 2013 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.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	x	...nur an folgenden Standorten: <b>Luzern</b>
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	x	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen: <b>Kispi</b>
Messergebnisse 2013			
<b>Gesamter Betrieb</b>	<b>Zufriedenheitswert (Mittelwert)</b>	<b>Vertrauensintervall<sup>11</sup></b> CI = 95%	<b>Wertung der Ergebnisse</b>

<sup>11</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Würden Sie dieses Spital in Ihrem Freundeskreis und in Ihrer Familie weiterempfehlen?			0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Betreuung, die Ihr Kind erhalten hat?			0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie den Ärztinnen und Ärzten wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?			0 = nie 10 = immer
Wenn Sie dem Pflegepersonal wichtige Fragen über Ihr Kind stellten, bekamen Sie Antworten, die Sie verstehen konnten?			0 = nie 10 = immer
Wurde Ihr Kind während des Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?			0 = nie 10 = immer
<b>Bemerkungen</b>			
x Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung		Noch nicht transparent veröffentlicht vom ANQ	

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	hcri AG

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle Eltern von Patienten (unter 16 Jahre) versendet, die im September 2013 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>	
Anzahl angeschriebene Eltern			
Anzahl eingetroffener Fragebogen		Rücklauf in Prozent	%
Bemerkung			

## E1-7 SIRIS Implantatregister

Im Auftrag des ANQ werden seit September 2012 implantierte Hüft- und Kniegelenke obligatorisch registriert. Zur flächendeckenden Sicherung der Behandlungsqualität erlaubt das SIRIS-Register Aussagen über das Langzeitverhalten und die Funktionsdauer von Implantaten.

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

Messergebnisse	
Der Nutzen eines Implantatregisters liegt vor allem in der Langzeitbetrachtung, in der Initialphase sind somit lediglich begrenzte Auswertungen möglich. Erste mögliche Auswertungen werden zu gegebenen Zeitpunkt auf der ANQ Webseite veröffentlicht: <a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a>	
Bemerkung	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten ab 18 Jahren mit Hüft- und Knieimplantate
	Ausschlusskriterien	Patienten, die kein schriftliches Einverständnis gegeben haben



Bemerkung	
<b>Informationen für das Fachpublikum</b>	
Auswertungsinanz	Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO)

## E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Weiterführende Informationen: [www.ang.ch/psychiatrie](http://www.ang.ch/psychiatrie)

Keine Psychiatrie

## E3 Nationale Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Am 1. Januar 2013 starteten die nationalen Datenerhebungen in den Rehabilitationskliniken und in den Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler.

<b>Messbeteiligung</b>		Unser Betrieb nahm an folgenden Messungen teil:		
Der Messplan 2013 des ANQ beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Rehabilitation:		Ja	Nein	Dispens
Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereichsspezifische Messungen für				
a)	muskuloskeletale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	neurologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	kardiale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	pulmonale Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	andere Rehabilitationstypen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung				

Erläuterung zu den einzelnen Messungen und Methoden finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln oder auf der Webseite des ANQs: [www.ang.ch/rehabilitation](http://www.ang.ch/rehabilitation)

### E3-1 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation erfolgte in Anlehnung an die Befragung in der Akut-somatik (siehe Modul E1). Die fünf Fragen sind jedoch an die Besonderheiten der Rehabilitation angepasst. Zudem wird die Befragung bei den Patienten aus Rehabilitationskliniken jeweils im April und Mai durchgeführt.

Die Teilnahme an weiteren Patientenzufriedenheitsbefragungen kann im Modul D1 dokumentiert werden.

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

Messergebnisse 2013			
Gesamter Betrieb	Zufriedenheits-Wert (Mittelwert)	Vertrauens-intervall <sup>12</sup> CI=95%	Wertung der Ergebnisse
Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?			0 = auf keinen Fall 10 = auf jeden Fall
Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitationsbehandlung, die Sie erhalten haben?			0 = sehr schlecht 10 = ausgezeichnet
Wenn Sie Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?			0 = nie 10 = immer
Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?			0 = nie 10 = immer
Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?			0 = nie 10 = immer
Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die Datenqualität ist schweizweit gering (viele Kliniken haben nicht teilgenommen), s. ANQ.		

Informationen für das Fachpublikum: Ausgewählte Institutionen bei der letzten Befragung	
Von der Klinik ausgewählte Messinstitution	<input checked="" type="checkbox"/> hcri AG <input type="checkbox"/> MECON measure & consult GmbH <input type="checkbox"/> Qualitest AG (PZ-Benchmark) <input type="checkbox"/> ESOPÉ <input type="checkbox"/> NPO PLUS <input type="checkbox"/> Stevemarco sagl <input type="checkbox"/> QM Riedo <input type="checkbox"/> Andere
Vom ANQ beauftragte Auswertungsinstanzen	hcri AG und MECON measure & consult GmbH

Angaben zum untersuchten Kollektiv Rehab Luzern		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an <b>alle</b> stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im April und Mai 2013 aus einer Rehabilitationsklinik bzw. -abteilung 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>- Mehrfach hospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>
Anzahl angeschriebene Patienten		
Anzahl eingetreffener Fragebogen		70%
Bemerkungen		

