



MERIAN ISELIN

*Klinik für Orthopädie
und Chirurgie*



**Föhrenstrasse 2
4009 Basel**



Qualitätsbericht 2009

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



Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	3
B	Qualitätsstrategie	4
B1	Qualitätsstrategie und -ziele	4
B2	2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009	4
B3	Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009	5
B4	Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	5
B5	Organisation des Qualitätsmanagements	6
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	20
F4	Ausgewählte Qualitätsprojekte	21
G	Schlusswort und Ausblick	22
H	Impressum	23
I	Anhänge	24



Merian Iselin, die Klinik für Orthopädie und Chirurgie, ist eine hochmoderne, kundenorientierte privatwirtschaftlich geführte Spezialklinik in der Region Nordwestschweiz. Kern unseres Angebots sind stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen auf höchstem Qualitätsniveau. Mit mehr als 7000 Eingriffen pro Jahr sind wir eine der drei grössten privaten Kliniken der Region. Wir bieten umfassende ärztlich-pflegerische Erfahrung, Spitzentechnologie sowie hochstehende Serviceleistungen für unsere Patienten.

Qualitätssicherung durch Schulung

Qualität und Fachkompetenz sind zwei der zentralen Kriterien, die das Urteil von Patienten über eine Klinik beeinflussen. Zur Erreichung höchster Standards tragen unsere Auswahlprozesse für neue Mitarbeitende sowie unsere internen Schulungsprogramme entscheidend bei. Die sorgfältige Ausbildung im Einklang mit unserem Leitbild stellt eine kontinuierliche Qualitätssicherung auf allen Ebenen unseres Unternehmens sicher.

Unser medizinisches Leistungsangebot

Schwerpunkte des Merian Iselin liegen in der orthopädischen Chirurgie, der Urologie, der Chirurgie, der HNO, der plastischen und der wiederherstellenden Chirurgie sowie der Sportmedizin. Insbesondere bei der orthopädischen Chirurgie gehören die chirurgischen Leistungen unserer Belegärzte zum Besten, was die Schweiz zu bieten hat. Arthroskopische und minimalinvasive Eingriffe, kombiniert mit modernsten Anästhesieverfahren, garantieren einen möglichst kurzen Klinikaufenthalt. Bestausgebildete und erfahrene Teams sowie 6 modernste OPs stehen Ihnen zur Verfügung.

Diagnostik und therapeutische Nachbehandlung

Unser Institut für Radiologie verfügt über die wichtigsten bildgebenden Verfahren wie Magnetresonanz- und Computertomographie (MRI und CT), Sonografie, aber auch Mammografie und interventionelle Angioradiologie. Somit sind wir jederzeit in der Lage, die diagnostische Arbeit entscheidend zu unterstützen. Eine logische Ergänzung unserer Schwerpunkte Orthopädie und Sportmedizin ist auch eine umfassende Nachbetreuung der Patienten durch unser Team von erfahrenen Physiotherapeuten. Sie begleiten die Patienten sowohl bei einem stationären Klinikaufenthalt als auch ambulant bis zur vollständigen Genesung.

Vernetzung als Schlüssel zum Erfolg

Wer im heutigen Gesundheitswesen Erfolg haben will, ist gezwungen, sich auf allen Ebenen zu vernetzen. Das Merian Iselin praktiziert dies in hohem Masse. Ob mit anderen Kliniken, mit einer engagierten Ärzteschaft oder auf nationaler und internationaler Ebene.

Der Patient im Zentrum

Als marktorientiertes Unternehmen richten sich unsere Leistungen nach den Bedürfnissen der Patienten. Neue Patientenzimmer, modernste Kommunikationstechnologie, beste Pflege durch ein qualifiziertes Team sowie individuelle patientengerechte Verpflegung lassen keine Wünsche offen. Das Merian Iselin ist an vorderster Front, wenn neue Standards gesetzt werden. Wir kennen die Anforderungen und Qualitätsmassstäbe, die für den Erfolg einer modernen Spezialklinik unerlässlich sind.



B1 Qualitätsstrategie und -ziele

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen müssen sich Privatkliniken im Markt klar profilieren und positionieren. Qualität, Fachkompetenz und Sicherheit spielen dabei eine zentrale Rolle. Unsere Qualitätsarbeit beruht auf dem EFQM-Modell für Excellence. Nach diesem Prinzip arbeiten wir täglich.

