

diaconis

Wir begleiten Menschen

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

18.05.2017
Peter Friedli, Direktor

Version

Stiftung 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 2016.

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 Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

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 2016

Frau
Regula Trachsler
Stv. Leiterin Pflegedienst
031 337 70 10/12
regula.trachsler@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 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

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](#)) hnlich 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 Methoden / 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 entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	9
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	10
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	10
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	11
QUALITÄTSMESSUNGEN	12
Befragungen	13
5 Patientenzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	13
7.1 Eigene Befragung	13
7.1.1 Swiss Arbeitgeberaward 2016	13
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	14
9 Wiedereintritte Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
12 Stürze	14
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	14
13 Wundliegen	16
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)	16
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen zu kleine Patientengruppe	
15 Psychische Symptombelastung individuelle Erfassung der psychischen Symptome	
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Lebensqualität im Vordergrund, nicht Kuration	
17 Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18 Projekte im Detail	18
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte	18

18.1.1	Interprofessionelles Dokumentieren nach SENS: Einführung.....	18
18.1.2	Vorgehen bei Wunsch nach Suizidbeihilfe.....	19
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	20
18.2.1	Palliative Sedierungstherapie, Optimierung.....	20
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte.....	21
18.3.1	Label "Qualität in Palliative Care"	21
19	Schlusswort und Ausblick	22
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		23
Akutsomatik.....		23
Anhang 2		24
Herausgeber		36

1 Einleitung

Stiftung Diaconis

Die Stiftung 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 im Frühjahr 2015 verdoppelt, mit neu 18 Einbettzimmern auf zwei Stationen.

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 wurde Diaconis Palliative Care erfolgreich von qualitépalliative auditiert und hat das Label für "Qualität in Palliative Care" erhalten.

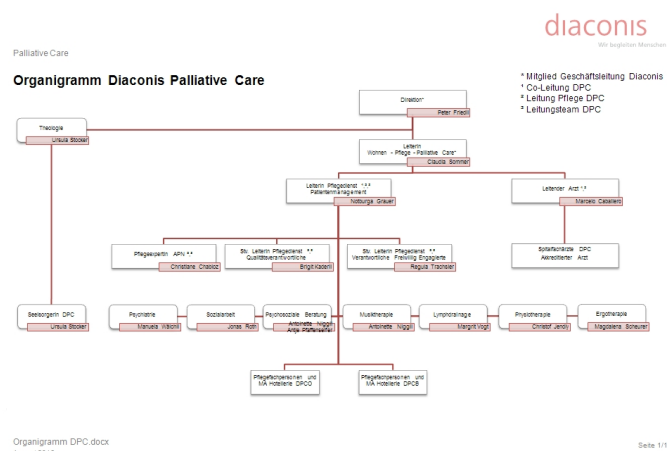
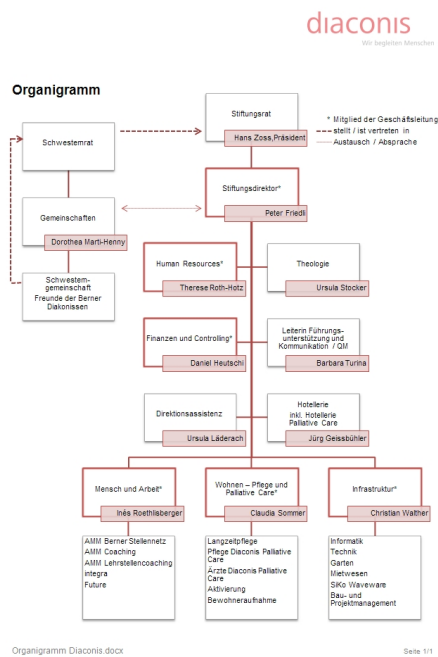
Qualitätsentwicklungen 2016

Neben dem Erlangen des Labels und der Einführung der Interprofessionellen Dokumentation nach SENS standen die Prozessoptimierung der Palliativen Sedierungstherapie und des Vorgehens bei Wunsch nach Suizidbeihilfe im Vordergrund.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



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

Am 30.08.2016 wurde Diaconis Palliative Care von qualitépalliative auditiert und hat das Label "Qualität in Palliative Care" erlangt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

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

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau Regula Trachsler
Qualitätsverantwortliche
Stiftung Diaconis, Palliative Care
031 337 70 10/12
regula.trachsler@diaconis.ch

Frau Anja Zani
Qualitätsmanagement Diaconis
Stiftung Diaconis, Palliative Care
031 337 77 11
anja.zani@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 2016

Schwerpunkt bildeten die Vorbereitung und die Durchführung des Audits durch qualitätspalliative zur Erreichung des Labels "Qualität in Palliative Care" im August 2016. Im Rahmen dieser Vorbereitung erfolgten Optimierungen in diversen Bereichen.

