

diaconis

Wir begleiten Menschen

Qualitätsbericht 2015

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

17.05.2016
Peter Friedli, Stiftungsdirektor

Version

Diaconis Palliative Care

www.diaconis.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2015.

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 zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2015

Frau
Brigit Kaderli
Qualitätsverantwortliche
031 337 70 90
brigit.kaderli@diaconis.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2015 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die Sicherheit für Patientinnen und Patienten ist ein wesentliches Kriterium der Behandlungsqualität. Ende März 2015 startete das nationale Vertiefungsprojekt progress! Sichere Medikation an Schnittstellen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Das Projekt fokussiert auf den systematischen Medikationsabgleich bei Spitalertritt. Im Sommer konnte die Stiftung das erste Pilotprogramm progress! Sichere Chirurgie erfolgreich abschliessen. Ziel war, dass die Spitäler und Kliniken die chirurgische Checkliste bei jeder Operation korrekt anwenden, um Schäden an Patienten zu vermeiden. Im September führte Patientensicherheit Schweiz erstmals eine Aktionswoche unter dem Motto: «Mit Patientinnen und Patienten im Dialog» durch. Zahlreiche Spitäler und Kliniken beteiligten sich ebenfalls.

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	5
2 Organisation des Qualitätsmanagements	6
2.1 Organigramm	6
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	6
3 Qualitätsstrategie	7
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015	7
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Qualitätsaktivitäten und -projekte	9
4.1.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	9
4.2 Zertifizierungsübersicht	9
5 Projekte im Detail	10
5.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	10
5.1.1 Optimierung interprofessionelles Delir-Management	10
5.1.2 Optimierung interprofessionelles Schmerz-Management 2.Teil	10
5.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015	11
5.2.1 Eröffnung 2.Station	11
5.2.2 Optimierung interprofessionelles Schmerz-Management 1.Teil	11
5.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte	12
5.3.1 Label "Qualität in Palliative Care"	12
6 Schlusswort und Ausblick	13
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot	14
Akutsomatik	14
Anhang 2	15
Herausgeber	27

1 Einleitung

Stiftung Diaconis

Diaconis ist ein in Bern stark verankerter, anerkannter Ort für Alterswohnen, Pflege, stationäre spezialisierte Palliative Care sowie berufliche und soziale Integration.

Entwicklung seit der Gründung

Im Januar 1995 wurde Diaconis Palliative Care unter dem Namen „Station für Palliative Therapie“ des Salem-Spitals Bern gegründet und bietet seither stationäre spezialisierte Palliative Care an. Seit 2001 gehört die Station nicht mehr zum Salem-Spital sondern ist direkt der Stiftung Diaconis (ehemals Diakonissenhaus Bern) angegliedert. Seit 2002 ist Diaconis Palliative Care als eigenständige Institution auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt. Da die Stiftung Diaconis über keinen eigenen Leistungsauftrag „Basispaket“ zur Erbringung aller medizinischen und pflegerischen Leistungen der Grund- und Notfallversorgung verfügt, werden spezifische Dienstleistungen durch einen Kooperationsvertrag mit der Hirslanden Bern AG, einem Spital mit Leistungsauftrag „Basispaket“, sichergestellt. Auf Grund der sehr grossen Nachfrage nach stationärer spezialisierter Palliative Care wurde das bestehende Angebot am 4.Mai 2015 verdoppelt, mit neu 18 Einbettzimmern auf zwei Stationen. So standen im Jahr 2015 Vorbereitungsarbeiten und das Eröffnen der 2.Station im Zentrum unserer Tätigkeit.

Zielgruppe

Unser Angebot richtet sich an Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und fortschreitenden Krankheiten in instabilen und komplexen Situationen. Bei der Auswahl und Priorisierung der Patientinnen und Patienten orientieren wir uns an der Dringlichkeit des Bedarfes an stationärer spezialisierter Palliative Care auf Basis der Indikationskriterien (Nationale Leitlinien Palliative Care, BAG und GDK, 2010).

Interprofessionelle Betreuung

Das interprofessionelle Team ist spezialisiert auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung und setzt sich zusammen aus Ärzten, Pflegenden, Therapeuten, einer Seelsorgerin, einem Sozialarbeiter, Psychosozialen Beraterinnen und freiwillig Engagierten. Bei Bedarf werden - zusammen mit den Betroffenen - interprofessionelle Standortgespräche durchgeführt. Hochkomplexe Patientensituationen werden an regelmässig stattfindenden interprofessionellen Fallbesprechungen, Rapporten und Supervisionen analysiert und das weitere Vorgehen wird aufgegleist.