Im Merian Iselin steht der Mensch immer im Mittelpunkt. Ob Patient, Angehöriger, Besucher, Mitarbeiter, Belegarzt, Kostenträger, Lieferant, Kooperationspartner oder im Allgemeinen die Öffentlichkeit, einer unser obersten Unternehmensgrundsätze ist die Kundenzufriedenheit.

Der Kunde und darunter verstehen wir alle Stakeholder, also Belegärzte und Patienten, setzt den Massstab für die Qualität. Das Urteil des Kunden über unsere Qualität ist somit ausschlaggebend.

Durch einen kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess soll über das Engagement aller Mitarbeiter auf allen Ebenen die Qualität unserer Dienstleistungen permanent gesteigert werden.

Unsere Belegärzte stehen für eine freie Arzt- und Spitalwahl. Sie betreuen ihre Patienten hochkompetent und persönlich. Sie sind permanent verfügbar und engagieren sich für allgemein und für privat Versicherte. Belegärzte achten besonders auf den Schutz der Privatsphäre und messen den Wünschen der Patienten hinsichtlich des Ablaufes der Behandlung grösste Bedeutung zu.

Zu Ihrem Wohlergehen, während Ihres Aufenthaltes in unserer Spezialklinik, tragen der hohe Pflegestandard, die sorgfältige Ausbildung und die kontinuierliche interne Schulung unserer Mitarbeiter bei.

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

B2 2-3 Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2009

Strukturqualität

- Hauptschwerpunkt war die Initialisierung des Projekts DRG. Daraus resultierte eine Vielzahl von Teilprojekten, welche lanciert wurden. Unter anderem die Evaluation und Einführung der elektronischen Betten- und OP-Disposition, die Erarbeitung von Behandlungspfaden, Evaluierung des zukünftigen Pflegearbeitsplatzes, um nur einige exemplarisch zu nennen.

Prozess und Ergebnisqualität

- Im stationären Bereich wurden die postoperativen Wundinfektionen mit dem System von Swiss-NOSO erfasst.
- Erarbeitung von Behandlungspfaden im stationären orthopädischen / chirurgischen Bereich.
- Einführung eines Verbesserungs- und Ideenmanagement-Instrumentes in diversen Dienstbereichen der Klinik.

Allgemeine Massnahmen der Qualitätssicherung und –Entwicklung

- Durchführung eines weiteren Self-Assessments nach dem EFQM-Modell für Excellence mit externer Unterstützung durch SAQ.

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2009

Siehe Kapitel D und E „Verfahren der externen und internen vergleichenden Qualitätssicherung“ sowie Kapitel F „Verbesserungsaktivitäten“ nachfolgend.

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualität wird auch in Zukunft ein zentral wichtiger Faktor für das Merian Iselin sein. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen wie zum Beispiel die Abläufe und Strukturen im Rahmen des Prozessmanagements hinsichtlich der Einführung von DRG anzupassen. Oberstes Ziel ist es auch hier, die messbare und erlebbare Qualität in unserer Spezialklinik weiter zu optimieren.

Die Einführung zusätzlicher Qualitätsindikatoren, welche auf kantonalen und nationalen Empfehlungen und Vorgaben basieren, bieten für uns auch jeweils die Möglichkeit, uns weiter zu entwickeln.

Prozessdokumentationen werden zusätzliche Bedeutung erlangen. Prozessanalysen und Prozessoptimierungen werden die Wirtschaftlichkeit sowie die Konkurrenzfähigkeit sichern.

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Andere Organisationsform, nämlich:
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	180 Stellenprozent zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
Stephan Fricker	061-305 12 10	stephan.fricker@merianiselin.ch	CEO
Mario Grava	061-305 13 92	mario.grava@merianiselin.ch	Leiter Qualitätsmanagement
Monika Wenger	061-305 12 64	monika.wenger@merianiselin.ch	Pflegefachfrau Qualität
Beate Dominiak	061-305 14 08	beate.dominiak@merianiselin.ch	Beraterin für Infektprävention
Dr. Manfred Füeg	061- 305 16 62	manfred.fueg@merianiselin.ch	Leiter Hygieneausschuss MI

C

Betriebliche Kennzahlen zur Qualitätssicherung

C1 Kennzahlen Akutsomatik



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl ambulante Fälle	27'527	
, davon Anzahl ambulante, gesunde Neugeborene	0	keine Geburtshilfe
Anzahl stationäre Patienten	5'675	
, davon Anzahl stationäre, gesunde Neugeborene	0	keine Geburtshilfe
Anzahl Pflage tage gesamt	38'030	
Bettenanzahl per 31.12.	120	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.7 Tage	
Durchschnittliche Auslastung der Betten	86.83%	
Spitalgruppen: Nennung der akutsomatischen Standorte		

