

# Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

05.06.2018  
Renato Bucher, Leiter Finanzen und Zentrale Dienste

Version 1

**Palliativzentrum Hildegard**

[www.pzhi.ch](http://www.pzhi.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 2017.

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 der Vorlage 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 2017

Herr  
Renato Bucher  
Leiter Finanzen  
061 319 75 26  
[renato.bucher@pzhi.ch](mailto:renato.bucher@pzhi.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swisnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und 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. Die Publikationen hierzu finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	7
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>8</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 .....	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 .....	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	8
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>9</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	9
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen .....	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	13
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	13
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>14</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>15</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>15</b>
5.1 Eigene Befragung .....	15
5.1.1 Patientenfragebogen .....	15
5.2 Beschwerdemanagement .....	15
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>16</b>
6.1 Eigene Befragung .....	16
6.1.1 Angehörigenbefragung .....	16
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> geplant im Jahr 2019	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>17</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> keine Operationen	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> .....	<b>17</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	17
<b>13 Wundliegen</b> .....	<b>18</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) .....	18
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>17</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18 Projekte im Detail</b> .....	<b>20</b>

18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	20
18.1.1	Zuweiserbefragung .....	20
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 .....	20
18.2.1	Beschwerdemanagement .....	20
18.2.2	Angehörigen- und Patientenbefragung .....	20
18.2.3	Audit .....	20
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	20
18.3.1	Audit Qualität Palliative .....	20
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>21</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>22</b>
Akutsomatik .....		22
<b>Anhang 2 .....</b>		<b>23</b>
<b>Herausgeber .....</b>		<b>25</b>

## 1 Einleitung

Das Palliativzentrum Hildegard wurde 1983 als erstes Hospiz in der deutschsprachigen Schweiz unter dem Namen Hildegard Hospiz ins Leben gerufen. Die Institution versteht sich jetzt als moderne Klinik für spezialisierte Palliative Care und wurde 2013 in Palliativzentrum Hildegard umbenannt. Im Zentrum steht die Pflege unheilbarer und chronischer Erkrankungen sowie die professionelle Betreuung von Menschen mit unheilbaren fortgeschrittenen Krankheiten. Palliative Care bietet den Betroffenen trotz schwerer Krankheit ein möglichst schmerzfreies Leben und damit ein höchstmögliches Maß an Lebensqualität bis zuletzt. Dazu setzen wir neueste medizinische, psychologische und ethische Erkenntnisse ein. Unsere Arbeit verstehen wir als eine früh- und rechtzeitige Begleitung in komplexen Lebenssituationen und als Lebenshilfe bis zum Lebensende. Beschwerden werden dabei möglichst optimal gelindert, ohne den Patienten durch die Behandlung zusätzlich zu belasten. Dabei stehen die ganzheitlichen Behandlungen belastender physischer und psychischer Symptome sowie der uneingeschränkte Respekt vor dem Willen der Betroffenen im Vordergrund. Ein Ziel der Arbeit des behandelnden Teams des Palliativzentrums Hildegard ist es, wenn möglich eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes der PatientInnen zu erreichen. Insbesondere betrifft dies PatientInnen nach Chemo- oder Radiotherapie, bei fortschreitenden oder unheilbaren Erkrankungen oder bei schwer ausgeprägten Organerkrankungen. Ziel unserer Maßnahmen ist die Rückkehr in die heimische Umgebung. Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes steht das Palliativzentrum Hildegard aber jederzeit offen für eine Wiederaufnahme und bietet so den Vorteil einer bereits vertrauten Umgebung. Die Betreuung schwerkranker Menschen im heimischen Umfeld kann physisch und psychisch sehr belastend sein. Die Behandlung und Begleitung von schwerstkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase erfordert ein gut ausgebildetes interdisziplinäres Team aus Fachpersonen mit umfassender Kompetenz in den Bereichen Palliativmedizin, Pflege, psychologischer - sozialer Betreuung und Seelsorge. Seitens des Pflorgeteams beschäftigt das Palliativzentrum Hildegard bestens ausgebildetes und langjähriges Pflegefachpersonal. Auf der ärztlichen Seite ergänzen wir uns als ein Team von Fachärzten in den Disziplinen Palliativmedizin, Anästhesie, Psychoonkologie sowie psychosoziale und psychosomatische Medizin, Innere Medizin, Allgemeinmedizin. Das ganze Ärzteteam ist bezüglich Palliative Care speziell weitergebildet und verfügt über praktische, z.T. langjährige Erfahrung in Palliativmedizin. Insgesamt belegt das Palliativzentrum Hildegard mit seinem komplexen PatientInnen eine Sonderstellung in der Spitallandschaft. Unsere Erfahrungen geben wir gerne weiter, um die Anliegen von Palliative Care im Rahmen der Umsetzung der Strategie des Bundes auf kantonaler Ebene deutlich zu machen und zu fördern. Dies geschieht durch das Angebot von Schulungen des Levels A1, A2 und B1 im BZG und der Spitex Basel und der Mitarbeit in der Anlauf- und Koordinationsstelle Palliativ – Info Basel.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm

Das Qualitätsmanagement (QM-Team) ist in der Organisation verankert und setzt sich aus Mitgliedern der verschiedenen Berufsgruppen zusammen. Es finden periodische Sitzungen zu aktuellen Qualitätsthemen statt.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Stiftungsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt 30 Stellenprozent zur Verfügung.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **30** Stellenprozent zur Verfügung.

### 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Renato Bucher  
Leiter Finanzen und Zentrale Dienste  
Palliativzentrum Hildegard  
061 319 75 26  
[renato.bucher@pzhi.ch](mailto:renato.bucher@pzhi.ch)

Dr.med. Jürg Berchtold  
Beauftragter Qualitätssicherung  
Palliativzentrum Hildegard  
061 319 75 34  
[juerg.berchtold@hildegard-stiftung.ch](mailto:juerg.berchtold@hildegard-stiftung.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Um die Qualität unseres Angebotes sicherzustellen und stetig zu verbessern, überprüfen wir unsere Arbeit systematisch und bemühen uns permanent um eine Optimierung. Unser Bemühen Qualität sichtbarer und vergleichbarer zu gestalten, ist mit der Zertifizierung von Palliative CH anerkannt worden. Im September 2014 ist unsere Einrichtung auditiert worden und hat das Label Qualität in Palliative Care zugesprochen bekommen. Im 2015 und 2016 fand jeweils eine Rezertifizierung statt. Ein Zwischenaudit hat im September 2017 durch Sanacert stattgefunden. Dieses ergab eine vollständige Übereinstimmung mit den Vorgaben von Palliative.ch. Eine gute Vernetzung mit anderen Institutionen in Basel ist uns wichtig. So haben wir die Kooperation mit dem Universitätsspital Basel intensiviert. Durch vermehrte konsiliarische Einsätze und ambulante Versorgung vom PZHI nachbetreuter Patienten, sowie dem Ausbau eines mobilen Palliativ Care Teams (MPCT) den wir gemeinsam mit der Spitex Basel übernommen haben, vertiefen wir diesen Schwerpunkt stetig. In der Ausbildung arbeiten wir mit dem USB und der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Lörrach sowie dem BZG zusammen und bieten Plätze für HF SchülerInnen im Praktikum 2 an. Wir beteiligen uns als Institution regelmässig am Unterricht von Medizinstudenten.

Im Gremium der Qualitätskommission nimmt das Palliativzentrum Hildegard alle Qualitätsaufgaben effizient in Angriff. Diese Kommission trifft sich zu regelmäßigen Sitzungen und trägt die Qualitätsverantwortung. Ein Qualitätskoordinator ist benannt. Um die zukünftigen Qualitätsziele noch besser angehen zu können, arbeiten wir im Netzwerk der Qualitätsbeauftragten aller Basler Spitäler konstruktiv zusammen.

