



Luzerner Kantonsspital

6000 Luzern 16

Tel. 041 205 11 11 (Zentrale)

Fax 041 205 44 11 (Zentrale)

			
	Akutsomatik	Rehabilitation	

Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	4
B	Qualitätsstrategie	5
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	5
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	5
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	5
B6	Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
C	Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
C1	Kennzahlen Akutsomatik	7
C2	Kennzahlen Psychiatrie	7
C3	Kennzahlen Rehabilitation	7
C4	Kennzahlen Langzeitpflege	7
D	Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	8
D1	Zufriedenheitsmessungen	8
D1-1	Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit	8
D1-2	Systematische Angehörigenzufriedenheit	9
D1-3	Mitarbeiterzufriedenheit	10
D1-4	Zuweiserzufriedenheit	11
D2	ANQ-Indikatoren	12
D2-1	Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte	12
D2-2	Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen	12
D2-3	Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO	13
D2-4	Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen	13
D3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
D4	Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
D5	KIQ-Pilotprojekte	16
D5-1	KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie	16
D5-2	KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation	16
E	Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)	17
E1	Pflegeindikatoren	17
E1-1	Stürze	17

E1-2	Dekubitus (Wundliegen)	17
E2	Weitere Qualitätsindikatoren	18
E2-1	Zusatz für Langzeitpflege	18
E2-2	Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings	18
F	Verbesserungsaktivitäten	19
F1	Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard	19
F2	Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten	19
F3	Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte	21
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	27
G	Schlusswort und Ausblick	29
H	Impressum	30
I	Anhänge	31

A

Einleitung



Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und umfasst das Zentrumsspital Luzern, die beiden Grundversorgungsspitäler Sursee und Wolhusen sowie die Luzerner Höhenklinik Montana. Im LUKS sorgen ca. 5'500 Mitarbeitende für das Wohl der Patienten. Es versorgt ein Einzugsgebiet mit 500'000 Einwohnern (900 Akutbetten) und behandelt jährlich 36'000 stationäre und 140'000 ambulante Patienten. Das Zentrumsspital der Zentralschweiz ist das grösste nichtuniversitäre Krankenhaus der Schweiz.

Das LUKS sieht Qualität als strategischen Faktor. Ab 2012 wird die freie Spitalwahl und SwissDRG Realität werden. Unter SwissDRG werden Wiedereintritte nicht mehr vergütet. Das LUKS stellt sich dieser Herausforderung bereits heute. Es hat als erstes Spital der Schweiz SwissDRG als nationalen Piloten technisch eingeführt.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Freitextfeld

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Einführung des "time out" zur Verhinderung von Seitenverwechslungen bei chirurgischen Eingriffen im gesamten LUKS.

(Zur Vermeidung von Verwechslungen wird vor jedem Eingriff der Patient aktiv identifiziert und mit Hilfe einer Checkliste nach Vorgabe der WHO überprüft.)

Patientenzufriedenheitsumfrage PEQ.

Vorbereitung einer erstmaligen Akkreditierung des pathologischen Institutes für das Jahr 2010.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

- "Time out" unternehmensweit umgesetzt.
- An Umfrage "Patientensicherheit aus Patientensicht" teilgenommen und Lehren daraus gezogen.
- Teilnahme am Pilot Patientenempfehlung und Mitentwicklung Broschüre zusammen mit der Stiftung für Patientensicherheit.
- Erfolgreiche Überwachungsaudits nach SanaCERT, des Brustzentrums und Labors.
- Start EFQM Akkreditierung Ökonomie.
- Zusammenführung des CIRS-Systems über alle drei Standort der Akutversorgung.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Im Vordergrund stehen die Optimierung der interdisziplinären Prozesse und der Schnittstellen in den Kliniken. Im Zentrum ist die Patientensicherheit und Massnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit. Ein transparentes Behandlungsangebot, Termintreue und kurze Wartezeiten sind essentielle Elemente.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

- ☐ Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
- ☒ Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
- ☐ Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
- ☐ Andere Organisationsform, nämlich:

Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt 210 Stellenprozente zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Dr. med. Thomas Kaufmann	041/205 42 75	thomas.kaufmann@ksl.ch	<u>Leiter Qualitäts- und Riskmanagement</u>
Dr. sc. hum. André Baumgart	041/205 42 87	andre.baumgart@ksl.ch	<u>Qualitätsmanager</u>
Susanne Pfenninger	041/926 50 10	susanne.pfenninger@ksl.ch	Qualitätsmanagerin
Dr. theol. Simon Huber	041/205 44 30	simon.huber@ksl.ch	Qualitätsmanager Patientenombudsman
Dr. med. Ute Buschmann	041/205 25 11	ute.buschmann@ksl.ch	Riskmanagerin
Silvia Stumpe	041/205 18 04	silvia.stumpe@ksl.ch	Leiterin Pflegeentwicklung ad interim Pflegeexpertin Stufe 2 Spezialkliniken, Sturzkonzept
Kristin Jaggi	041/205 12 77	kristin.jaggi@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Kinderspital
Gaby Oberson	041/205 19 33	gaby.oberson@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Intensiv- und Notfallmedizin, Anästhesie, Chirurgie Patientenzentrierte Pflege
Claudia Limacher	041/205 20 96	claudia.limacher@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Medizin, Dekubituskonzept
Anna Maria Peschak	041/926 53 96	annamaria.peschak@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Sursee, Dekubituskonzept
Cornelia Schnarwiler	041/205 14 96	cornelia.schnarwiler@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Medizin
Pia Pfenniger	041/492 88 07	pia.pfenniger@ksl.ch	Pflegeexpertin Stufe 2 Wolhusen
Dieter Gralher	041/205 20 47	dieter.gralher@ksl.ch	Pflegeexperte Stufe 2 Medizin, Intensivmedizin



Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	99'100	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene		
Anzahl stationäre Patienten	37'074	(inkl. Geburten; exkl. Rehab)
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene		
Anzahl Pflegetage gesamt	290'094	
Bettenanzahl per 31.12.	840	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	7,4	Berechnung: Austritts- minus Eintrittstag plus eins
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte	Luzern, Wolhusen, Sursee	

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflegetage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahmepflicht		☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten	227	
Anzahl Pflegetage gesamt	10'079	
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	44,4	
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte	Montana, Neuro-Rehabilitation in Luzern	

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.	500'000	
Anzahl Pflegetage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		



Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?

- ☐ **Nein**, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution **nicht** gemessen.
- ☒ **Ja**. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.
- ☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: 2007 Nächste Messung: 2010
- ☒ Ja. Im **Berichtsjahr 2009** wurde eine Messung durchgeführt.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?

- ☒ Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... → ☐ ...nur an folgenden Standorten: PEQ gemäss Vorgabe ANQ
- ☐ In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... → ☒ ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
- Chirurgie, Frauenklinik, Medizin
 - Kontinuierliche Messung BM:
 - Sursee/Wolhusen
- ☐ In allen Stationen / Abteilungen, oder... → ☐ ...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	5.39	Standort Luzern, Sursee, Wolhusen
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	5.43	
Pflege	5.46	
Organisation	5.27	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

☐ Mecon ☐ Picker ☒ VO: PEQ ☐ MüPF(-27) ☐ POC(-18)		☐ Anderes externes Messinstrument Name des Instrumentes: PEQ 09 Name des Messinstitutes: Mecon	
☐ eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes		PEQ 09	
Einschlusskriterien		siehe PEQ-Vorgaben	
Ausschlusskriterien		dito	
Rücklauf in Prozenten		40.9	
Erinnerungsschreiben?		☒ Nein. ☐ Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
☒	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
☒	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2008 Nächste Messung: 2011
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☒	...nur an folgenden Standorten: Kinderspital
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		Benchmark mit 8 Kinderspitäler
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
☐	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	x Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2005 Nächste Messung: 2010
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten: keine Messung im Jahr 2009
☐	In allen Kliniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

ca. im Oktober 2010 liegen aktuelle Messergebnisse des Luzerner Kantonsspitals mit seinen 4 Standorten Luzern, Sursee, Wolhusen und Montana vor. Es wird mit der Firma MeCon zusammengearbeitet.

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
☐	Nein , die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
☒	Ja . Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2008
☐	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		Nächste Messung: 2010

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
☐	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	☐	...nur an folgenden Standorten:
☐	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	☐	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
☐	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	☐	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen

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

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

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	Name des Messinstitutes	
☐	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		☐ Nein.	☐ Ja, Einsatz wie folgt:

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?				
☐ Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.				
☐ Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.				
☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: Nächste Messung:				
☐ Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.				
Spitalgruppen: an welchen Standorten?				

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen				
Diese Messung ist erst für 2010 vorgesehen und noch nicht frei gegeben!				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).				
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.				
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.				

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?			
☐ Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.			
☐ Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.			
☐ Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: Nächste Messung:			
☐ Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
Diese Messung ist erst für 2010 vorgesehen und noch nicht frei gegeben!			
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?		
☐	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.	
☒	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☒	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		Luzern, Sursee, Wolhusen

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
☐ Gallenblase		
☐ Blinddarmentfernung		
☐ Hernieoperation		
☒ Operation am Dickdarm		noch keine validen Ergebnisse
☐ Kaiserschnitt		
☒ Herzchirurgie		noch keine validen Ergebnisse
☒ Hüftgelenksprothesen		noch keine validen Ergebnisse
☒ Kniegelenksprothesen		noch keine validen Ergebnisse
☒ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		

D2-4 Beteiligung an anderen Infektions-Messprogrammen



Werden die Infektionen im Betrieb mit einem anderen Programm als mit SwissNOSO gemessen?		
☒	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.	
☐	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen, jedoch nicht mit SwissNOSO.	
☐	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: Nächste Messung:
☐	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		