C2 Kennzahlen Psychiatrie



Kennzahlen				
	Anzahl Behandlungen	Anzahl Plätze	Ø Behandlungsdauer	
ambulant		---	---	---
Tagesklinik				---
	Anzahl Betten	Anzahl Fälle	Ø Verweildauer	Anzahl Pflage tage
stationär				
Der Betrieb hat volle Aufnahme pflicht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spitalgruppen: Nennung der psychiatrischen Standorte				

C3 Kennzahlen Rehabilitation



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl stationäre Patienten		
Anzahl Pflage tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung der Betten		
Spitalgruppen: Nennung der Rehabilitations-Standorte		

C4 Kennzahlen Langzeitpflege



Kennzahlen	Werte	Bemerkungen
Anzahl Bewohner gesamt per 31.12.		
Anzahl Pflage tage gesamt		
Bettenanzahl per 31.12.		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer		
Durchschnittliche Auslastung		
Spitalgruppen: Nennung der Langzeitpflege-Standorte		

D

Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

D1 Zufriedenheitsmessungen

D1-1 Patienten- oder Bewohnerzufriedenheit



Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Patientenzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Mittelwert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	90.9 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit ist der gewichtete Mittelwert über alle Messbereiche.
Resultate pro Messbereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Ärzte	92.8 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Ärzte“
Pflege	90.8 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Pflege“
Organisation	88.8 Punkte	7 Fragen zum Messbereich „Organisation“
Essen	90.5 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Essen“
Wohnen	91.2 Punkte	3 Fragen zum Messbereich „Wohnen“
Öffentliche Infrastruktur	88.0 Punkte	5 Fragen zum Messbereich „Öffentliche Infrastruktur“
Resultate pro Fachbereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Allgemeine Chirurgie	90.6 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Orthopädie	91.0 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Urologie	91.4 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Patienten dieses Fachbereichs
Kommentar: Die Messung bezüglich der Patientenzufriedenheit findet kontinuierlich über das ganze Jahr statt.		
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.	

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/> Mecon	<input type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/> Picker	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/> VO: PEQ			
<input type="checkbox"/> MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/> POC(-18)			
<input type="checkbox"/> eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instrumentes	standardisierte schriftliche Patientenbefragung; validiertes Messinstrument		
Einschlusskriterien	alle Patienten nach einem stationären Aufenthalt		
Ausschlusskriterien	Kinder werden nicht befragt		
Rücklauf in Prozenten	58.0%		
Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:	

D1-2 Systematische Angehörigenzufriedenheit

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution nicht systematisch gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Ja . Die Angehörigenzufriedenheit wird in unserer Institution systematisch gemessen.		
	<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung:
	<input type="checkbox"/> Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009

<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes		Name des Messinstitutes
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt:

D1-3 Mitarbeiterzufriedenheit



Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	<input type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2011
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input checked="" type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	70.2 Punkte	Alle Resultate sind angegeben auf einer Skala von 0 (= minimale Zufriedenheit) bis 100 (= maximale Zufriedenheit) . Die Gesamtzufriedenheit wird aus 57 Fragen zu allen für die Mitarbeitenden wichtigen Aspekten berechnet.
Resultate pro Berufsgruppe	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Pflegepersonal	66.2 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Therapiepersonal	76.0 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Hauswirtschaftspersonal	70.8 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe
Verwaltung	75.5 Punkte	Gesamtzufriedenheit aller Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe

Kommentar:

Die Messung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden wird mit einer Periodizität von 2 Jahren durchgeführt.