Qualitätsmanagement

Die gesamte Stiftung Diaconis verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem und ist zertifiziert nach der Norm ISO 9001. Am 30.8.2016 werden die beiden Stationen von qualitépalliative auditiert mit dem Ziel, das Label für "Qualität in Palliative Care" zu erlangen.

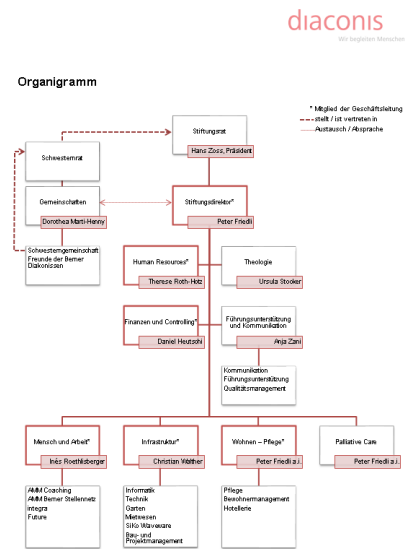
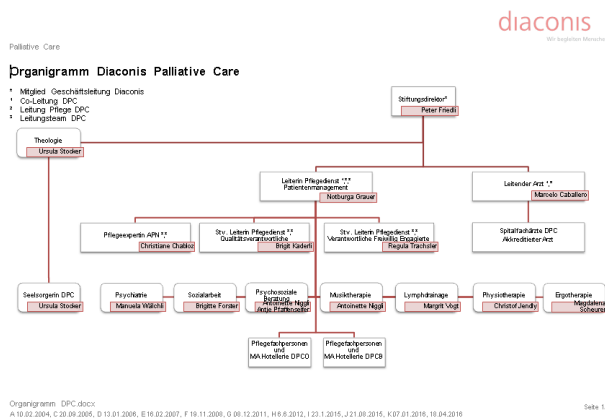
Qualitätsentwicklungen 2015

Neben dem Schwerpunktthema „Eröffnen der zweiten Station“ standen Entwicklungen in den Bereichen Schmerz, Delir und das Weiterentwickeln der interprofessionellen Zusammenarbeit im Vordergrund.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **50** Stellenprozente zur Verfügung.

Bemerkungen

Die gesamte Stiftung Diaconis verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem und ist zertifiziert nach der Norm ISO 9001.

Am 30.08.2016 wird Diaconis Palliative Care von qualitépalliative auditiert mit dem Ziel, das Label "Qualität in Palliative Care" zu erlangen.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Peter Friedli
Stiftungsdirektor
Diaconis Palliative Care
031 337 77 10
peter.friedli@diaconis.ch

Frau Anja Zani
Qualitätsleiterin Diaconis
Diaconis Palliative Care
031 337 77 33
anja.zani@diaconis.ch

Frau Brigit Kaderli
Qualitätsverantwortliche Diaconis Palliative Care
Diaconis Palliative Care
031 337 70 90
brigit.kaderli@diaconis.ch

3 Qualitätsstrategie

Auszug aus dem Qualitäts-Konzept Diaconis

Von welchen Anforderungen wir ausgehen:

- Im Fokus unserer Arbeit stehen die Ansprüche unserer externen Kunden. Wir wollen ihnen Leistungen bieten, die in ihrer Ausgestaltung konstant sind und als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Zur Sicherstellung dieser Anforderungen holen wir regelmässig die Einschätzung der Kunden ab.
- Im Fokus unserer Zusammenarbeit setzen wir den Anspruch auf Zweckdienlichkeit unseres Tuns und Handelns. Alle unsere Anstrengungen zielen auf die Erhöhung des Kundennutzens. Für unsere Zusammenarbeit gelten die in unserem Leitbild und der Personalpolitik formulierten Ansprüche.
- Zur Sicherstellung einer hohen Qualität als attraktive Arbeitgeberin holt die Stiftung Diaconis regelmässig die Einschätzung unserer Mitarbeitenden ab.