Infektions-Messthema	

Messung im Berichtsjahr 2009	
Gemessene Abteilungen:	
Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).	
☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	
☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009	
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema	AMIS plus (acute myocardial infarction in Switzerland)		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Medizin (alle Standorte)		
Gemessene Abteilungen:	Koronare Symptome	Ergebnis:	Differenzierter 7 seitiger Fragebogen mit vielen relevanten Ergebnissen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		AMIS Plus

Messthema	KIQ Reha		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Reha Luzern		
Gemessene Abteilungen:	Neurorehabilitation	Ergebnis:	vorhanden, ebenfalls Benchmark
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes: Eigenentwicklung, parallel zu CH-Projekt		
☒ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		Rehabnet

Messthema	ASF		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Alle Standorte		
Gemessene Abteilungen:	Gynäkologie/Geburtshilfe	Ergebnis:	vorhanden, Benchmark innerhalb der QuaZentral Spitäler
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☐ internes Instrument	Name des Instrumentes:		

D4 Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
QuaZentral	alle Standorte	ASF/AMIS/BfS	Laufendes Projekt mit Prozesskontrolle und Audit bei Auffälligkeiten
AQC	alle Standorte	AQC	Laufende Messung
Bemerkungen			

Legende:

- ¹ A=Ganzer Betrieb, übergreifend
 B=Fachdisziplin, z. Bsp. Physiotherapie, Medizinische Abteilung, Notfall, etc.
 C=einzelne Abteilung
- ² A=Fachgesellschaft
 B=Anerkannt durch andere Organisationen als Fachgesellschaften, z. Bsp. QABE
 C=betriebseigenes System
- ³ A=Umsetzung / Beteiligung seit mehr als einem Jahr
 B=Umsetzung / Beteiligung im Berichtsjahr 2009
 C=Einführung im Berichtsjahr 2009

D5 KIQ-Pilotprojekte



Das nationale KIQ Pilotprojekt Psychiatrie, getragen von H+, Santésuisse und MTK, mit Beisitz der Fachstelle für Qualitätssicherung des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, spezifiziert für die Psychiatrie und die beiden Bereiche der muskuloskelettalen sowie neurologischen Rehabilitation, Qualitätsförderungsbemühungen gemäss KVG und KVV. Mit klinikinternen Messungen sowohl aus Patientensicht (Selbstrating) als auch aus Behandlungssicht (Fremdrating), mit einem regelmässigen Austausch und einer Vernetzung zwischen allen Pilotkliniken und auch einem systematischen Vergleich der Messergebnisse der Pilotkliniken wird im zweijährigen Pilot die Qualität und die Reflexion über Verbesserungsmaßnahmen gefördert.

Erst im März 2009 schlossen sich die nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung **KIQ** und der Interkantonale Verein für Qualitätssicherung und -förderung **IVQ** zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken **ANQ** zusammen. Deshalb wird in diesem Berichtsjahr noch die Bezeichnung KIQ verwendet.

D5-1 KIQ-Pilotprojekt Erwachsenenpsychiatrie



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja	Gewählte Messvariante: ☐ Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen ☐ Symptombelastung, Lebensqualität ☐ Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
☐ nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
☐ ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: ☐ Lendenwirbelsäule (LWS) ☐ Halswirbelsäule (HWS) ☐ Untere Extremitäten (UEX) ☐ Obere Extremitäten (OEX) ☐ ganzer Körper (SYS)
☒ ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
☐ nein	



Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Sturzprävention



Definition des Messthema „Sturz“			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:			
Ergebnis gesamt:		Anteil mit Behandlungsfolgen:	
		Anteil ohne Behandlungsfolgen:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒	internes Instrument	Name des Instrumentes:	
☐	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009						
Spitalgruppen: an welchen Standorten?						
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis gesamt:				
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☐ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.						
Entstehungsort der Dekubiti		Werte (quantitativ)				
		gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Anzahl Dekubiti bei Eintritt und Rückverlegung						
Anzahl Dekubiti während dem Aufenthalt in der Institution.						
Beschreibung des Umgangs mit den beiden Situationen						
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009						
☒	internes Instrument	Name des Instrumentes:				
☐	externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:				

E2 Weitere Qualitätsindikatoren

E2-1 Zusatz für Langzeitpflege



Indikator	Werte: [%] oder quantitativ	Bemerkungen
Freiheitseinschränkende Massnahmen: Dokumentation der Häufigkeit im Verhältnis der Gesamtfälle und der Massnahme pro Fall		
Anzahl Fälle mit Dauerkatheter		
Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohner	☐ Richtlinien bestehen.	☐ Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Qualität in der Herzchirurgie		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	Herzchirurgie Luzern		
Gemessene Abteilungen:	Herzchirurgie	Ergebnis:	kontinuierliche Auswertungen
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☐ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Selbstentwickelte Datenbank	
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema	Zensus-Studie Austritt		
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	LUKS		
Gemessene Abteilungen:	Alle	Ergebnis:	
☐ Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). ☒ Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. ☒ Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
☒ internes Instrument	Name des Instrumentes:	Survey	
☐ externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Verbesserungsaktivitäten