Den Patienten und ihren Angehörigen steht die Ombudsstelle Spitäler Nordwestschweiz zur Verfügung.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Es wurde ein internes Beschwerdemanagement eingeführt, der KVP-Prozess weitergeführt. Im Berichtsjahr wurde zudem eine Patienten- und Angehörigenbefragung durchgeführt.

#### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

Mit dem Zertifizierungsabschluss und der Vergabe des Qualitätslabels Qualität in Palliative Care von Palliative CH wurde ein wichtiges Qualitätsziel erreicht. Die Vernetzung mit anderen Institutionen hat sich etabliert, unsere Beteiligung an der Anlauf- und Koordinationsstelle Palliativ Info und unser Einsatz des Mobilen Palliativ Care Teams hat sich ausgeweitet. 2016 und 2017 fanden in Zusammenarbeit mit dem BZG die weiteren Basiskurse in Palliative Care Level A1, A2 und B1 für die Spitex Basel und für das BZG selbst statt. Auch in diesem Berichtsjahr haben wir nach externer Qualitätsüberprüfung das Zertifikat für unsere Messgeräte erhalten. In unserer Küche wurden bei 2 externen Prüfungen keine Mängel festgestellt.

#### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Befragungen durchgeführt. Zudem ist eine Zuweiserbefragung ebenfalls mit einer externen Firma vorgesehen. Um unsere Erfahrung weiterzugeben und von der Rückmeldung anderer Institutionen zu profitieren, werden wir unsere Aus- und Weiterbildungsangebote generell verstärken. Wir werden auch weiterhin in öffentliche Vorträge im Themenbereich Palliative Care anbieten. Das Palliativzentrum Hildegard wird auch weiterhin im Gremium der Qualitätssitzung an einer engeren Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Palliativkliniken in der Schweiz und im Ausland mitarbeiten. Dies mit der Absicht, eine bessere Aussagekraft bezüglich statistischen Erfassungen und den damit verbundenen Erkenntnissen und Daten zu erreichen und so an einer gesamthaften Qualitätsentwicklung für Palliative Care mitzuwirken.

## 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CIRS- Messungen (Zwischenfälle)</li> <li>▪ Medikationssicherheit</li> </ul>

### 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

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

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ Patientenfragebogen
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Angehörigenbefragung

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

##### KVP

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	permanenter Prozess
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen

##### Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Systematisches Beschwerdemanagement
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Gesamtes Spital (Vorgesehen für Patienten und deren Angehörige)
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	laufend, permanent
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Probleme erfassen und zur Verbesserung nützen

##### Verbindliche Hygienerichtlinien für das ganze Haus erstellt

<b>Ziel</b>	Verbesserung der Hygiene in allen Bereichen, Erfassung von Problemen und Korrektur derselben, Prospektiv Vorgehen bei unvorhergesehenen Häufungen von Infekten (Norovirus z. B./Vorgehen bei Stichverletzungen)
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	ganzes Haus
<b>Projekte: Laufzeit</b> (von...bis)	unbegrenzt
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	sämtliche, insbesondere Pflege, Ärzte, Küche, Hausdienst, Abwart etc.
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation und Überprüfung zusammen mit Hrn. Reinartz (Hygieneverantwortlicher St. Claraspital)

## Angehörigen- und Patientenbefragung

<b>Ziel</b>	Feststellung der Angehörigen- und Patientenzufriedenheit
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017-2018
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Sämtliche, insbesondere Pflege, Medizin, Therapien, Psychologie, Seelsorger

## Zuweiserbefragung

<b>Ziel</b>	Zufriedenheitsmessung Zuweiser
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Eintritt Patienten, Administration, Schnittstellen
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2018-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Begründung</b>	Verbesserung des Zuweisungsprozesses
<b>Methodik</b>	Befragung der wichtigsten Zuweiser durch externe Stelle

## Audit Qualität Palliative

<b>Ziel</b>	Erhalt Zertifikat
<b>Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft</b>	Ganzes Spital
<b>Projekte: Laufzeit (von...bis)</b>	2017-2019
<b>Art der Aktivität / des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
<b>Methodik</b>	Externes Audit
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Alle

#### 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, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2014 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

Periodische Schulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

Repetitionsveranstaltungen für sämtliche beteiligten Mitarbeiter , insbesondere Pflege und Ärzte.