<sup>12</sup> Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Solche Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Messperiode anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungs-weise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Vertrauensintervalls. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

## E3-2 Bereichsspezifische Messungen

Für die Qualitätsmessungen in der muskuloskelettalen, neurologischen, kardialen und pulmonalen Rehabilitation sowie in anderen Rehabilitationsarten stehen insgesamt 9 Instrumente zur Verfügung. Die Messungen sind in die klinische Routine eingebettet. Sie erfolgen bei grundsätzlich allen stationär behandelten Rehabilitations-Patienten. Je nach Indikation werden jedoch andere Messinstrumente eingesetzt. Bei jedem Patienten kommen insgesamt zwei bis drei Instrumente jeweils bei Ein- und Austritt zur Anwendung.

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

Informationen für das Fachpublikum		
Auswertungsinstanz	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurden die Daten erhoben?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	x ...nur an folgenden Standorten: <a href="#">Luzern Montana</a>
x	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
Messergebnisse		
Erste Auswertungen und Messergebnisse stehen für das Berichtsjahr 2013 noch nicht zur Verfügung. Sie werden zu einem späteren Zeitpunkt auf der ANQ Website veröffentlicht: <a href="http://www.anq.ch/rehabilitation">www.anq.ch/rehabilitation</a>		
Bemerkung		
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationär behandelten erwachsenen Patienten
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendrehabilitation
Bemerkung		

# F

## Weitere Qualitätsmessungen im Berichtsjahr 2013

### F1 Infektionen (andere als mit Swissnoso)

keine weiteren Messungen 2013

### F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Stürze (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Stürze

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

<b>Messergebnisse</b>			
<b>Anzahl Stürze total</b>	<b>Anzahl mit Behandlungsfolgen</b>	<b>Anzahl ohne Behandlungsfolge</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
266	204	62	Etwa gleichbleibend im Vergleich zu Vorjahren
<input type="checkbox"/> Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input checked="" type="checkbox"/> Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.			
Begründung	Internes Benchmarking		
<input checked="" type="checkbox"/> Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitätern <b>verglichen</b> (Benchmark).			

<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Sturzmeldeformular, VA Auswertung der Sturzprotokolle Sturzrisikoeinschätzung	
<input type="checkbox"/> Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:		

<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationen der Akutsomatik	
	Ausschlusskriterien	Kinderspital	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten	fortlaufend	Anteil in Prozent	
Bemerkung			

<b>Verbesserungsaktivitäten</b>			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)
	Phänomenvermeidung	Departementsspezifisch	laufend

### F3 Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)

<b>Messthema</b>	<b>Dekubitus (andere als mit der Methode LPZ)</b>
<b>Was wird gemessen?</b>	Dekubitus

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse		
Anzahl vorhandene Dekubitus bei Spitaleintritt / Rückverlegung	Anzahl erworbene Dekubitus während dem Spitalaufenthalt	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messung ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.	
	Begründung	
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	<b>Dekubitusrisikoeinschätzung</b>
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

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

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

## F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

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

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

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

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde <b>betriebsintern</b> entwickelt.	Name des Instruments:
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer <b>betriebsexternen</b> Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

## F5 Weitere Messthemen: Brustzentrum und Gynäkologisches Tumorzentrum

### a) Brustzentrum / Netzwerk Brustzentrum

<b>Messthema</b>	Ergebnisqualität im Brustzentrum und Netzwerk Brustzentrum Luzern
<b>Was wird gemessen?</b>	27 Kennzahlen der deutschen Zertifizierung und 25 Kennzahlen der Schweizer Zertifizierung, die die Qualität der Brustkrebsdiagnose und –therapie messen. Die Kennzahlen der deutschen Zertifizierung werden seit 8 Jahren jährlich erfasst und die der Schweizer Zertifizierung seit 2012, so dass eine Bewertung der Qualität sowohl im Querschnitt als auch longitudinal möglich ist. Im Netzwerk der sieben Partnerspitäler werden 15 Kennzahlen aus den oben genannten Vorgaben externer Stellen bewertet.

<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?</b>			
<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

<b>Messergebnisse</b>	
<b>Ergebnisqualität im Brustzentrum</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Die Messergebnisse werden jährlich an die Deutsche Krebsgesellschaft und Schweizer Krebsliga gemeldet. Die Messergebnisse der deutschen Zertifizierung werden jährlich vor Ort von externen Gutachtern auditiert und bewertet. Die Rezertifizierung durch die Krebsliga Schweiz und SGS erfolgt 2017. Detailergebnisse können im Brustzentrum eingesehen werden.	Bei der externen Begutachtung lagen fast alle Messergebnisse über dem geforderten Qualitätswert. Details siehe Kennzahlenbogen 2013 der Firma Onkoziert. Die Qualitätskriterien der Schweizer Zertifizierung wurden zu 100% erreicht. Jährlich wird im Rahmen einer Qualitätsmanagementbewertung festgelegt, welche Verbesserungsaktivitäten für das kommende Jahre ergriffen werden sollen und welche Präventionsmassnahmen hierzu durchgeführt werden. Ergebnisse aus dem Netzwerk liegen bis Ende Juni 2014 vor.
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