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

F1 Zertifizierungen und angewendete Normen / Standard

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Angewendete Norm	Zertifizierungs- jahr	Jahr der letzten Rezertifizierung	Bemerkungen
LUKS Sursee/Wolhusen	sanaCERT	seit 2001	2008	Überwachungsaudit 2009, nächste Zertifizierung 2011
LUKS Luzern: Brustzentrum	DKG-DGS	2006	2008	Überwachungsaudit 2010, nächstes Audit 2012
LUKS Luzern: Pathologie	Akkreditiert nach Norm 17025	2009	2009	
LUKS Luzern: Zentrum für Labor Medizin	Akkreditiert nach ISO/IEC 17025 : 2005	2005	2008 ⁽¹⁾	Prüfstelle STS 461
LUKS Luzern, Sursee und, Wolhusen: Rettungsdienste	Zertifikat des IVR	Luzern 2006 Sursee Wolhusen 2007	2009	
LUKS Wolhusen	SRC Anerkennung für Basic Life Support Kurse	2009		
LUKS	Stillfreundliche Klinik der Unicef	2005	2008	Jährliches Audit
LUKS	EKAS-Norm	2010		

F2 Übersicht von weiteren, laufenden Aktivitäten

Auflistung der aktuellen, **permanenten** Aktivitäten

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Aktivität (Titel)	Ziel	Status Ende 2009
LUKS	CIRS-System	Lernen aus Beinahe- Zwischenfällen	Anzahl CIRS- Meldungen auf konstant hohem Niveau. Neu: Erweiterte Kategorisierung zur vertieften Analyse, um Systemschwä- chen noch genauer

			und frühzeitiger zu erkennen. Am Ende des Jahres findet ein über-regional beachteter CIRS-Tag statt: Das diesjährige Thema wird das Reporting sein.
LUKS	Synopsis der Haftpflichtfälle	Ein Schadenfall soll in der erfolgten Form nicht wieder eintreten. Die Prämie soll gesenkt werden.	Ca. alle drei Monate kann eine Mitteilung versandt werden.
Standorte Wolhusen Sursee, plus Medizin, HNO, Kinderspital	Kontinuierliche Austrittsbefragung	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte	laufend
LUKS	Beschwerdemanagement mit Patientenombudsstelle	Die Resultate der Auswertungen sind Ausgangspunkt für Projekte, aktuell z.B. für das Projekt kundenorientierte Patientenaufnahme	laufend
LUKS Sursee, Luzern	Qualitätszirkel mit Hausärzten	Die optimale Behandlung bedingt, dass die diversen Behandler optimal abgestimmt sind. Prozessverbesserungen im Fokus des Patienten.	laufend
Technik, Bau, Sicherheit	Standardisierung CAD	Standardisierung der Objektdokumentation. Laufende Aktualisierung und Optimierung CAD-Handbuch und Prozesse.	
Technik, Bau, Sicherheit	Pflege Handbuch Bau + Technik	Ziel: Sicherstellung eines nachhaltigen und kostengünstigen Betriebs und Unterhalts der Infrastruktur durch dokumentierte Standards.	
Technik, Bau, Sicherheit	Vereinheitlichung der Kundenbeziehungen mit Dritten	Vereinheitlichung Untermietverträge, Transparenz über Dienstleistungen und Kosten	
Ökonomie	Einführung EFQM	Ausbreitung der EFQM-Philosophie in allen Bereichen der Ökonomie als Basis für eine kontinuierliche Q-Entwicklung. Ziel 2009: ->Commitment to Excellence	Projekt gestartet, Projekt- und Terminplan erstellt, externe Berater bestimmt
LUKS Sursee/Wolhusen	Beschwerdenmanagement	Permanente Erheben der Patientenzufriedenheit: wiederherstellen der Zufriedenheit; Aufzeigen von Verbesserungs-potenzial - Nutzen zur Qualitätsverbesserungen	aktiv
LUKS Luzern: Medizin	Konzept Palliation	Standard für Patienten, würdevoll und schmerzfrei sterben zu dürfen, sofern sie es wollen und dies plausibel ist (hat nichts mit Sterbe-	Studie mit Potential für ein Rollout über das gesamte Spital