Was für uns konkrete anzustrebende Qualitätsmerkmale sind:

- Die Menschen, welche die verschiedensten Dienstleistung von Diaconis erfahren, sind mit unseren Leistungen und deren Nutzen für sie zufrieden. Wir verstehen diese Menschen als Kunden, welche die Freiheit haben, sich bei ungenügender Leistung jederzeit von uns abzuwenden.
- Die Finanzen werden ökonomisch nachhaltig bewirtschaftet und dienen der gezielten Erfüllung des Stiftungszwecks.
- Wir stellen uns bewusst dem permanenten Balance-Akt ökonomische, ökologische und soziale Nachhaltigkeit bei unseren Entscheidungen und Handlungen.
- Die Mitarbeitenden sind mit Arbeitsinhalten und -bedingungen zufrieden.
- Der Umgang miteinander ist wertschätzend, respektvoll und verbindlich.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2015

Am 4.5.2015 wurde die zweite Station eröffnet.

Schwerpunkt bildete deshalb das erfolgreiche Führen der beiden Stationen mit insgesamt 18 Betten.

Mit dem Ziel, das während über 20 Jahren aufgebaute Palliative-Care-Knowhow und die sorgfältig entwickelte Haltung auf die neue Station zu übertragen, auf der alten Station zu erhalten und Synergien optimal nutzen zu können, werden die beiden Stationen

- unter *einer* pflegerischen und ärztlichen Co-Leitung geführt,
- wird die Hälfte des vorbestehenden Pflege- und Hotellerie-Teams auf der neuen Station eingesetzt,
- kommen Therapeuten, Seelsorgerin und Freiwillig Engagierte auf beiden Stationen zum Einsatz,
- orientiert sich das gesamte interprofessionelle Team an den gleichen Prozessen und Standards und wird an gemeinsamen internen Fortbildungen geschult,
- helfen sich die beiden Pflege- und Hotellerie-Teams bei personellen oder materiellen Engpässen gegenseitig aus.

Neben den sorgfältigen und nachhaltigen Einführungen der neuen Mitarbeitenden bildeten Fortbildungen in den Bereichen Delir - und Schmerzmanagement einen weiteren Schwerpunkt im Berichtsjahr 2015.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2015

Erfolgreiche Eröffnung der 2.Station

1. Teil Optimieren des interprofessionellen Schmerzmanagements (1. Teil) durch

- Aktualisieren des Schmerzleitfadens
- Einführen einer interprofessionellen Schmerzerfassung
- Implementieren an interprofessionellen Fortbildungen

Optimieren des interprofessionellen Delirmanagements durch

- Aktualisieren des Delirkonzeptes
- Implementieren an Interprofessionellen Fortbildungen

Weiterentwickeln der interprofessionellen Zusammenarbeit in Anbetracht der zunehmenden Komplexität der Krankheits- und Familiensituationen: wöchentlicher Interprofessioneller Rapport eingeführt (anhand Instrument SENS)

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Qualitätsentwicklungen werden anhand des Praxisbedarfes, der Vorgaben der SpVV und der Anforderungen für den Leistungsauftrag priorisiert, geplant, durchgeführt und evaluiert.

2016 stehen folgende Projekte im Zentrum:

Erreichen des Labels "Qualität in der Palliative Care"

Optimieren des interprofessionellen Schmerzmanagements, 2.Teil

Für das Implementieren folgender Konzepte/Prozesse sind interprofessionelle Fortbildungen geplant:

- Optimieren des interprofessionellen Schmerzmanagements, 2.Teil
- Stiftungsweit aktualisiertes "Grundsatzpapier zur Frage der Suizidbeihilfe" und dazugehörige Arbeitsdokumente
- Aktualisiertes Konzept "Palliative Sedierungstherapie" und dazugehörige Arbeitsdokumente
- SENS in die gesamten interprofessionellen Prozesse integrieren

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.1.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

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

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2006 eingeführt.

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

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

4.2 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001	angewendet im gesamten Betrieb	2006	2015	
Arbeitssicherheit H+ (EKAS)	angewendet im gesamten Betrieb	2000	2014	

5 Projekte im Detail

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

5.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

5.1.1 Optimierung interprofessionelles Delir-Management

Ausgangslage

Handlungsanweisung ist im interprofessionellen Team noch ungenügend umgesetzt

Projektziel

Die interprofessionellen Teams können gezielt, rasch und wirksam reagieren, wenn Delir-Zeichen auftreten.