<b>Verbesserungsaktivitäten</b>			
<b>Titel</b>	<b>Ziel</b>	<b>Bereich</b>	<b>Laufzeit</b> (von ... bis)
Primärfallzahlen	Halten der Fallzahlen 2013	Brustzentrum	2014 und weitere
Netzwerkbrustzentrum Luzern	Stabilisierung der Zusammenarbeit mit den 7 Netzwerkpartnern	Brustzentrum	2014
Patientenzufriedenheitsermittlung mit dem Angebot der BCN	Zufriedenheit des spez. Beratungsangebotes. Erfassung, Analyse, Massnahmen.	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	Juni – Dezember 2014
Zertifizierung / Integration	Erfolgreiche Zertifizierung und Integration in das onkologische Tumorzentrum	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	2014

<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013</b>			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Kennzahlenbogen für Brustzentren
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstantz:	Deutsche Krebsgesellschaft Schweizer Krebsliga und SGS

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Brustkrebs und Brustkrebsvorstufen
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		199 / Anteil in Prozent: 100%
Bemerkung		

## b) Gynäkologisches Tumorzentrum

<b>Messthema</b>	Ergebnisqualität im Gynäkologischen Tumorzentrum (Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Scheidenkrebs, Krebs des äusseren weiblichen Genitales)
<b>Was wird gemessen?</b>	12 Kennzahlen, die die Qualität der Diagnose und –therapie bei Gynäkologischen Krebserkrankungen messen. Die Kennzahlen werden seit 2010 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 2013 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	
Ergebnisqualität im Brustzentrum	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Die Messergebnisse werden seit 2010 an die Deutsche Krebsgesellschaft gemeldet. Die Messergebnisse werden jährlich vor Ort von externen Gutachtern auditiert und bewertet. Die Detailergebnisse können im Gynäkologischen Tumorzentrum eingesehen werden.	Die Erstzertifizierung fand im Jahr 2011 statt. Jährlich wird im Rahmen einer Qualitätsmanagementbewertung festgelegt, welche Verbesserungsaktivitäten für das kommende Jahr ergriffen werden sollen und welche Präventionsmassnahmen hierzu durchgeführt werden.
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse. Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Präventionsmassnahmen</b> sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	Kennzahlenbogen für Gynäkologische Krebszentren
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	Deutsche Krebsgesellschaft Schweizer Krebsliga und SGS

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Genitalmalignome der Frau
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		90 / Anteil in Prozent: 100%
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
Fallzahlen	Steigerung der Fallzahlen	Gyn Tumorzentrum	2014
Patientenzufriedenheitsermittlung Angebot der onkol.	Zufriedenheit des spez. Beratungsangebotes.	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	Juni – Dezember 2014



Pflegeexpertin.	Erfassung, Analyse, Massnahmen.		
Zertifizierung / Integration	Erfolgreiche Zertifizierung und Integration in das onkologische Tumorzentrum	Brustzentrum und Gyn Tumorzentrum	2014
Pelvic Nurse	Neue Pflegeexpertin für gyn-onkologische Patienten mit Etablierung einer spezifischen Patientenberatung. erteilerregelung mit Breast Care Nurse.	Gyn Tumorzentrum	2014

### c) Patientenbefragung Brustzentrum / Gynäkologisches Tumorzentrum

<b>Messthema</b>	Patientenbefragung
<b>Was wird gemessen?</b>	Zufriedenheit mit Dienstleistungen, Verbesserungsvorschläge

<b>An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?</b>		
<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, Gynäkologisches Tumorzentrum Luzern

<b>Messergebnisse</b>	
<b>Messthema</b>	<b>Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen</b>
Die Patienten können die Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge in folgenden Bereichen angeben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswahlentscheidung</li> <li>- Ambulante wie auch stationäre Behandlung, Organisation und Betreuung. Dies umfasst Arztdienst, Pflege und psychosoziale Angebote.</li> <li>- Hotellerie</li> </ul>	289 stationäre Patienten wurden befragt, die Rücklaufquote betrug 58%. Der poststationäre Versand (im Gegensatz zur früheren Abgabe am Austrittstag) führte in 2013 zu einer deutlichen Verbesserung der Rücklaufquote. Die Ergebnisse werden gesamthaft erfasst, ausgewertet und den Fachbereichen bekannt gegeben. In der jährlichen QM-Bewertung werden daraus Massnahmen abgeleitet. Patientenbeschwerden aus der Zufriedenheitsumfrage werden gemäss Beschwerdemanagement bearbeitet.
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist <b>noch nicht abgeschlossen</b> . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der <b>Betrieb verzichtet auf die Publikation</b> der Ergebnisse.
Begründung	Hausinterner Fragebogen mit eigenständiger Auswertung, ein Zwischenergebnis wird laut Studienprotokoll nicht publiziert.
<input type="checkbox"/>	Die <b>Messergebnisse</b> werden mit jenen von anderen Spitälern <b>verglichen</b> (Benchmark).

<b>Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	"Patientenbefragung"
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

<b>Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv</b>			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Stationäre Patienten mit onkologischer Erkrankung	
	Ausschlusskriterien	keine	
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten		168	

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

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

Registerübersicht <sup>13</sup>				
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab	An den Standorten
<b>AMDS</b> Absolute Minimal Data Set	Anästhesie	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation <a href="http://www.iumsp.ch/ADS">www.iumsp.ch/ADS</a>	Nein	
<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>	Luzern 1997 Sursee 2007 Wolhusen 2006	Alle Standorte
<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	Gesamte Chirurgie 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	Gyn./Geb. LUKS Wolhusen Sursee Luzern
<b>E-IMD</b> European registry and network for intoxication type metabolic disorders	Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Endokrinologie/ Diabetologie, Nephrologie, Intensivmedizin	Universitätsklinikum Heidelberg <a href="http://www.e-imd.org">www.e-imd.org</a>	Nein	
<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	Luzern
<b>IDES Register</b> Register für Hüft-, Knie- und Sprunggelenkprothesen	Orthopädische Chirurgie	MEM Forschungszentrum, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie <a href="http://www.memcenter.unibe.ch">www.memcenter.unibe.ch</a>	Nein	
<b>KTRZ</b> Knochentumor-Referenzzentrum der Schweizerischen Gesellschaft für	Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, ORL, Pathologie, Mund-, Kiefer- + Gesichtschirurgie, Medizinische Genetik, Med. Onkologie, Radiologie, Radio-Onkologie /	Institut für Pathologie des Universitätsspital Basel <a href="http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/klinike">www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-querschnittsfunktionen/klinike</a>	1972	Luzern

<sup>13</sup> Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: [www.fmh.ch/saqm/service/forum\\_medicinische\\_register.cfm](http://www.fmh.ch/saqm/service/forum_medicinische_register.cfm)  
Qualitätsbericht 2013  
Luzerner Kantonsspital

Pathologie	Strahlentherapie, Neuropathologie, Handchirurgie	<a href="http://n-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/">n-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/knochentumor-referenzzentrum/</a>		
Mammaimplantatregister	Plastische Chirurgie	Institute for evaluative research in medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch">www.memcenter.unibe.ch</a>	Nein	
<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>	Wolhusen 1.9.2011 Luzern 3/2007 Sursee 2013	Wolhusen Luzern Sursee
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>	Seit Existenz	LUKS
<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>	Luzern 2013 Radiologie Luzern seit Einführung des Registers	Luzern, Sursee
<b>OCULA</b> Register für Linsenimplantate	Ophthalmologie	Institute for evaluative research in medicine <a href="http://www.memcenter.unibe.ch/ief">www.memcenter.unibe.ch/ief</a>	Nein	
<b>SAFW DB</b> Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Wundbehandlung Datenbank	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Orthopädische Chirurgie, Herz- und Thorax-. Gefässchirurgie, Angiologie, Intensivmedizin	Adjumed Services AG <a href="http://www.safw.ch">www.safw.ch</a>	Nein	
<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>	Nein	
<b>SCCS</b> Schweizerische Hepatitis-C-Kohorten Studie	Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Medizinische Genetik, Gastroenterologie, Med. Onkologie		Nein	
Schweizer Dialyseregister	Nephrologie	Schweizer Gesellschaft für Nephrologie <a href="http://www.sgn-ssn.ch">www.sgn-ssn.ch</a>	Sursee 2009 Luzern 2005	Sursee Luzern
Schweizer Patientenregister für Duchenne Muskeldystrophie und Spinale Muskelatrophie	Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Medizin und Rehabilitation, Pädiatrie, Medizinische Genetik, Kardiologie, Pneumologie	CHUV und Kinderspital Zürich <a href="http://www.asrim.ch">www.asrim.ch</a>	Nein	
<b>SCQM</b> Foundation Swiss Clinical Quality Management in rheumatic diseases	Rheumatologie	SCQM Foundation <a href="http://www.scqm.ch">www.scqm.ch</a>	Luzern 1995 Sursee und Wolhusen 2000	Luzern Sursee Wolhusen
<b>SIBDCS</b> SWISS IBD Cohort study	Gastroenterologie	Universität Zürich <a href="http://ibdcohort.ch/">http://ibdcohort.ch/</a>	Nein	