		hilfe zu tun). Im Kanton Luzern ist die Patientenverfügung bindend.	
LUKS Luzern: Rehabilitation, Chirurgie, Frauenklinik	Konzept Mangelernährung	- Assessment mittels Nutritional Score nach Kondrup - Interdisziplinäres Therapiemanagement - Erfassen des Mangelernährungsrisikos und Ableiten von Massnahmen	Rehabilitation: Implementierung 2005, Evaluation 2006 und Anpassung Chirurgie 2007, aktualisiert 2008 Frauenklinik 2008
LUKS Luzern: Chirurgie, Medizin, Rehabilitation	Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	Freiheitseinschränkende Massnahmen sind definiert, Bedingungen, Entscheidungswege, Begleitmassnahmen und Dokumentation festgelegt	Medizin seit 2002, aktualisiert 2008 Chirurgie 2006 Rehabilitation 2008
LUKS	Gesundheit am Arbeitsplatz	kontinuierliche Messung der Nadelstichverletzungen, Analysen der Unfallprotokolle, Analyse aller Betriebsunfälle	
LUKS Luzern: Frauenklinik	Zertifizierung des Nachtarztes	Anspruchsvolle Aufgaben können nur mit genügendem theoretischen und praktischen Wissen gelöst werden, aber auch Kenntnis interner Abläufe (z.B. wie organisiere ich eine Notfalloperation). Deshalb dürfen diese Aufgaben erst übernommen werden, wenn die Befähigung durch eine Zertifizierung ausgewiesen ist.	Laufend, Ausbreitung in weitere geeignete Bereiche

F3 Übersicht über aktuelle Qualitäts-Projekte

Auflistung der aktuellen Qualitätsprojekte im Berichtsjahr (laufend / beendet)

Bereich (ganzer Betrieb oder Standort / Abteilung / Disziplin)	Projekt (Titel)	Ziel	Laufzeit (von ... bis)
LUKS	Medikationssicherheit	Das richtige Medikament dem richtigen Patienten in der richtigen Dosierung zur richtigen Zeit.	Vorstudie
LUKS	PATEM TIP	Einbindung des Patienten zur Steigerung der Patientensicherheit	2008-2010
LUKS	Studie zur Patientenzufriedenheitsmessung		
Medizin/Chirurgie	Patientensicherheit aus Patientensicht	Defizite aufdecken und verbessern	2008-2009
LUKSI	Coaching für Kaderärzte	Verbesserte Kommunikation zur Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit, Fördern einer verbesserten Fehlerkultur (80% der Ärzte)	

		stehen offen zu Fehlern)	
LUKS Sursee	Entlassungsmanagement inkl. Anpassung der Pflegedokumentation	Das Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. Die Anschlussversorgung ist durch Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatum bei Eintritt frühzeitig abgeklärt und rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert.	Pilot auf einer Station 2008/09
LUKS Sursee/Wolhusen	Projekt Schmerzbekämpfung Überarbeiten der Konzepte akuter und chronischer Schmerz, inkl. Handlungsanweisung.	Verminderung / Vermeidung von akutem und chronischem Schmerz (PDCA Aufnehmen der Prophylaxe und Therapie des Chronischen Schmerzes in das Konzept Schmerzbekämpfung)	2008 - 06/2009 anschliessend kontinuierlich im QZ-Schmerzbekämpfung
LUKS Sursee/Wolhusen	Überarbeiten des Konzepts Einführung neuer Mitarbeitenden	Einheitliche, umfassende Einführung auf allen Stationen Erhalten/Verbessern der Arbeitszufriedenheit, Arbeitsleistung und Arbeitsqualität.	Eingeführt 1.1.09
LUKS Sursee	Palliativ Care	Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Ausweis der Pflegeleistung in Palliative Care	
LUKS Luzern: Medizin und Chirurgie	Patientensicherheit aus Patientensicht, Pilotstudie der Stiftung für Patientensicherheit	Diverse Studien zeigen, dass nebst dem CIRS, die Befragung von Patienten Defizite aufzeigen können. Die Stiftung für Patientensicherheit hat u.a. mit dem LUKS Luzern eine Pilotstudie durchgeführt. Aktuell werden die Resultate analysiert und im Benchmark verglichen, um dann Massnahmen ableiten zu können.	Survey Q iv 2008 Benchmark April 2009
LUKS Luzern: Frauenklinik	Curriculum für Assistenzärzte	Die Oberärzte wurden als Tutoren und Mentoren geschult. Der Fortschritt wird halbjährlich überprüft, schematisch und standardisiert mit Hilfe eines Logbuchs.	
LUKS Luzern: Medizin	Fokusgruppe Patienten (Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit)	Studien zeigen, dass Patienten Defizite in den Prozessen wahrnehmen und diese auch detailliert wiedergeben können. Vergleichstests lassen vermuten, dass die systematische Befragung von Patienten sogar dem CIRS überlegen ist.	Studie, je nach Ergebnis Implementierung
LUKS Sursee / Wolhusen	Palliative Care	1. Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. 2. Ausweis der Pflegeleistungen in Palliative Care während der Hospitalisation.	2008 - 2009
LUKS Sursee / Wolhusen	Entlassungsmanagement (+ Anpassung der Pflegedokumentation: Pflegeanamnese, -massnahmen und Austritt)	1. Entlassungsmanagement ist interdisziplinär prozesshaft verankert. 2. Anschlussversorgung ist frühzeitig abgeklärt und	2008 - 2009