Projektablauf

- Anwendung des bestehenden Konzeptes incl. Assessment-Instrument an interprofessionellen Fortbildungen vertiefen
- Umsetzung im Alltag prüfen

Involvierte Berufsgruppen

gesamtes interprofessionelles Team

Projektelevaluation

- laufend in konkreten Patienten-Situationen
- 2016/2017 durch APN

5.1.2 Optimierung interprofessionelles Schmerz-Management 2. Teil

Ausgangslage

Der im ersten Teil dieses Projektes aktualisierte Leitfaden soll mit bereits vorbestehenden Dokumenten zu einem umfassenden Schmerzkonzept ausgebaut werden

Projektziele

- umfassendes, benutzerfreundliches Schmerzkonzept ist erstellt und implementiert
- Das interprofessionelle Teams entwickelt eine gemeinsame Haltung zum Vorgehen bei Patienten mit Schmerzen

Projektablauf

- Ausbauen des Schmerzleitfadens zu einem umfassenden Schmerzkonzept
- Optimieren der interprofessionellen Schmerzerfassung
- Implementieren an interprofessionellen Fortbildungen
- Handlungsfragen laufend thematisieren

Involvierte Berufsgruppen

gesamtes interprofessionelles Team

Projektelevaluation

- laufend in konkreten Patienten-Situationen
- 2016/2017 durch APN

5.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2015

5.2.1 Eröffnung 2.Station

Ausgangslage

Anfrage seit Jahren grösser als Angebot; Unterversorgte Patientinnen und Patienten

Projektziel

das bestehende Angebot wird von 9 auf 18 Betten erweitert

Projektlauf

- Projektorganisation durch "Steuergruppe Herz"
- Einholen Betriebsbewilligung, Prüfen Leistungsauftrag
- Suche nach geeigneten Räumlichkeiten innerhalb Diaconis
- Detailplanung und -Umsetzung in den Bereichen Infrastruktur, Material, Personal, Eröffnungsfeier
- Eröffnung 2.Station

Involvierte Berufsgruppen

gesamtes interprofessionelles Team

Projektelevaluation

- Steuergruppe tagt in grösseren Abständen auch nach Eröffnung weiter und behält die beiden Stationen auf dem Radar
- Bettenbelegung auch nach der Verdoppelung stabil zwischen 85-90%

5.2.2 Optimierung interprofessionelles Schmerz-Management 1.Teil

Ausgangslage

Schmerztherapie ist in verschiedenen Situationen für eine oder mehrere beteiligte Fachpersonen, Patienten oder Angehörige nicht zufriedenstellend verlaufen.

Projektziele

- Schmerzleitfaden ist aktualisiert
- aktuelle Evidenz aus Literatur und Palliative Care Praxiserfahrungen ist erfasst
- die interprofessionellen Teams werden an 2 Fortbildungen geschult

Projektlauf

- Aktualisieren des Schmerzleitfadens
- Erfassen der aktuellen Evidenz/Praxiserfahrung
- Implementieren an interprofessionellen Fortbildungen

Involvierte Berufsgruppen

gesamtes interprofessionelles Team

Projektelevaluation

- laufend in konkreten Patienten-Situationen
- 2016/2017 durch APN

Fortsetzung

Optimierung interprofessionelles Schmerz-Management 2.Teil (Ausbau des Leitfadens zu einem umfassenden Schmerzkonzept, Haltung gegenüber Patienten mit Schmerz interprofessionell reflektieren)

5.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

5.3.1 Label "Qualität in Palliative Care"

Ausgangslage

Das Label "Qualität in Palliative Care" wird von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern vorausgesetzt, um den Leistungsauftrag für stationäre spezialisierte Palliative Care zu erhalten.

Projektziel

Erreichen des Labels "Qualität in Palliative Care" im Spätsommer 2016.

Projekttablauf

Vorbereiten des Audits anhand der Liste A für stationäre spezialisierte Palliative Care durch Qualitätsverantwortliche in interprofessioneller Zusammenarbeit.

Involvierte Berufsgruppen

Interprofessionalität ist definitionsgemäss eine zentrale Voraussetzung für stationäre spezialisierte Palliative Care. Involviert ist deshalb das gesamte interprofessionelle Team (Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Administration, Hotellerie etc).

Projektelevaluation

Vier Wochen nach dem Audit erhält das Leitungsteam einen Entwurf des Auditberichtes zur Stellungnahme. Anhand dieses Berichtes werden Entwicklungsmassnahmen geprüft und eingeleitet.