In besonderem Masse haben wir die Qualität in den folgenden Bereichen optimiert

- Einführung der Interprofessionellen Dokumentation nach SENS (Basisassessment und interprofessioneller Behandlungsplan)
- Palliative Sedierungstherapie
- Umgangs mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Erreichen des Labels "Qualität in Palliative Care" (qualitépalliative)

Einführen und Institutionalisieren der Interprofessionellen Dokumentation nach SENS

Optimieren der Palliativen Sedierungstherapie

Optimieren des Umgangs bei Wunsch nach Suizidbeihilfe

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

2017:

- Schwerpunktthema "Psychisches Leiden"

2017 und kommende Jahre:

- Erhalten des Labels "Qualität in Palliative Care"
- Einführen der elektronischen Patientendokumentation

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
- Nationale Prävalenzmessung Dekubitus - Nationale Prävalenzmessung Sturz

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonale vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
Swiss Arbeitgeberaward 2016

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

4.4.1 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.

Bemerkungen

Ab Mai 2017 wird ein elektronisches CIRS- und Ideenmeldesystem in Betrieb genommen. Bis dahin erfolgt die Meldung in Papierform.

4.6 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	
Qualität in Palliative Care	Diaconis Palliative Care	2016	2016	ab 2017 jährliche Zwischenevaluationen, 2021 nächste Rezertifizierung

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Swiss Arbeitgeberaward 2016

Es wurden die organisatorischen Rahmenbedingungen der gesamten Stiftung gemessen.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Hotellerie, Pflege und Übrige

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Stiftung befindet sich in einem Change Prozess und die Mitarbeitendenbefragung in den 3 Hauptbereichen dient für interne Massnahmen und Führungsentwicklung. Zudem dient die Befragung als Barometer der Verbunden- und Zufriedenheit unserer Mitarbeitenden.

Die Resultate wurden dem Stiftungsrat, der GL, dem Kader und den Mitarbeitenden kommuniziert. Es erfolgte keine separate Auswertung des einzigen Akutsomatik-Bereichs „Spezialisierte Palliative Care“, darum ist auch kein Vergleich der Messergebnisse möglich.

Bemerkungen

Die Resultate wurden dem Stiftungsrat, der GL, dem Kader und den Mitarbeitenden kommuniziert. Es erfolgte keine separate Auswertung des einzigen Akutsomatik-Bereichs „Spezialisierte Palliative Care“, darum ist auch kein Vergleich der Messergebnisse möglich.

Behandlungsqualität

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2013	2014	2015	2016
Stiftung Diaconis, Palliative Care				
Anzahl hospitalisierte Patienten, die während des aktuellen Spitalaufenthalts bis zum Stichtag gestürzt sind				1
In Prozent	-	-	-	11.10%
Abweichung vom gewünschten Ergebnis*				8.2

* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die Spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Erste Teilnahme an der nationalen ANQ Messung.

Die Sturzprävalenz der im Spital erfolgten Stürze in den vergangenen 30 Tagen zeigt eine Abweichung von 2.9%.

Bei unseren schwer erkrankten Patientinnen und Patienten am Lebensende steht bei der Sturzprävention die sorgfältige Güterabwägung zwischen Sicherheit (Fürsorge) und Autonomie im Vordergrund.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Stiftung Diaconis, Palliative Care			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2016	11	Anteil in Prozent (Antwortrate)	78.00%

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprevalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2016	In Prozent
		2013	2014	2015		
Stiftung Diaconis, Palliative Care						
Dekubitusprävalenz	Total: Kategorie 2-4				0	0.00%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*				-2.8	-
Prävalenz nach Entstehungs-ort	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4				0	0.00%
	Abweichung vom gewünschten Ergebnis*				-2	-

* Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Erste Teilnahme an der nationalen ANQ Messung.

Die Messung *Risikopatient/innen gemäss subjektiver klinischer Einschätzung* mit 81% (9/11 Patienten) im Vergleich zu 23.3% bei gleichem Spitaltyp, mit einer Abweichung von 8,8%, zeigt die Vulnerabilität von Palliativpatienten.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.	
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Pädiatriestationen, Kinder und Jugendliche (≤ 16 Jahre). ▪ Wochenbettstationen, Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.	
Stiftung Diaconis, Palliative Care			
Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2016	11	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	78.00%

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Interprofessionelles Dokumentieren nach SENS: Einführung

Ausgangslage

Umstellen der ärztlichen und pflegerischen Patienten-Dokumentation nach dem Konzept SENS.

SENS ist ein problemorientiertes Klassifikations- und Assessmentinstrument, mit den Bereichen Symptommanagement, Entscheidungsfindung, Netzwerk und Support und dem Fokus auf die Frage: Woran leidet der Patient in der komplexen palliativen Situation?