- 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			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Mitarbeiterfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes		standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragung; validiertes Messinstrument	
Einschlusskriterien		Alle Mitarbeitenden wurden befragt	
Ausschlusskriterien		-	
Rücklauf in Prozenten		55.5 %	
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: nach 4 Wochen an alle Mitarbeitenden

D1-4 Zuweiserzufriedenheit



Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein, die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja. Die Zuweiserzufriedenheit wird in unserer Institution gemessen.		
	<input checked="" type="checkbox"/> Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	2007
		Nächste Messung:	2010
<input type="checkbox"/>	Ja. Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2009 die Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kiniken / Fachbereichen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kiniken / Fachbereichen:
<input type="checkbox"/>	In allen Stationen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Stationen / Abteilungen:

Messergebnisse	Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb		
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instrumentes	MECON-Belegärzterfragebogen	Name des Messinstitutes
			MECON measure & consult GmbH
<input type="checkbox"/>	eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instrumentes			
Einschlusskriterien			
Ausschlusskriterien			
Rücklauf in Prozenten			
Erinnerungsschreiben?		<input type="checkbox"/> Nein.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja, Einsatz wie folgt: nach 4 Wochen an alle Belegärzte

D2 ANQ-Indikatoren

D2-1 Potentiell vermeidbare, ungeplante Wiedereintritte



Wird die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Wiedereintrittsrate wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>	

Anzahl Austritte in 2009	Anzahl Wiedereintritte in 2009	Rehospitalisationsrate: Ergebnis [%]	Betrachtungsfrist (Anzahl Tage)	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Projekt wird im 2010 gestartet. Konzept war nicht auf deutsch verfügbar.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-2 Potentiell vermeidbare, ungeplante Reoperationen



Wird die potentiell vermeidbare Reoperationsrate im Betrieb gemessen?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nein , die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution nicht gemessen.
<input type="checkbox"/>	Ja . Die potentiell vermeidbare Reoperationsrate wird in unserer Institution gemessen.
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009. Letzte Messung: <input type="text"/> Nächste Messung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.
Spitalgruppen: an welchen Standorten? <input type="text"/>	

Anzahl Behandlungen in 2009	Anzahl erneute Behandlungen in 2009	Reoperationsrate: Ergebnis [%]	Auswertungsinstanz
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Projekt wird im 2010 gestartet. Konzept war nicht auf deutsch verfügbar.	
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.
<input type="checkbox"/>	Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.

D2-3 Postoperative Wundinfekte nach SwissNOSO



Wird die Rate an postoperativen Wundinfekten im Betrieb mit SwissNOSO gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Rate an postoperativen Wundinfekten wird in unserer Institution mit SwissNOSO gemessen.		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung:	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Messthemen 2009	Messwerte	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Gallenblase		
<input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung		
<input type="checkbox"/> Hernieoperation		
<input checked="" type="checkbox"/> Operation am Dickdarm		
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt		
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/> Hüftgelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Kniegelenksprothesen		
<input checked="" type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).		
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/>	Nein , die Infektionen werden in unserer Institution nicht gemessen.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Die Infektionen werden in unserer Institution gemessen (dies nebst SwissNOSO).		
<input type="checkbox"/>	Keine Messung im Berichtsjahr 2009.	Letzte Messung: 2008	Nächste Messung: 2010
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja . Im Berichtsjahr 2009 wurde eine Messung durchgeführt.		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			

Infektions-Messthema	Prävalenzstudie nosokomiale Infekte - Schriftliche Datenerhebung mittels Protokoll (SSI-Kriterien) aller Patienten während 3 Tagen
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Messung im Berichtsjahr 2009			
Gemessene Abteilungen:	Alle Stationen mit stationären Patienten	Ergebnis:	Prävalenzrate von 1.8% nosokomialer Infekte
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden).			
<input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
<input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Prävalenzstudie (SSI-Kriterien)	
<input checked="" type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	Universitätsspital Basel, Abteilung für Infektiologie und Spitalhygiene	

D3 Weitere Qualitätsindikatoren



Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		

Messthema			
Messung im Berichtsjahr 2009			
Spitalgruppen: an welchen Standorten?			
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:	
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.			
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009			
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:		
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:		



Monitoring und Register

Bezeichnung	Bereich ¹	Erfassungsgrundlage ²	Status ³
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 von 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 die 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 Interkantonalen 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	
<input type="checkbox"/> ja	Gewählte Messvariante: <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität, Zwangsmassnahmen <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Lebensqualität <input type="checkbox"/> Symptombelastung, Zwangsmassnahmen
<input type="checkbox"/> nein	

D5-2 KIQ-Pilotprojekt Rehabilitation



Teilnahme am KIQ Pilotprojekt	
<input type="checkbox"/> ja: muskuloskelettale Reha	Gewählte Körperregionen: <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (LWS) <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule (HWS) <input type="checkbox"/> Untere Extremitäten (UEX) <input type="checkbox"/> Obere Extremitäten (OEX) <input type="checkbox"/> ganzer Körper (SYS)
<input type="checkbox"/> ja: neurologische Reha: Teilnahme an der Dokumentation der Zielsetzungen	
<input type="checkbox"/> nein	