Weiterführende Unterlagen siehe Anhang

A-Liste für stationäre spezialisierte Palliative Care

6 Schlusswort und Ausblick

Viele der in diesem Qualitätsbericht aufgelisteten Messbereiche sind für Diaconis Palliative Care nicht relevant, da wir in der Akutsomatik ausschliesslich den Querschnittbereich „stationäre spezialisierte Palliative Care“ anbieten – ein Bereich mit sehr spezifischen Dienstleistungen. Die ANQ-Messungen Stürze/Wundliegen werden 2016 zum ersten Mal durchgeführt. Befragungen zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden finden stiftungsweit alle 2 Jahre statt.

Eine Qualität, die bei Diaconis Palliative Care tagtäglich im Zentrum steht, ist die individuelle Lebensqualität jeder einzelnen Patientin/jedes einzelnen Patienten und seiner Angehörigen. Messbar ist diese Qualität nur begrenzt. Oft geben Soffaktoren darüber Auskunft, ob eine schwerkranke Patientin/ein schwerkranker Patient trotz massiver Einschränkungen eine gute Lebensqualität erleben kann.

2017 werden zum nächsten Mal Befragungen von Patientinnen, Patienten und Angehörigen durchgeführt. In gewissen Bereichen führen wir laufend gezielte Messungen durch, so z.B. im Schmerz- und Delir-Management. Bei Auftreten dieser häufigen Symptome werden interprofessionelle Assessments durchgeführt, anhand derer die Therapie laufend angepasst und optimiert wird. In den interprofessionellen Fallbesprechungen (wöchentlich), Rapporten (wöchentlich) und in den Supervisionen (alle 2 Monate) wird gemeinsam nach nachhaltigen, individuellen Lösungen gesucht für Patientinnen und Patienten in zum Teil schwersten Krisen.

Die kontinuierliche Verbesserung der Betreuungsqualität, der Patientensicherheit und die laufende Prozessoptimierung sind uns ein grosses Anliegen, unsere Arbeit ist geprägt durch flexible, ständige Weiterentwicklung. Zentral für eine hohe Betreuungsqualität ist insbesondere die gemeinsame Haltung des interprofessionellen Teams – zu Fragen wie Autonomie und Würde. Die Kooperation mit der Hirslanden Bern AG bildet dazu – neben der Erfahrung aus dem 20jährigen Bestehen unserer Station, dem fachlich und menschlich versierten interprofessionellen Team und klar geregelten Prozessen – einen wichtigen Pfeiler für die Betreuung von unheilbar kranken Menschen in komplexen und instabilen Situationen.

Durch die in diesem Bericht beschriebenen Massnahmen ist es uns gelungen, seit Mai 15 auch auf der neuen Station qualitativ hochstehende spezialisierte Palliative Care anzubieten. Wir sind sehr bestrebt, unser Angebot auch weiterhin in dieser Qualität anzubieten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot. Das betriebliche Angebot basiert auf der aktuellsten Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik. Diese Angaben beziehen sich nur auf stationär behandelte Patienten.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Nerven medizinisch (Neurologie)
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
Blut (Hämatologie)
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome
Gynäkologie
Maligne Neoplasien des Corpus uteri

Bemerkungen

Die hier aufgeführten Leistungsgruppen entsprechen nicht dem Angebot von Diaconis Palliative Care.

Diaconis Palliative Care bietet ausschliesslich den Querschnittbereich "stationäre spezialisierte Palliative Care" an.



gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen (Liste A)

Verabschiedet vom Vorstand am 17.09.2010

Inhalt	Seite
Erläuterungen	1
A. Konzept	2
B. Gesamtbeurteilung des Patienten	3
C. Behandlung und Begleitung	4
D. Patientenrechte	5
E. Ärztliche Behandlung	6
F. Pflege	7
G. Begleitung durch andere Berufsgruppen	8
H. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team	9
I. Information und Einbezug der Angehörigen	10
J. Zusammenarbeit im Versorgungsnetz	11
K. Umgang mit kritischen Zwischenfällen	12

Erläuterungen

1. Für die operative Durchführung von Audits gilt das Reglement für die Vergabe der Label „Qualität in Palliative Care“ von qualitépalliative (Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care).
2. Im gesamten vorliegenden Dokument deckt der Begriff „Einrichtung“ die verschiedenen stationären Strukturen ab, die möglich sind, zum Beispiel Palliative Care-Station im Akutspital, Hospiz...etc.
3. Im ganzen Dokument gilt die männliche Form sowohl für weibliche wie für männliche Personen.