		rechtzeitig bedarfsgerecht organisiert (Festsetzung eines voraussichtlichen Austrittsdatums beim Eintritt Visite bei allen Patienten).	
LUKS Sursee	Einführung neuer Mitarbeiter Pflegebereich / Hebammen	1. Erhalt /Verbesserung der Arbeitszufriedenheit. 2. Erhalt / Verbesserung der Arbeitsleistung und -qualität.	2008 - 2009
LUKS Sursee / Wolhusen	Nichtäthyl bedingtes Delir (nicht Alkoholentzug)	Verringerung des Schweregrads des Delirs bzw. Delirprävention	2008 - 2009
LUKS Sursee	Kindesschutz-Projekt Frauenklinik (Projektleitung: Sozialdienst)	Qualitätssicherung im Rahmen des zivilrechtlich verankerten Kinderschutzes	2009
LUKS Sursee / Wolhusen	Überarbeitung und Erstellung von Standards und Richtlinien (zB. Trachealkanüle; QHandbuch; präop. Vorgehen;...)	Checklisten; Vorgehen; Handhabung; Überprüfung,...	fortlaufend
LUKS	Internes Bildungsangebot	Systematische Unterstützung der Mitarbeitenden in ihre Aufgabenerfüllung	fortlaufend
LUKS	Patienten- und Familienzentrierte Pflege	gesamthafte Umsetzung des Konzept auf allen Abteilungen und Funktionen	2008 - 2010
LUKS	Profil 2010	1. neues Funktionsdiagramm inkl. Stellenbeschreibung 2. neues Konzept der Pflegeorganisation 3. neues Führungskonzept für den Pflegebereich	2008 -2010
LUKS	Pflegeprozess	1. Leitlinie ist erstellt 2. Erarbeitungskonzept ist erarbeitet 3. Instrumente und Massnahmen sind verfügbar	2008 - 2009
LUKS	KIS TP Pflege	1. Erarbeitung der elektronischen Pflegedokumentation 2. Standardisierung der Pflegedokumentation im LUKS 3. Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation	ab 2006 fortlaufend
LUKS Sursee*/ Wolhusen	Schmerzkonzept Konzept: Akuter Schmerz (SZ) Konzept: Chron. SZ Ergänzung nur Sursee 2008 (Handlungsanweisungen) - Vorgehen SZ-Therapie im AWR und IPS - Vorgehen SZ-Therapie für NF-Station (2-14 Jahre) - Vorgehen SZ-Therapie für NF-Station (ab 16 Jahre)	Verminderung / Vermeidung von akuten / chron. SZ (PDCA-Zirkel)	Massnahmen LUKS Sursee: Abklärung, in welchem Medium (Medfolio, Lotus Notes) die Schmerzkonzepte zur Verfügung stehen sollen (derzeit Medfolio und Lotus Notes). Erweiterung der SZ-Konzepte akuter SZ und chron. SZ (vorher: Tumor SZ und postop SZ). Optimierung der postoperativen Schmerztherapie bei Patienten mit Schulter OP. Abklärung Bedarf / Aufwand der postop