E

Verfahren der internen Qualitätssicherung (Monitoring)

E1 Pflegeindikatoren

E1-1 Stürze



Definition des Messthema „Sturz“		Unfreiwilliges und / oder unkontrolliertes zu Boden sinken			
Messung im Berichtsjahr 2009					
Spitalgruppen: an welchen Standorten?					
Gemessene Abteilungen:	gesamte Klinik				
Ergebnis gesamt:	49 Stürze = Sturzrate 0.86%	Anteil mit Behandlungsfolgen:	8 = 16.3%	Anteil ohne Behandlungsfolgen:	41 = 83.7%
Bemerkungen					
Methode zur Berechnung: Anzahl gestürzter stationärer Patienten 2009 / Anzahl Fälle stationär 2009					
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.					

Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Sturzprotokoll
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

E1-2 Dekubitus (Wundliegen)



Messung im Berichtsjahr 2009	
Spitalgruppen: an welchen Standorten?	
Gemessene Abteilungen:	Ergebnis gesamt:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen.	<input type="checkbox"/> Richtlinien bestehen nicht.

E2-2 Eigene, interne Qualitätsindikatoren oder Monitorings

Messthema	Postoperative Komplikationen	
Messung im Berichtsjahr 2009		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		
Gemessene Abteilungen:	gesamte Klinik (stationärer Bereich)	Ergebnis: Komplikationsrate 0.91%
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input checked="" type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	Postoperative Komplikationen
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

Messthema		
Messung im Berichtsjahr 2009		
Spitalgruppen: an welchen Standorten?		
Gemessene Abteilungen:		Ergebnis:
<input type="checkbox"/> Die Messung ist noch nicht abgeschlossen (noch keine Ergebnisse vorhanden). <input type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. <input type="checkbox"/> Präventionsmassnahmen sind in den Verbesserungsaktivitäten beschrieben.		
Informationen für Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2009		
<input type="checkbox"/> internes Instrument	Name des Instrumentes:	
<input type="checkbox"/> externes Instrument	Name Anbieter / Auswertungsinstanz:	

F

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
Mitglied Swiss Leading Hospitals (SLH)	EFQM-Modell für Excellence	2000	2007	nächste Rezertifi- zierung 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
gesamte Klinik	Erfassen von Sturzereignissen	Reduktion der Stürze in der Klinik	laufend seit 1999
gesamte Klinik	Schulungen / Weiterbildungen	laufende Aktualisierung und Steigerung des allgemeinen, betriebs- und fachspezifi- schen Wissens aller Mitar- beitenden	laufend seit 2000
gesamte Klinik	Sicherheitsmanagement	Schulung aller Mitarbeiten- den bezüglich aller relevan- ten Sicherheitsvorkehrungen wie z.B. Reanimation, Hygienemassnahmen, Sicherheit und Brandver- hütung	laufend seit 2002
Anästhesie	CIRS	Vermeidung von kritischen Vorfällen rund um die Patienten	laufend seit 2006
Hotellerie	Smart Change	Fördern und Umsetzen des kontinuierlichen Verbesser- ungsprozesses und des Ideenmanagements	laufend seit 2007

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)
Anästhesie und IMC	Einführung und Etablierung eines Patienten-Daten-Management-Systems (PDMS)	Elektronische Dokumentation und Leistungserfassung in der Anästhesie und IMC	10.2007 – 12.2010
Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Finanzen & Controlling	Fit für DRG	Die Behandlungspfade für alle relevanten Operationen, welche im Merian Iselin durchgeführt werden, sind definiert.	12.2008 – 12.2011
Betten- und OP-Disposition	Elektronische Betten- und OP-Disposition	übersichtliche, vernetzte, papierlose Betten- und OP-Planung Optimierung der Arbeitsabläufe	04.2009 – 12.2010
gesamte Klinik	Klinik-Informations-System (KIS)	Strukturierte Planung: Optimierte Arbeitsabläufe, Zusammenarbeit verbessern, Verringerung des Arbeitsaufwands Zielorientierte Steuerung: Überschneidungen und Leerzeiten vermeiden, Zuverlässigkeit steigern Vollständige Dokumentation: Digitale Patientenakten und Qualitätssicherung auf Knopfdruck, Erfüllen der Vorschriften und Patientensicherheit erhöhen	04.2009 – 12.2011
Pflege	Pflegearbeitsplatz 2010	Infrastruktur, Hardware und Software evaluieren und installieren. Reibungslose und effiziente Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation sicherstellen	06.2009 – 12.2010
gesamte Klinik	Selfassessment nach dem EFQM-Modell für Excellence	Stärken und Verbesserungspotentiale der Klinik analysieren, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten	01.2009 – 03.2010

F4 Ausgewählte Qualitätsprojekte

Beschreibung von 1-3 **abgeschlossenen** Qualitätsprojekten

Projekttitlel	Smart Change	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Fördern und Umsetzen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und des Ideenmanagements	
Beschreibung	Smart Change ist ein Führungsinstrument, welches alle Mitarbeitenden befähigt, in regelmässig durchgeführten Meetings, die Umsetzung von klugen Veränderungen für gemeinsam erarbeitete Problemlösungen einzuleiten.	
Projekttablauf / Methodik	Buy in / Workshops für MA und Moderatoren / Trainings für Moderatoren / Kick-On / Coaching / Follow-Up für Moderatoren / interne Audits / elektronische Plattform	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? Gesamte Pflege (inkl. OP und Zentralsterilisation), Anästhesie und Radiologie	
Involvierte Berufsgruppen	alle Mitarbeitenden der Pflege, Anästhesie und Radiologie,	
Projektevaluation / Konsequenzen	Smart Change hat sich gut im Betrieb etabliert und ist in den personalintensivsten Bereichen umgesetzt (rund 80% der Mitarbeitenden des Merian Iselin arbeiten mit diesem Instrument). Ende 2009 konnten über 90 Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden.	
Weiterführende Unterlagen	vorhanden, werden jedoch nicht veröffentlicht	

Projekttitlel	Behandlungspfade Hüft- und Knieprothesen (Teilprojekt Behandlungspfade)	
Bereich	<input checked="" type="checkbox"/> internes Projekt	<input type="checkbox"/> externes Projekt (z. Bsp. mit Kanton)
Projektziel	Die Pflege ist in der Lage die Einführung von SwissDRG per 01.01.2012 problemlos umzusetzen	
Beschreibung	Die Behandlungspfade nach Hüft- und Knieprothesenoperationen sind definiert	
Projekttablauf / Methodik	Erstellung Behandlungspfade nach Hüft- und Knieprothesenoperationen / Evaluierungs- und Messinstrumente definieren / Durchführung von Pilotphasen	
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> mit anderen Betrieben. Welche Betriebe?	
	<input type="checkbox"/> Ganze Spitalgruppe resp. im gesamten Betrieb	
	<input type="checkbox"/> Einzelne Standorte. An welchen Standorten?	
	<input checked="" type="checkbox"/> einzelne Abteilungen. In welchen Abteilungen? alle Pflegestationen der Klinik	
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende von Pflege, Physiotherapie, Sozialberatung, Finanzen & Controlling und eHealth / punktuell externe Softwarefirma	
Projektevaluation / Konsequenzen	Die erarbeiteten Behandlungspfade haben sich in der Praxis bewährt und die Aufenthaltsdauer konnte markant gesenkt werden. Alle Patienten mit den Operationen Hüft- oder Kniegelenksprothesen können mit diesen Behandlungspfaden abgedeckt werden, sofern sie nicht auf Grund einer Nebendiagnose in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt sind.	
Weiterführende Unterlagen	vorhanden, werden jedoch nicht veröffentlicht	

G

Schlusswort und Ausblick



Qualität, insbesondere in einer hochspezialisierten Belegarztambulanz, ist zu einem zentralen Element der Leistungserstellung geworden. Die Klinikverantwortlichen sind sich der Chancen aber auch der Hemmnisse durchaus bewusst, welche ein hochstehendes Qualitätsmanagement mit sich bringt. Kontinuierliche Verbesserungsschritte, implementiert im Betrieb und abgestimmt mit den verschiedenen Stakeholdern rund um den Patienten, stellen unsere Marschrichtung im Qualitätsfeld für die nächsten Jahre dar. Obwohl die Finanzierung der oft personalintensiven Messungen noch keineswegs geregelt ist, wird das Merian Iselin Schritt für Schritt sein erreichtes Qualitätsniveau weiter ausbauen und vertiefen.



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 (**Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern**) 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_qabe



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: **Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques**) wurden aufgenommen und mit dem ANQ-Logo markiert.

Siehe auch www.anq.ch



Anhänge