A. Konzept

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
1. Die Einrichtung verfügt über ein Konzept.¹	ja = 3 nein = 0				
2. Alle Teammitglieder kennen das Konzept und wenden es an.					
3. Die Gültigkeit des Konzeptes wird periodisch ² überprüft.					

¹ Zum Begriff "Konzept":
 Ein Konzept umfasst im Minimum:

- eine Umschreibung des Begriffs "Palliative Care" ("Was ist Palliative Care für uns?");
- den Leistungsauftrag und die Kernkompetenzen der Einrichtung;
- eine Umschreibung der Zielgruppe der Patienten;
- eine Beschreibung des Leistungsangebots der Einrichtung;
- eine Beschreibung, durch wen und wie die Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung der Einrichtung im Versorgungsnetz;
- das menschliche und berufliche Anforderungsprofil des Teams;
- eine Beschreibung der wichtigsten Betriebsabläufe.

² Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus dem Konzept hervorgeht, in welchen zeitlichen Abständen und durch wen das Konzept überprüft werden wird.

B. Gesamtbeurteilung des Patienten

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
4. Vor der Aufnahme wird geprüft, ob eine palliative Behandlung und Begleitung für den Patienten indiziert ist.	ja = 3 nein = 0				
5. Es wird regelmässig³ überprüft, ob die palliative Behandlung und Begleitung in der Einrichtung noch angemessen ist.	ja = 3 nein = 0				
6. Die körperlichen Symptome werden mittels anerkannter Instrumente⁴ erfasst und evaluiert.					
7. Die psychischen Symptome werden erfasst und evaluiert.					
8. Soziale Verhältnisse, Biografie, Werte und Grundhaltungen, spirituelle Aspekte sowie Gewohnheiten des Patienten sind bekannt und dokumentiert und werden bei Pflege, Behandlung und Begleitung berücksichtigt.					

³ Bedeutet: es ist schriftlich festgehalten ist, in welchen Abständen die Überprüfung stattfindet.

⁴ Zum Beispiel Edmonton Symptom Assessment System ESAS; Echelle comportementale pour personnes non communicantes (ECPA); Visuelle Analogskala VAS; Numerische Skala NRS; Verbale Rating Skala, usw.

C. Behandlung und Begleitung

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
9. Der individuelle Pflege-, Behandlungs- und Begleitungsbedarf ist für jeden Patienten erfasst und dokumentiert.					
10. Behandlungen, Pflege und Begleitung werden gemeinsam mit dem Patienten sowie auf dessen Wunsch mit den Angehörigen geplant; sie sind dokumentiert.					
11. Der interprofessionelle Behandlungsplan wird regelmässig überprüft, angepasst und dokumentiert.⁵					
12. Die medikamentöse Behandlung erfolgt gemäss in der Palliative Care anerkannten Richtlinien und Empfehlungen.⁶					
13. Palliativmedizinische Komplikationen und Notfälle (Blutungen, Atemnot usw.) werden antizipiert⁷, und sind dokumentiert.	ja = 3 nein = 0				

⁵ Überprüfung und Anpassung beispielsweise mittels Visiten, Standortgesprächen, Rundtischgesprächen usw.

⁶ Zum Beispiel Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, u.a., veröffentlicht unter www.palliative.ch im Bereich "Fachwelt", in der Rubrik "Standards" unter "Best Practices"

⁷ Antizipation bedeutet, dass das Team sich auf zu erwartende Entwicklungen vorbereitet, indem zum Beispiel für den Fall von Blutungen, Schmerzdurchbrüchen, epileptischen Anfällen vorsorglich ärztliche Verordnungen vorhanden sind.

D. Patientenrechte

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
14. Der Patient und die Angehörigen kennen den zuständigen Arzt und die zuständige Pflegefachperson bzw. ihre Stellvertretenden.	ja = 3 nein = 0				
15. Der Patient ist über seine Rechte ⁸ informiert, so dass er freie Entscheidungen treffen kann.					
16. Der Umgang mit Patientenverfügungen ist geregelt.	ja = 3 nein = 0				
17. Das Vorhandensein einer bevollmächtigten Vertrauensperson ⁹ wird abgeklärt.					
18. Die Bedingungen, unter welchen die Angehörigen in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, sind mit dem Patienten abgesprochen.					
19. Die Einrichtung verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid („Freitodbegleitung“).					
20. Diese Grundsatzklärung ist den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen bekannt¹⁰					

⁸ zum Beispiel Recht auf Selbstbestimmung; Recht auf rechtzeitige und angemessene Information und Aufklärung; Recht auf Einsicht in alle Unterlagen und Dokumentationen, welche die eigene Person betreffen; Recht auf die Verweigerung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen; Recht auf die Verweigerung von Auskünften etc.