#### 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
Label "Qualität in Palliative Care"	PZHI stationärer Bereich	2014	2017	Audit September 2017

#### Bemerkungen

Zwischenbericht 2015 und 2016 erstellt und eingereicht, Erhalt Zertifikat erreicht

2017 Audit erfolgt, Erhalt Zertifikat erreicht

2018 wird ein Zwischenbericht erstellt und 2019 erfolgt die erneute Überprüfung durch Qualité palliative (Qualität in Palliative Care) für den Erhalt des Labels für die nächsten 5 Jahre (2019-2024)

# **QUALITÄTSMESSUNGEN**

## Befragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

#### 5.1 Eigene Befragung

##### 5.1.1 Patientenfragebogen

Verbesserungen/Änderungen werden laufend von der Spitalleitung geprüft und bei Bedarf eingeführt.

Diese Patientenbefragung haben wir vom September 2017 bis Januar 2018 durchgeführt.  
In sämtlichen Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es wurden sowohl 20 Patienten-, als auch Angehörigenfragebogen erfasst und ausgewertet.

#### 5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

##### **Palliativzentrum Hildegard**

Ombudsstelle Spitäler Nordwestschweiz

Frau Regula Diel

061 269 80 85

[kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch](mailto:kontakt@ombudsstelle-spitaeler.ch)

Beschwerden neu zentral beim internen  
Beschwerde Management angebracht.

## 6 Angehörigenzufriedenheit

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

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Angehörigenbefragung

Umfassende Angehörigenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Angehörigen und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom November 2017 bis Januar 2018 durchgeführt. In sämtlichen Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aufgrund der geringen Grösse des Betriebes und der daraus resultierenden geringen Fallzahl, wird auf eine Publikation verzichtet.

## 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](http://www.anq.ch), [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu) und [che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze](http://che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze)

#### Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Aus Sicht unserer Institution nicht sinnvoll im Moment.

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Es wird laufend evaluiert, welches die häufigsten Sturzursachen sind sowie auch die Sturzzeiten (Tag/Nacht) und aufgrund dessen wird versucht die Sturzursachen womöglich zu eliminieren.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

## 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 (Punktprävalenz) 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. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu)

#### Messergebnisse

##### Bei Erwachsenen

Anzahl Erwachsene mit Dekubitus		Vorjahreswerte	2017	In Prozent
		2016		
<b>Palliativzentrum Hildegard</b>				
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	1	-
	Residuum*, Kategorie 2-4	0	0	-

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

\*\* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Aus Sicht unserer Institution nicht sinnvoll im Moment.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle stationären Patienten <math>\geq</math> 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen).</li> <li>▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenospitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern).</li> <li>▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.</li> </ul>
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt.</li> <li>▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation.</li> <li>▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen.</li> <li>▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.</li> </ul>

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Zuweiserbefragung

Feststellung der Zuweiserzufriedenheit. Auswertung- und Durchführung durch externe Stelle mit entsprechenden Resultaten.

### 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

#### 18.2.1 Beschwerdemanagement

Umgesetzt.

#### 18.2.2 Angehörigen- und Patientenbefragung

Umfassende Angehörigen- und Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Angehörigen/Patienten und Anregungen für Verbesserungspotenziale geben.

#### 18.2.3 Audit

Externes Audit durch Sanacert im September 2017 mit dem Ziel, einer vollständigen Übereinstimmung mit den Vorgaben von Palliative.ch.