			PCA.
LUKS Wolhusen	Ernährungskonzept	Einführung und Umsetzung	Umsetzung und Planung von Schulungen
LUKS Wolhusen	CIRS	Fallbetrachtung und Massnahmenplanung mit STL	laufend
LUKS Wolhusen	Entlassungsmanagement	Integration im Behandlungspfad Hüfte und Knie	abgeschlossen
LUKS	Leitlinie Wundmanagement	- SOP zum einheitlichen Wundmanagement - Wundmanager - Wundbeauftragte (Pflegedienst und Arztdienst) - Wundsprechstunde - Wundtage für Wundbeauftragte zur Wissensvertiefung - Weiterbildungen zum Wundmanagement (intern und extern)	laufend seit 2003, letzte Aktualisierung 2007
LUKS Luzern: Chirurgie, Anästhesie	Richtlinie der postoperativen Schmerztherapie	- Handlungsanleitung zur postoperativen Schmerzbekämpfung - Regelung der Zuständigkeiten	seit 2000, evaluiert 2003, Aktualisierung angestrebt 2009
LUKS Luzern: Rehabilitation, Chirurgie, Frauenklinik	Konzept Mangelernährung	- Assessment mittels Nutritional Score nach Kondrup - interdisziplinäres Therapiemanagement - Erfassen des Mangelernährungsrisikos und Ableiten von Massnahmen	Rehabilitation: Implementierung 2005, Evaluation 2006 und Anpassung Chirurgie 2007, aktualisiert 2008 Frauenklinik 2008
LUKS Luzern: Chirurgie, Medizin, Rehabilitation	Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen	- Freiheitseinschränkende Massnahmen sind definiert, Bedingungen, Entscheidungswege, Begleitmassnahmen und Dokumentation festgelegt	Medizin seit 2002, aktualisiert 2008 Chirurgie 2006 Rehabilitation 2008
LUKS Luzern: Chirurgie 8. / 9. OG	Pilotprojekt Qualitätsstandard für Patienten mit Verwirrtheitsrisiko oder akuter Verwirrtheit`</p> <p>Einführung und Umsetzung des Qualitätsstandards für Patienten mit Verwirrtheitsrisiko oder akuter Verwirrtheit`	- Entwicklung, Einführung und Evaluation des Standards auf der Pilotstation - Richtlinie zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen - Delir -Prävention und Früherkennung mittels DOS (Delirium Beobachtungsskala) - Verfahrensregelung zur Diagnostik und Therapie	evaluiert und beendet 2007 laufend 2008-2009
LUKS	Einführung und Umsetzung des Qualitätsstandard `Patienten- und Familienzentrierte Pflege`	- Die Qualität der pflegerischen Versorgung und Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten sowie den Angehörigen zu verbessern	laufend 2008-2010
LUKS	Kinästhetics-Konzept	- Wissensvermittlung und Befähigung der Pflegenden in Grund-, Aufbau- und	laufend seit 2002

		Peertutorenkursen zur professionellen Bewegungsförderung, um die Gesundheitsentwicklung zu unterstützen und Verletzungsrisiken zu minimieren.	
LUKS Intensivstationen	Kinästhetics-Assessment	Kinästhetics-Assessment mit Auszeichnung	laufend 2006 - 2009
LUKS Luzern	Konzept zur Pflegeberatung	- Struktur und Ablauf der Pflegeberatung zur Optimierung der Patientenbetreuung sind geregelt - Pflegefachpersonen sind unterstützt in schwierigen und komplexen Pflegesituationen	seit 2007, aktualisiert 2008
LUKS Luzern: Rehabilitation	Interdisziplinäres Sturzkonzept bereichsspezifisch	- Assessment -Prävention- Evaluation - Mitarbeiterfortbildung	laufend 2008-2009
LUKS Luzern: Rehabilitation	Blasenrehabilitationskonzept	- Screening- Assessment- Therapie - Evaluation	angestrebt 2009/2010
LUKS Luzern: Rehabilitation	Bezugspersonenkonzept	- Kontinuität in der pflegerischen Versorgung - Anpassungen an bestehendes Konzept	seit 2002 letzte Aktualisierung 2007
LUKS Luzern: Rehabilitation	Interdisziplinäre Veranstaltungen für Angehörige	- Informationen zu Ablauf, Arbeitsweise der Fachbereiche, Philosophie und Kontaktaufbau	seit 2006
LUKS Luzern: Pflegedienst Departement Medizin	Dokumentationsanalyse der Pflegedokumentation nach Qualitätsrichtlinien des SBK • die Dokumentation und ihre Anwendung wurde nach allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien überprüft (siehe Raster: http://www.asi-sbk-fr.ch/dt/media/RasterDSI.doc)	- Sicherung und Dokumentation der Qualitäts, Verbessern der Maßnahmen in Bezug auf die Pflegequalität - laufende qualitative Verbesserung der Pflegedokumentation - laufende Aktualisierung und Weiterentwicklung der Musterpflegedokumentation	laufend 2008-2009
LUKS	Einführung NEXUS MedFolio • Teilprojekt Pflege	Ziele: • Erarbeitung elektr. Pflegedokumentation • Standardisierung • Qualitätsverbesserung (Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Verminderung von Fehlerquellen, Lesbarkeit, Verständlichkeit, Leistungstransparenz, Bedienungsfreundlichkeit, Zugang, einfacher Informationsabruf) Nahziel/Meilenstein: 1. Phase des Pflegepilots auf einer chirurgischen Abteilung sowie Aufwachstation im LUKS Wolhusen	2006 - laufend 2009

LUKS (Luzern)	Absenzenmanagement	Frühzeitiges Erkennen von gefährdeten Mitarbeitenden, damit sofort supportive Massnahmen ergriffen werden können.	seit 2008
---------------	--------------------	---	-----------

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Einführung Team time out	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Vermeidung von Seitenverwechslungen, Erhöhung der Qualitätskultur	
Beschreibung	Implementation eines zweifachen time outs	
Projektablauf / Methodik	In Anlehnung an die Stiftung für Patientensicherheit	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☐ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle operativen Fächer	
Projektevaluation / Konsequenzen		
Weiterführende Unterlagen	Schulungsunterlagen, Flyer	