⁹ Die bevollmächtigte Vertrauensperson trifft an Stelle und im Sinne des Patienten bzw. der Patientin Entscheide, falls der Patient bzw. die Patientin nicht mehr selber entscheiden kann.

¹⁰ Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn die Einrichtung nachweisen kann, dass sie Patienten und/oder Angehörige in konkreten Bedarfsfällen orientiert hat.

E. Ärztliche Behandlung

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
21. Die Kontinuität¹¹ von Begleitung und Behandlung ist sicher gestellt.					
22. Der mündliche und schriftliche Informationsaustausch unter den Ärzten ist gewährleistet.	ja = 3 nein = 0				
23. Der diensthabende Arzt ist rund um die Uhr erreichbar.	ja = 3 nein = 0				
24. Die Ärzte nehmen aktiv an interprofessionellen Besprechungen teil.					
25. Die Ärzte wenden in der Palliative Care anerkannte Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung an.¹²					
26. Für die Ärzte besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, wer in den nächsten 3 Jahren welche Weiter- und Fortbildung absolvieren wird.					

¹¹ Dieses Kriterium ist dann erfüllt, wenn die Information und Kommunikation zwischen den beteiligten Ärzten fortlaufend sicher gestellt sind und wenn lückenlose Ablösungen und Stellvertretungen durch Ärzte erfolgen, die mit der Situation vertraut und ebenfalls fachlich kompetent sind.

¹² Z. B. NEUENSCHWANDER Hans et al. (2006²): Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. Krebsliga Schweiz, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2006, 308 Seiten

F. Pflege

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
27. Die Pflegefachpersonen arbeiten mit Standards, welche den in der Palliative Care allgemein anerkannten Richtlinien und Empfehlungen entsprechen. ¹³					
28. Die Pflegeplanung ist dokumentiert, wird angewandt, evaluiert und kontinuierlich angepasst.					
29. Der mündliche und schriftliche Informationsaustausch unter den Pflegenden ist gewährleistet.	ja = 3 nein = 0				
30. Die Pflegefachpersonen nehmen aktiv an den interprofessionellen Besprechungen teil.					
31. Für die Mitarbeitenden der Pflege besteht ein Konzept, das die Weiter- und Fortbildung in Palliative Care regelt. Das Konzept enthält einen verbindlichen Plan, der festlegt, welche Weiter- und Fortbildungen in den nächsten 3 Jahren von wem besucht werden.					

¹³ z. B. Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium u.a., veröffentlicht unter www.palliative.ch, Stichwort „best practice“

G. Begleitung durch andere Berufsgruppen

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
32. Die Seelsorge ist gewährleistet und der spirituelle Begleiter ist im interprofessionellen Team integriert¹⁴.	ja = 3 nein = 0				
33. Die soziale Betreuung ist gewährleistet und der Sozialarbeiter im Team integriert.	ja = 3 nein = 0				
34. Die somatotherapeutische¹⁵ Begleitung und Betreuung ist gewährleistet und ihre Vertreter sind im Team integriert.	ja = 3 nein = 0				
35. Die psychotherapeutische Begleitung¹⁶ und Betreuung ist gewährleistet und ihre Vertreter sind im Team integriert.	ja = 3 nein = 0				

¹⁴ Integration im Team heisst: Einbezug in den Informationsaustausch, Teilnahme an Sitzungen, Fallbesprechungen, Rapporten

¹⁵ Zum Beispiel: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.

¹⁶ Zum Beispiel: Psychotherapie, Musiktherapie, Maltherapie

H. Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
36. Es gibt eine Einführungscheckliste für neu eintretende Mitarbeitende, und diese wird angewandt.					
37. Die Leitung der Einrichtung ist laufend um das Wohlergehen ¹⁷ des Teams besorgt. Entsprechende Unterstützung und Massnahmen stehen zur Verfügung.	ja = 3 nein = 0				
38. Der interprofessionelle mündliche und schriftliche Informationsaustausch ist sichergestellt.					
39. Das interprofessionelle Team hat die Möglichkeit zur Supervision ¹⁸.	ja = 3 nein = 0				
40. Es gibt einen interprofessionellen Weiterbildungsplan					
41. Der Weiterbildungsplan wird umgesetzt.					
42. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer sind im Team integriert.					
43. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer werden für ihre Aufgaben besonders geschult und haben Anspruch auf Anleitung.					

¹⁷ Hinweise auf das Wohlergehen des Teams können zum Beispiel die Fluktuationsrate im Personal, die Häufigkeit von Absenzen wegen Krankheit, die Zahl der Überstunden etc. sein. Im Audit kann ferner erfragt werden, ob und wie häufig Mitarbeitergespräche stattfinden, ob Austrittsgespräche stattfinden, ob formell vorgesehen ist, dass Mitarbeitende Vorschläge und/oder Beschwerden anbringen können.

¹⁸ Die Team-Supervision dient der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen mehreren Personen. Ziele der Team-Supervision sind: Überwinden von Spannungen, Fördern der Kommunikation, Klären individueller Freiräume, Erarbeiten von verbindlichen Abläufen, gemeinsame Überprüfung der patientenbezogenen Arbeit und der Zielorientierung.

I. Information und Einbezug der Angehörigen

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
44. Das Behandlungsteam führt mit den Angehörigen¹⁹ regelmässig Gespräche in geeignetem Rahmen durch.					
45. Das interprofessionelle Team begleitet die Angehörigen.					
46. Auf Wunsch des Patienten können sich die Angehörigen an der Pflege beteiligen.					
47. Die Angehörigen haben rund um die Uhr ein Besuchsrecht.					
48. Den Angehörigen wird vor und nach dem Tod des Patienten Unterstützung und Begleitung angeboten.					

¹⁹ Angehörige = gemeint sind nicht nur Familienmitglieder im engeren Sinn, sondern Bezugspersonen und Vertraute des Patienten

J. Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
49. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind festgelegt.					
50. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien sind dem Patienten, den Angehörigen und dem Versorgungsnetz bekannt.					
51. Die Aufnahme- bzw. Übertrittskriterien werden eingehalten.					
52. Es gibt Listen der Konsiliarärzte und weiteren Fachpersonen, welche bei Bedarf beigezogen werden können (Anästhesie, Pharmakologie, Radiotherapie, Onkologie, Psychiatrie, psychologische und spirituelle Begleitung usw.).					
53. Diese Fachleute werden bei Bedarf beigezogen.					
54. Die ärztlichen und pflegerischen Überweisungsberichte werden rechtzeitig abgefasst, d. h. vor dem Austritt des Patienten.					

K. Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Qualitäts-Kriterium	Erfüllungsgrad				Bemerkungen
	0	1	2	3	
55. Kritische Zwischenfälle²⁰ werden systematisch erfasst, gemeldet und im Team besprochen.					
56. Geeignete Massnahmen werden beschlossen, umgesetzt und dokumentiert.					

Arbeitsgruppe Qualität palliative.ch – Gruppe Label

Andrey Maya, Bass Catherine, Bigler Sylviane, Ducret Sophie, Lang Meier Marianne, Nerz Christine, Rothenbühler Martin, Schmid Christoph, Schmid Silvia, Simmen Nelly, Stuby Irène

Traduction en français : S. Bigler, C. Fuchs, Michel von Wyss

Traduzione in italiano : Luisella Manzambi

Revisione linguistica: Marianne Lang, Petra Vayne-Bossert, Luisella Manzambi

Referenze:

www.palliative.ch

²⁰ Kritischer Zwischenfall: Ereignis, welches den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, den Mitarbeitenden oder der Einrichtung insgesamt Schaden zufügt oder mit grosser Wahrscheinlichkeit Schaden zugefügt hätte, wäre es nicht rechtzeitig entdeckt worden. Für die Menschen in der Einrichtung kann es sich um einen körperlichen oder psychischen Integritätsschaden bis hin zum Tod, aber auch um einen materiellen Schaden handeln. Schadenfolgen für die Einrichtung können Beschwerden, Klagen, Reputationsverlust und finanzieller Verlust sein.

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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 nahe zu legen.



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

Siehe auch: www.anq.ch