<b>SIOLD</b> Swiss registries for Interstitial and Orphan Lung Diseases	Pneumologie	Centre hospitalier universitaire vaudois <a href="http://www.siold.ch">www.siold.ch</a>	2002	Luzern
<b>SMOB</b> Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register <a href="http://www.smob.ch">www.smob.ch</a>	Luzern 2010 Sursee 2011	Luzern Sursee
<b>SNPSR</b> Swiss Neuropaediatric Stroke Registry	Neurologie, Phys. Med. und Rehabilitation, Pädiatrie, Hämatologie, Radiologie, Intensivmedizin	Neuropaediatric, Universitätskinderklinik, Inselspital Bern	Seit Einführung des Registers	Luzern
<b>SOL-DHR</b> Schweizerisches Organ Lebenspender Gesundheitsregister	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Gastroenterologie, Nephrologie	Schweizerischer Organ Lebenspender Verein / Leber- und Nierenspende (SOLV-LN) - <a href="http://www.lebenspende.ch/de/verein.php">www.lebenspende.ch/de/verein.php</a>	Nein	
<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>	Seit Einführung des Registers	Luzern
<b>SPSU</b> Swiss Paediatric Surveillance Unit	Pädiatrie	Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) <a href="http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de">www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00737/index.html?lang=de</a>	Seit Einführung des Registers	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>	Sursee 2009 Luzern 2005	Sursee Luzern
<b>SSCS</b> Swiss SLE Cohort Study	Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Allergologie / Immunologie, Nephrologie, Rheumatologie	Université de Genève und andere Universitäten in der Schweiz <a href="http://www.slec.ch">www.slec.ch</a>	Nein	
<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>	Luzern 2001	Luzern
<b>SVGO</b> Frakturregister - Osteoporosefrakturregist er	Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Phys. Med. u. Rehabilitation, Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie, Traumatologie	Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose <a href="http://www.svg.ch">www.svg.ch</a>	nein	
Swiss Neonatal Network & Follow-up Group	Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie, Entwicklungs Pädiatrie, 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>	Seit Einführung des Registers	Luzern
Swiss Pulmonary Hypertension Registry	Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Rheumatologie	alabus AG <a href="http://www.sgph.ch">www.sgph.ch</a>	2002	Luzern
SWISS Spine Register	Orthopädische Chirurgie	Institute for Evaluative Research in Medicine <a href="http://www.swiss-spine.ch">www.swiss-spine.ch</a>	2004	Luzern

SwissNET Schweizer Register für neuroendokrine Tumore	Chirurgie, Pathologie, Gastroenterologie, Endokrinologie/Diabetologie, Med. Onkologie, Nuklearmedizin, Radiologie	Verein SwissNET <a href="http://swissnet.net">swissnet.net</a>	nein	
Swissregard - Nationales Register zu plötzlichen Todesfällen von Athleten	Anästhesiologie, Allgemeine Innere Medizin, Rechtsmedizin, Pathologie, Herz- und Thorax-, Gefässchirurgie, Kardiologie, Intensivmedizin	Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern <a href="http://www.swissregard.ch">www.swissregard.ch</a>	nein	
SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry <a href="http://www.swissvasc.ch">www.swissvasc.ch</a>	2005	Luzern
SWR 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>	Seit Einführung des Registers	Luzern
TR-DGU TraumaRegister DGU	Orthopädische Chirurgie	AUC GmbH - Akademie der Unfallchirurgie, Berlin <a href="http://www.traumaregister.de">www.traumaregister.de</a>	2011	Luzern
<b>Krebsregister</b>	<b>Fachrichtungen</b>	<b>Betreiberorganisation</b>	<b>Seit/Ab</b>	<b>An den Standorten</b>
NICER - Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung	Alle	Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung <a href="http://www.nicer.org">www.nicer.org</a>	2011	Luzern
Schweizer Kinderkrebsregister - SKKR	Alle	<a href="http://www.kinderkrebsregister.ch">www.kinderkrebsregister.ch</a>	Seit Einführung des Registers	Luzern
Krebsregister Aargau	Alle	<a href="http://krebsregister-aargau.ch/">http://krebsregister-aargau.ch/</a>	Nein	
Krebsregister Bern	Alle	<a href="http://www.krebsregister.unibe.ch">www.krebsregister.unibe.ch</a>	Nein	
Krebsregister Basel-Stadt und Basel-Landschaft - KRBB	Alle	<a href="http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-quaerschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/">www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/bereiche/medizinische-quaerschnittsfunktionen/kliniken-institute-abteilungen/pathologie/abteilungen/krebsregister-beider-basel/</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Freiburg - RFT	Alle	<a href="http://www.liguecancer-fr.ch">www.liguecancer-fr.ch</a>	Nein	
Krebsregister Graubünden und Glarus - KR GG	Alle	<a href="http://www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html">www.ksgr.ch/Das_Kantonsspital_Graubunden/Departemente/Institute/Pathologie/Krebsregister/dD0zNzQmbD1kZXU.html</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Genf - RGT	Alle	<a href="http://www.unige.ch/medecine/rgt/index.html">www.unige.ch/medecine/rgt/index.html</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Jura - RJT	Alle	-	Nein	

Krebsregister Kanton Neuenburg - RNT	Alle	<a href="http://www.lncc.ch/fr/registre_neuch_atelois_des_tumeurs/index.cfm">www.lncc.ch/fr/registre_neuch_atelois_des_tumeurs/index.cfm</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Tessin	Alle	<a href="http://www.ti.ch/tumori">www.ti.ch/tumori</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Thurgau - KRTG	Alle	<a href="http://www.krtg.ch/">www.krtg.ch/</a>	Nein	
Krebsregister St. Gallen-Appenzell - KR SGA	Alle	<a href="http://krebssliga-sg.ch/de/index.cfm">krebssliga-sg.ch/de/index.cfm</a>	Nein	
Krebsregister Kanton Waadt - RVT	Alle	-	Nein	
Walliser Krebsregister	Alle	<a href="http://www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html">www.ovs.ch/gesundheit/walliser-krebsregister.html</a>	Nein	
Krebsregister der Kantone Zürich und Zug	Alle	<a href="http://www.krebsregister.usz.ch">www.krebsregister.usz.ch</a>	Nein	
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	Luzern
<b>Bemerkung</b>				



# Verbesserungsaktivitäten und -projekte

Die Inhalte aus diesem Kapitel sind auch unter [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) zu finden.

## H1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standards

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

ISO 9001:2008	Höhenklinik Montana	2004	2013	Jährliches Überwachungsaudit
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Gynäkologische Krebszentren Prüfstelle: OnkoZert ISO 9001:2008 Prüfstelle: : LGA UnterCert GmbH	NFKL Gynäkologisches Krebszentrum	2011	2014	Jährliches Überwachungsaudit
Akkreditierung nach JACIE Prüfstelle: JACIE	Zentrum für Hämatologie Stammzelltherapie	2011	2013	Interim Prüfung: alle 2 Jahre
Erhebungsbogen der Dt. Krebsgesellschaft für Darmzentrum und Pankreas Prüfstelle: OnkoZert ISO 9001:2008 Prüfstelle: Swiss TS	Viszeralchirurgie Darm- und Pankreaszentrum	2012	2015	Jährliches Überwachungsaudit
ISO 9001:2008 Prüfstelle: Swiss TS	Augenklinik	2013	2016	Jährliches Überwachungsaudit
REKOLE® / H+ Prüfstelle: PricewaterhouseCoopers	Finanz- und Rechnungswesen Betriebliches Rechnungswesen	2013	2017	
EFQM Stufe 1 Prüfstelle: Committed to Excellence	Fachberatung und Projekte	2013	2016	Jährliches Überwachungsaudit
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie - TraumaNetzwerkDGU Prüfstelle: DIOcert und AKUT	Unfallchirurgie Schockraum	2013	2017	
Kriterien der Deutsche Gesellschaft für Kardiologie Prüfstelle: DGK	Klinik für Kardiologie Chest Pain Unit	2013	2017	
Zertifizierung der SFCNS Prüfstelle: sanaCERT suisse	Klinik für Neurologie Stroke Unit	2013	2016	

## H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

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

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)
CIRS	Erfassung und Vermeidung von kritischen Zwischenfällen	LUKS	kontinuierlich
Q-Indikatoren	Beitritt IQM und Durchführung von Peer-Reviews Etablierung eines	LUKS	Ab 2014 kontinuierlich



	systematischen Kennzahlenreportings		
Prozesscontrolling	Letalität und Infekte werden erfasst und mittels Prozesscontrolling sofort ausgewertet (Methode CUSUM)	Gesamtes LUKS	Start mit Pilot SwissNos-messungen 2011
Door to Balloon Time	Europaweit gilt eine Grenze von 90 Minuten. Das LUKS sichert die 90 min. Aufgrund vertiefter Prozessanalysen und –verbesserungen werden 60 Minuten angestrebt.	Kardiologie LUKS	Januar 2013
Projekt Medikationssicherheit	Kontinuierliche Verbesserung der Medikationssicherheit	LUKS	Juli 2012 bis Dezember 2014
Projekt Einführung Patientenarmbänder und Broschüren	Verbesserung der Patientenidentifikation und Patienteninformation	LUKS	Pilot 2013-2014 Rollout 2014
Projekt SURPASS	Checklisten zur Verbesserung des Schnittstellenmanagement und der Sicherheit in der Chirurgie	LUKS	Testphase Dept. Chirurgie 2013-2014 Rollout andere operativ tätige Kliniken 2014
Projekt e-learning	Aufbau einer e-learning Plattform für das LUKS	LUKS	Pilot 2014, dann Entscheid
Haftpflichtfallanalyse	Prävention weiterer Haftpflichtfälle	LUKS	kontinuierlich
Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	Systematische Risikobeurteilung auf Stufe Unternehmen	LUKS	kontinuierlich
Konzeptumsetzung Qualitätsmanagements	Zentrale Koordination und Vereinheitlichung	LUKS	Umsetzung von November 2011 bis Ende 2014
Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte, die Steigerung der Patientenzufriedenheit und das Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen	LUKS	kontinuierlich
Neues Konzept kontinuierliche Austrittsbefragung	Vereinheitlichung des Fragebogens über die drei Standorte und der Auswertung	Alle drei Standorte	Umsetzung ab 2013
CH Qualitätslabel für Brustzentren	Einbindung von bis zu 7 Partnerspitälern in der Zentralschweiz sowie Zertifizierung nach EUSOMA	Brustzentrum Luzern und Netzwerk	Erstzertifizierung 2013
Einführung eines Instrumentes zur Erfassung der Lebensqualität bei Patientinnen mit Brust- oder Unterleibskrebs im Rahmen einer Studie	Die Lebensqualität soll mit validierten Instrumenten erfasst werden. Die Art der Therapie soll in Hinblick auf die Lebensqualität evaluiert werden. Kontinuierlich werden Patientinnen aus Luzern und dem Netzwerk für die Lebensqualitätsstudie rekrutiert.	Neue Frauenklinik Luzern	2011
Qualitätszirkel mit Hausärzten	Die optimale Behandlung bedingt, dass die diversen Behandler optimal abgestimmt sind. Prozessverbesserungen	LUKS Sursee, Luzern	laufend

	im Fokus des Patienten.		
ePA AC	Einführung	Pilotstationen	laufend
Pflegequalität LUNIS	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Patienten- und Familienzentrierte Pflege	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Profil 2010	Erhaltungsmassnahmen 1. Funktionsdiagramm inkl. Stellenbeschreibung 2. neues Führungskonzept 3. FaGe Integration	LUKS	laufend
Dekubitusprävention	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Wundmanagement	Wunderfassung	LUKS	laufend
Sturzprävention	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
Konzept Palliativ Care	Erhaltungsmassnahmen	LUKS Sursee, Wolhusen	laufend
Pflegeprozess	Erhaltungsmassnahmen	LUKS	laufend
KIS TP Pflege	Standardisierung der Pflegedokumentation im LUKS. Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation	LUKS	laufend
Pflegekonzept Mundpflege	Einführung	LUKS	laufend
Pflegekonzept Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Einführung	LUKS	laufend
Pflegekonzept Kontinenz	Erhaltungsmassnahmen	LUKS Luzern Rehabilitation	laufend
EFQM	Kontinuierliche Verbesserung des QM, 2013 Stufe Committed to Excellence	Departement Pflege und Soziales	laufend
Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Entlassungsmanagement inkl. Anpassung der Pflegedokumentation	1. Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. 2. Anschlussversorgung ist frühzeitig abgeklärt und rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatums beim Eintritt Visite bei allen Patienten).	LUKS	laufend
Transkranielle Magnetstimulation-Studie bei Gesunden (SNF Projekt)	Untersuchung der neuralen Grundlagen von Gestik	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Gestikstörung bei Apraxie (Masterarbeit Uni Bern)	Untersuchung der Alltagsrelevanz von Störungen Der Gestik bei Apraxie	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Validierung von selbstentwickelten Tests für Apraxie (DKF, Uni Bern)	Entwicklung von Apraxie-Tests	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Funktionelle Bildgebung bei	Untersuchung der Neuralen	LUKS Luzern:	laufend

Parkinson (Parkinson Schweiz)	Basis von Dexteritätsproblemen bei Parkinson	Rehabilitation	
Transkranielle Magnetstimulation bei Parkinson (SNF Studie)	Evaluation nicht-invasiver Therapiemethoden zur Behandlung von Dexteritätsproblemen bei Parkinson	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Transkranielle Magnetstimulation bei Neglekt (SNF-Studie)	Entwicklung nicht-invasiver Therapiemethoden	LUKS Luzern: Rehabilitation	2010-2012
Interdisziplinäres Sturzkonzept bereichsspezifisch	- Assessment -Prävention-Evaluation - Mitarbeiterfortbildung	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige	Informationen zu Ablauf, Arbeitsweise der Fachbereiche, Philosophie und Kontaktaufbau	LUKS Luzern: Rehabilitation	laufend
Studie ETH ICF - basierter Rehabilitationsprozess	Rehaprozess und interdisz. Kommunikation ersichtlich darstellen	Neurorehabilitation Interdisziplinär	2010 - 2012
Outcome - Studie (Dissertation)	Evaluation der Rehaziensetzung und Beurteilung der langfristigen Zielsetzung	Neurorehabilitation	2010 - 2013
Gesundheit am Arbeitsplatz	kontinuierliche Messung der Nadelstichverletzungen, Analysen der Unfallprotokolle, Analyse aller Betriebsunfälle	LUKS	laufend
Konsequentes Ausnutzen des Potentials moderner IT-Infrastrukturen in der Pathologie	1. Minimierung von technischen Fehlern 2. Verminderung des Risikos von kognitiven Fehlleistungen	Pathologie	2011, laufend
Vereinheitlichung und Optimierung Führungssystem	Durchgängige Systematik der Zielvereinbarung und –verfolgung, z.B. Einführung einer einheitlichen Ausbildungsmatrix für jede Organisationseinheit (Soll- Ist-Vergleich und Ableitung von Ausbildungsmaßnahmen)	Technik, Bau und Sicherheit	Start 2011 laufend
Kontinuität standortübergreifender Erfahrungsaustausch		Technik, Bau und Sicherheit	Start 2009 laufend
Erstellung und Weiterentwicklung von Standards	z.B. Weisung öffentliche Beschaffungen z.B. Redesign Handbuch Bau + Technik und Rollout über alle Standorte (als Grundlage für LUKS Bauprojekte)	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Weiterentwicklung von abteilungsinternen und abteilungsübergreifenden Prozessen	z.B. Überarbeitung und Dokumentation unternehmensweiter Baubudgetprozess z.B. Weiterentwicklung Prozess Raummanagement z.B. Workshops zur Optimierung der Projektarbeit (inkl. Schnittstellen zu Betrieb) z.B. Optimierung von Beschaffungsprozessen in Zusammenarbeit mit	Technik, Bau und Sicherheit	Start 2010 laufend

	Ökonomie		
Jährliche Klausuren im Leitungsteam (Organisations- und Führungsentwicklung)	Regelmässige Standortbestimmungen, inkl. Ableitung von konkreten Massnahmen und Zielsetzungen	Technik, Bau und Sicherheit	laufend
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	Nutzung des Potenzials der Mitarbeiter, Motivation	Fachbereiche der Oekonomie	unbefristet Reaktivierung durch verschiedene Massnahmen und personelle Neubesetzung KVP-Koordinations-Funktion
Einheitliche Anwendung des Beurteilungs- und Fördergesprächs	Erhöhung des Nutzens/der Qualität und der Glaubwürdigkeit des Instrumentes	Fachbereiche der Oekonomie	unbefristet laufende Überprüfung durch Auswertungen der Streuung der Beurteilungswerte
Führen mit Kennzahlen	Unterstützung des Ziel- und Führungsprozesses	Fachbereiche der Oekonomie	Projekt abgeschlossen, Kennzahlensystem wird laufend ausgebaut
TBS interne Vorgesetztenbeurteilung	Extern organisierte Vorgesetztenbeurteilung mit moderierten Auswertegesprächen zur Verbesserung der Führungsarbeit und Mitarbeiterzufriedenheit	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012
Strategie Baumanagement 2013 - 2022	Analyse der TBS-Rolle im Baumanagement hinsichtlich künftiger Grossprojekte, Ausarbeitung der strategischen Ausrichtung für 10 Jahre, inkl. Definition von Optimierungsmassnahmen und umfassender Ressourcenanalyse	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012
Optimierung / Repositionierung Medizintechnik (Konzept MTS)	Schaffung von Strukturen und Prozessen, welche den Herausforderungen der technologischen Entwicklung gewachsen sind.	Technik, Bau und Sicherheit	Seit 2012
Prozessmanagement	Fördern des Denkens in Prozessen Erhöhung von Effizienz und Effektivität in der Leistungserbringung  Zusammenführung der Q-Systeme Gastronomie LU mit SU/WO	Gastronomie SU/WO  Gastronomie LUKS	2012 bis 2014 Einführung des Prozessmanagement in der Gastronomie in Sursee und Wolhusen  2013 bis 2015
Schulung der Lungenliga LU-ZG	Bekanntmachen unserer Dienstleistungen bei neuen Mitarbeitenden der Lungenliga	Montana alle medizinischen Angebote	März 2012
Einführung Slack-Line Therapie	Erweiterung des Therapieangebots, Steigerung der Attraktivität der Therapien	Montana Physiotherapie	Frühling 2012
Erweiterung elektr. Kardex	Vitalkurven im elektr. Patientendossier, Medikamentierung	Montana Pflege, Medizin	Frühling 2012
Umsetzung HACCP Konzept	Überarbeitung des Hygiene Konzept und der Lebensmittel-Verarbeitung nach HACCP Richtlinien	Montana Küche	Herbst 2012
Dispositiv besondere Lagen:	Optimierung der	Montana alle Bereiche	Oktober 2012

Einsatzübung mit lokaler Feuerwehr	Zusammenarbeit zwischen lokaler Feuerwehr, Krisenstab der Klinik und des Personals		
------------------------------------	--	--	--

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?	
<input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> , unser Betrieb hat kein CIRS?
Begründung	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Ja</b> , unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.
	<input checked="" type="checkbox"/> Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.
Bemerkung	

## I Schlusswort und Ausblick

Wir als LUKS sehen die Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen unseres Handelns als interdisziplinärer und vernetzter Leistungserbringer. Eine der grössten Herausforderungen ist die Verbesserung des patientenorientierten Schnittstellenmanagements. Dies gelingt uns u.a. durch Zentren- und Plattformenbildung<sup>14</sup>, wie z.B. das zertifizierte Brust- und Gynäkologische Krebszentrum sowie das Darm- und Pankreaszentrum. Daneben ist ein umfassendes Informationsangebot als Grundlage für die richtigen therapeutischen Entscheidungen Voraussetzung.

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

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

---

<sup>14</sup> Plattformen sind medizinische Dienstleistungszentren: Dazu gehören die Interdisziplinäre Intensivstation, der OP-Betrieb am Zentrumsspital und die Interdisziplinäre Notfallstation. Weitere sind im Aufbau/Planung  
Qualitätsbericht 2013  
Luzerner Kantonsspital



## Anhänge

## Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:

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, Rehabilitation und Langzeitpflege 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 Spitalern 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.



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.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). Die Begleitkommission Qualitätsempfehlung der SAMW prüft publizierte Qualitätsberichte und befürwortet die einheitliche Verwendung der strukturierten H+ Vorlage.