Ablauf/Methodik: Befragung durch Auditor

Involvierte Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Spitalleitung

Ergebnisse: vollständige Übereinstimmung mit den Vorgaben von Palliative.ch (nur marginale Massnahmen notwendig)

### 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

#### 18.3.1 Audit Qualité Palliative

- 1. Zwischenbericht September 2018
- Grosses Audit im September 2019 für den gesamten Betrieb

## 19 Schlusswort und Ausblick

Das Palliativzentrum Hildegard legt sehr grossen Wert auf die ständige Qualitätsverbesserung der angebotenen Leistungen. Alle Verantwortlichen sind davon überzeugt, dass eine Qualitätssteigerung nur durch eine regelhafte Überarbeitung und Aktualisierung der Abläufe zu erreichen ist. Bereits begonnene Kooperationen dienen der Vernetzung und Qualitätssicherung und werden weiter ausgebaut. Unter anderem bietet das PZHI einen palliativen Konsiliardienst vor allem für Hausärzte sowie Alters- und Pflegeheime im Rahmen des MPCT an. Das PZHI beteiligt sich aktiv durch die Teilnahme an den wöchentlich Tumorgesprechungen (Onkologie sowie Gynäkologie) im USB an der frühzeitigen Planung zur Betreuung von palliativen Patientinnen und Patienten. Wir nehmen aktiv an der Basiswissensvermittlung von Palliative Care teil und stellen uns so ständig neu fachlichen Fragestellungen. Zudem ist in unserem Haus die Anlauf und Koordinationsstelle Palliativ Care Info Basel angesiedelt. Mit dem Abschluss der Zertifizierung Palliative Care ist unserem Haus Ende 2014 und ein Rezertifizierungsaudit 2017 eine definierte Qualität einer anerkannten externen Stelle (Sanacert) bestätigt worden. Auch der intensivste Austausch durch die Übernahme von Fremdpraktika werdender Pflegefachfrauen und PflegehelferInnen und grosszügige Angebote von Hospitationen und ähnlichem, sind eine Form der Rückmeldung, die zu Qualitätsverbesserungen beitragen. Der ständige, intensive Austausch innerhalb der Schweizer Privatkliniken mit der einhergehenden engen Vernetzung wird längerfristig in einer Optimierung der Qualität resultieren.

## 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](http://spitalinformation.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

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

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
<b>Nerven medizinisch (Neurologie)</b>
Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems
Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)
Zerebrovaskuläre Störungen (ohne Stroke Unit)
<b>Blut (Hämatologie)</b>
Aggressive Lymphome und akute Leukämien
Indolente Lymphome und chronische Leukämien
<b>Lunge medizinisch (Pneumologie)</b>
Pneumologie
<b>Gynäkologie</b>
Maligne Neoplasien des Corpus uteri

### Bemerkungen

Palliative Care

## Risikopatient/innen gemäss Bradenskala



Name	Messung	Ergebnis %	Anzahl
Palliativzentrum Hildegard (Institutionsspezifische Ergebnisse)	Nov 2017	100	12 / 12

## Standard/Richtlinie auf Spitalebene



- Palliativzentrum Hildegard (Institutionsspezifische Ergebnisse)
- Nationale Ergebnisse (gleicher Spitaltyp)

Name	Messung	Ergebnis %	Anzahl
Palliativzentrum Hildegard (Institutionsspezifische Ergebnisse)	Nov 2016	0	0 / 1
Palliativzentrum Hildegard (Institutionsspezifische Ergebnisse)	Nov 2017	100	1 / 1

## 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](http://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 Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/servicenav/ueber\\_uns/fachkommissionen/qualitaet\\_akutsomatik\\_fkqa](http://www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa)



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform [www.spitalinformation.ch](http://www.spitalinformation.ch) nahe zu legen.

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://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](http://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**).