Vorbereitung auf die Einführung der elektronischen Patientendokumentation

Projektziel

Erstellen von gemeinsamen interprofessionellen Instrumenten (Basisassessment und Behandlungsplan) für Ärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten

Vorbereitung auf die Einführung der elektronischen Patientendokumentation

Projektablauf

- Erarbeiten der Dokumente in einer interprofessionellen Arbeitsgruppe, insbesondere interprofessionelles Basisassessment und interprofessioneller Behandlungsplan
- Präsentation an einer interprofessionellen Fortbildung
- Start der Interprofessionellen Dokumentation
- Evaluation nach vier Monaten

Involvierte Berufsgruppen

Interprofessionelles Team (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten)

Projektevaluation

- Anpassungen Behandlungsplan (flexibler Raum zum Schreiben) und Formular Interprofessioneller Informationsaustausch (fokussiert mit Thementitel)
- Erweiterung des Basisassessments mit evaluierten Fokusassessments

18.1.2 Vorgehen bei Wunsch nach Suizidbeihilfe

Ausgangslage

Im vergangenen Jahr wurden mehrere Menschen betreut mit Wunsch nach Suizidbeihilfe. Bei der Betreuung dieser Menschen zeigte sich, dass das Vorgehen im Interprofessionellen Team zu wenig klar geregelt ist.

Projektziele

- alle wesentlichen Bereiche sind in Konzept und Arbeitspapieren dokumentiert
- die Interprofessionellen Teams ist in der Anwendung der Dokumente geschult
- 2017 wird evaluiert, ob die Anpassungen zu einer Prozessoptimierung geführt haben

Projektablauf

- auftretende Probleme bei Patienten mit Wunsch nach Suizidbeihilfe laufend dokumentieren
- Konsenfindung in interprofessioneller Diskussion
- Konzept und Arbeitsdokumente entsprechend aktualisieren
- Interprofessionelle Teams schulen

Involvierte Berufsgruppen

Interprofessionelles Team (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorgerin)

Projektevaluation

Evaluation und Nachfolge-Fortbildung wird für 2017 geplant

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Palliative Sedierungstherapie, Optimierung

Ausgangslage

Die Evaluation der innerhalb von 3 Monaten durchgeführten palliativen Sedierungstherapien (PST) zeigte, dass die

- symptomatischen Therapien ungenügend ausgeschöpft werden
- Indikation oft ungenügend geprüft bzw. nicht nachvollziehbar dokumentiert wurde
- Wirkung der Sedierung oft nicht nachvollziehbar dokumentiert wurde

Projektziele

Sicherstellen, dass die

- symptomatische Therapie ausgeschöpft wird
- Indikation sorgfältig geprüft und dokumentiert wird
- Wirkung nachvollziehbar dokumentiert wird

Projektablauf

- Diskussion der Optimierungsmassnahmen im Leitungsteam
- Anpassen der Dokumente
- Vorbereiten und Durchführen der interprofessionellen Fortbildung

Involvierte Berufsgruppen

Interprofessionelle Teams (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorgerin)

Projektevaluation

laufendes Prüfen aller PST-Unterlagen, Rückmeldung an Ausführende

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 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 August 2016

Projektablauf

- Vorbereiten des Audits anhand der Liste A für stationäre spezialisierte Palliative Care
- Verantwortung: Qualitätsverantwortliche
- Laufendes Priorisieren zusammen mit dem Leistungsteam
- Instruktion des Interprofessionellen Teams (laufend und anlässlich interprofessioneller Fortbildung)

Involvierte Berufsgruppen

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

Projektevaluation

- Vier Wochen nach dem Audit erhielt das Leitungsteam einen Entwurf des Auditberichtes zur Stellungnahme.
- Anhand dieses Berichtes wurden Entwicklungsmassnahmen geprüft und eingeleitet.
- Das Label wurde erteilt, 2017-2020 erfolgen jährliche Zwischenevaluationen, 2021 die Rezertifizierung

19 Schlusswort und Ausblick

Viele der in diesem Qualitätsbericht aufgelisteten Messbereiche sind für Diaconis Palliative Care nicht relevant, da wir in der Akutsomatik ausschliesslich den Querschnittsbereich „stationäre spezialisierte Palliative Care“ anbieten – ein Bereich mit sehr spezifischen Dienstleistungen. Die ANQ-Messungen Stürze/Wundliegen wurden 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 ihrer/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 über 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 gelingt es uns, qualitativ hochstehende spezialisierte Palliative Care anzubieten.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

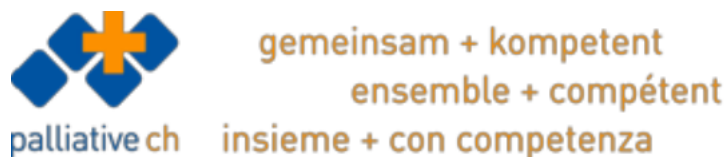
Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

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

Wir bieten ausschliesslich den Querschnittbereich stationäre spezialisierte Palliative Care an.



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 Grundsatzerklärung zur Frage der Beihilfe zum Suizid („Freitodbegleitung“).					
20. Diese Grundsatzerklärung 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 Kontinuität ¹¹ 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.

Weitere Gremien



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



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



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**).