Projekttitlel	Akkreditierung Pathologie	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Optimieren der internen Prozesse und der Schnittstellen. Kontrolle des Erfolges mittels Akkreditierung.	
Beschreibung	Aufnahme des IST-Zustandes aller Prozesse und Prozessdesign mittels einer Software. Dazu wurde die Stelle eines Qualitätsbeauftragten Pathologie geschaffen.	
Projektablauf / Methodik		
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	Alle Mitarbeiter der Pathologie	
Projektevaluation / Konsequenzen	Kontinuierliche Optimierung gemäss den Auflagen zur Akkreditierung.	
Weiterführende Unterlagen	Zertifikat	

Projekttitlel	Integrales Riskmanagement (Risikokompass)	
Bereich	☒ internes Projekt	☐ externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Etablieren eines integralen Riskamanagements auf Stufe Unternehmen	
Beschreibung	Über 160 potentielle Risiken wurden aufgenommen, bewertet und die 20 für das Unternehmen wichtigsten definiert.	
Projektablauf / Methodik	Ausgedehnte Interviews, Aufnahmen und Analyse der Risiken, unter Einbezug der Finanzkennzahlen Simulation (Monte Carlo-Methode) der künftigen Konzernentwicklung.	
Einsatzgebiet	☐ mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	☒ Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	☐ Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	☐ einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen?	
Involvierte Berufsgruppen	ALLE	
Projektevaluation / Konsequenzen	Resultat: Revisionsfähiger Schlussbericht	
Weiterführende Unterlagen	sind vertraulich	



Wir sehen die Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen unseres Handelns als Leistungserbringer. Als akademisches Lehrspital hinterfragen wir unsere Indikationen kritisch vor einem Evidenzbasierten Hintergrund. Wir halten unsere Strukturen auf einem akzeptierten Standard. Prozessqualität stellen wir durch Standardisierungen und IT-Unterstützungen sicher. Die verschiedenen Dimensionen der Ergebnisqualität überprüfen wir nicht nur hinsichtlich der Patientenzufriedenheit, sondern nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien. Wir verstehen uns als lernende Organisation, die jede Verbesserungsinitiative mitträgt und Verantwortung für die eigenen Leistungen übernimmt. Heute sehen wir die grössten Fortschritte durch Verbesserungen des Schnittstellenmanagements. Dies gelingt uns durch Zentrenbildung mit definierten Kommunikationswegen. Daneben ist ein umfassendes Informationsangebot als Grundlage für die richtigen therapeutischen Entscheidungen Voraussetzung. Die Informationen müssen korrekt, umfassend, jederzeit und ortsunabhängig, jedoch kontextspezifisch vorliegen. Das LUKS kennt im ganzen Unternehmen ausschliesslich das digitale Röntgenarchiv (PACS) und die elektronische Patientenakte. Gerade werden auch die Spezialapplikationen wie Ultraschall, Augenmessgeräte etc. eingebunden und die Darstellungen verbessert, wodurch die einzelnen Untersuchungen chronologisch übersichtlich dargestellt werden. Sie sind jederzeit verfügbar. Damit ist die Informatik zu einem wichtigen Teil der Strukturqualität geworden. Daneben werden die Prozesse fokussiert auf die Patientensicherheit kontinuierlich optimiert.

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

Ein weiterer Megatrend sind die Spitalfusionen. Diverse Studien lassen vermuten, dass es einer Mindestanzahl an Eingriffen bedarf, um Qualität garantieren zu können. Bis dato machen die Fusionen an der Kantonsgrenze halt. Bald werden sie sich vermutlich aber über kantonale Gesundheitsregionen hinweg etablieren.



Impressum

Herausgeber / Lesehilfe



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

© H+ Die Spitäler der Schweiz 2010

Siehe auch www.hplusqualite.ch



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

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

→ www.hplusqualite.ch → Spital-Qualitätsbericht

→ www.hplusqualite.ch → H+ Branchenbericht Qualität

Beteiligte Kantone / Gremien



Die Berichtsvorlage zu diesem Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (**Q**ualitätsentwicklung in der **A**kutversorgung bei Spitälern im Kanton **B**ern) erarbeitet. Im Bericht wird das Wappen dort stellvertretend für QABE verwendet, wo der Kanton die Dokumentation vorschreibt.

Siehe auch http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_gabe



Der Kanton Basel-Stadt hat sich mit H+ Die Spitäler der Schweiz verständigt. Die Leistungserbringer im Kanton Basel-Stadt sind verpflichtet, die im Bericht mit dem Wappen gekennzeichneten Module auszufüllen. Langzeiteinrichtungen im Kanton Basel-Stadt sind von dieser Regelung nicht betroffen.

Partner



Die Empfehlungen aus dem ANQ (dt: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; frz: **A**ssociation **n**ationale pour le développement de **q**ualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge