

Qualitätsbericht 2018

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Luciano Bandini, Stiftungsrat

Version 1

Palliativzentrum Hildegard

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 2018.

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. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

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 2018

Herr

Luciano Bandini

Stiftungsrat

061 317 96 66

luciano.bandini@hildegard-stiftung.ch

Achtung: neue Kontaktperson- und daten

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. 2018 haben die H+ Mitglieder zugestimmt die nationalen Ergebnisse der bereichsspezifischen Messungen in der Rehabilitation zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Ein ebenfalls bewährtes Verfahren um Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu identifizieren sind Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo oder M&M). Um die Behandlungsprozesse zu verbessern, werden retrospektive Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet und gemeinsam analysiert.

Im Jahr 2018 steuerte Patientensicherheit Schweiz in Zusammenarbeit mit verschiedenen Stakeholdern, den Spitälern und Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen mehrere wesentliche Beiträge zur Förderung der Patientensicherheit bei:

Gemeinsam mit Swissnoso brachte die Stiftung das dritte nationale Pilotprogramm «progress!» im Auftrag des Bundes zur verbesserten Sicherheit bei Blasenkathetern zum erfolgreichen Abschluss. Die Pilotspitäler testeten das Interventionsbündel auf seine Wirksamkeit. Es kann dazu beitragen, unnötige Katheterisierungen zu vermeiden sowie, die Liegedauer von Blasenkathetern auf das benötigte Minimum zu beschränken.

Die Doppelkontrollen von Hochrisiko-Medikation ist eine Massnahmen um die korrekte Medikation in den Spitälern zu sichern. Dessen Wirksamkeit ist nicht in jedem Fall belegt und ressourcen-intensiv. Eine optimale Planung und Gestaltung der Checks ist deshalb wichtig. Patientensicherheit Schweiz hat sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und erstmals für Schweizer Spitäler eine Empfehlung mit Tipps zur optimalen Kontrolle von Hochrisiko-Medikation erarbeitet.

Bei der Analyse von Fehlern in der Medizin gibt es immer wieder Situationen, bei denen Beteiligte ein Risiko erkennen, jedoch nicht artikulieren können oder nicht gehört werden. Sicherheitsbedenken auszusprechen, ist nicht immer einfach. Patientensicherheit Schweiz unterstützt die Spitäler auch bei diesem Thema und hat einen Praxisleitfaden «Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung» entwickelt.

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.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin 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 2018..... | 8 |
| 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018 | 8 |
| 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 kantonale vorgegebenen Messungen | 10 |
| 4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen..... | 11 |
| 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte..... | 12 |
| 4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen..... | 13 |
| 4.5 Registerübersicht | |
| Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert. | |
| 4.6 Zertifizierungsübersicht..... | 14 |
| QUALITÄTSMESSUNGEN..... | 15 |
| Befragungen | 16 |
| 5 Patientenzufriedenheit..... | 16 |
| 5.1 Eigene Befragung | 16 |
| 5.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig..... | 16 |
| 5.2 Beschwerdemanagement | 16 |
| 6 Angehörigenzufriedenheit..... | 17 |
| 6.1 Eigene Befragung | 17 |
| 6.1.1 Ihre Meinung ist uns wichtig..... | 17 |
| 7 Mitarbeiterzufriedenheit | |
| Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| 8 Zuweiserzufriedenheit | |
| Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt. | |
| Behandlungsqualität..... | 18 |
| 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 | 18 |
| 12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz | 18 |
| 13 Wundliegen..... | 19 |
| 13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)..... | 19 |
| 14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen | |
| Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant. | |
| 15 Psychische Symptombelastung | |
| Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand | |
| Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an. | |
| 17 Weitere Qualitätsmessung | 21 |
| 17.1 Weitere eigene Messung | 21 |
| 17.1.1 ESAS..... | 21 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 18 | Projekte im Detail | 22 |
| 18.1 | Aktuelle Qualitätsprojekte | 22 |
| 18.1.1 | Palliativ Zertifizierung 2019 | 22 |
| 18.1.2 | ISO-Zertifizierung 2020 | 22 |
| 18.2 | Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018 | 22 |
| 18.2.1 | Hygiene-Audit..... | 22 |
| 18.2.2 | Zwischenevaluation an palliative ch..... | 22 |
| 18.3 | Aktuelle Zertifizierungsprojekte | 22 |
| 18.3.1 | Audit Qualité Palliative | 22 |
| 19 | Schlusswort und Ausblick | 23 |
| Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot..... | | 24 |
| Akutsomatik | | 24 |
| Herausgeber | | 25 |

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. Auch dort steht den Betroffenen mit MPCT (Mobiles Palliative Care Team) ein jederzeit abrufbarer Dienst zur Verfügung, der sowohl die Patienten in ihrem heimischen Umfeld, als auch deren Hausärzte bei Bedarf unterstützt. 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 60 Stellenprocente zur Verfügung.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **60** Stellenprocente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Luciano Bandini
Stiftungsrat
061 317 96 66
luciano.bandini@hildegard-stiftung.ch

Dr. med. Jürg Berchtold
Co-Leitung Qualitätsmanagement
061 317 96 61
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, 2016 und 2018 wurde jeweils ein Zwischenbericht erstellt. 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 weiter intensiviert. Durch vermehrte konsiliarische Einsätze und ambulante Versorgung von vom Palliativzentrum nachbetreuter Patienten, sowie dem Ausbau eines mobilen Palliativ Care Teams (MPCT) den wir gemeinsam mit der Spitex Basel übernommen haben, machen wir diese Schwerpunkte vermehrt sichtbar. 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, Baselbieter und Solothurner 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 2018

Es existiert ein internes Beschwerdemanagement, welches im Berichtsjahr angepasst wurde. Der KVP-Prozess wird zudem stetig weitergeführt. Die Betriebsabläufe am Empfang wurden optimiert und die Mitarbeitenden entsprechend geschult.

Auch 2018 wurde ein ausführlicher Zwischenbericht erstellt und von palliative ch für gut geheissen. Im Berichtsjahr haben wir interne Prozesse optimiert - siehe später.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2018

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. Es fanden in Zusammenarbeit mit dem BZG weitere Basiskurse in Palliative Care Level A1, A2 und B1 für die Spitex Basel und für das BZG selbst statt.

Der Freiwilligenbereich wurde ausgebaut. Es wurde ein ausführliches Konzept für die Freiwilligenarbeit erarbeitet. Ein besonderes Gewicht wird dabei auf die Rekrutierung, Einarbeitung und Schulung der freiwilligen Mitarbeitenden gelegt.

Der Empfangsbereich wurde kundenfreundlicher gestaltet und erhielt ein professionelleres Erscheinungsbild.

Die Aus- und Fortbildungsplanung wurde optimiert. Es besteht ein Aus- und Fortbildungsplan für Personal. Darin werden Defizite, Aus- und Fortbildungsziele aufgeführt und dementsprechend zielgerichtete Massnahmen zur Fort- und Weiterbildung eingeleitet.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

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.

2018 wurde intensiv an der Vorbereitung für eine ISO-Zertifizierung gearbeitet. Es wurden für viele Bereiche Prozesse erarbeitet und Konzepte neu erstellt oder angepasst. Nach sehr gutem Bestehen des Zwischenaudits durch Sanacert im September 2017 arbeiten wir nun intensiv an den Vorbereitungen für die Rezertifizierung (palliativ.ch) im Sommer 2019.

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> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz ▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus |

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"> ▪ CIRS- Messungen (Zwischenfälle) ▪ Medikationssicherheit |

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> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Ihre Meinung ist uns wichtig |
| <i>Angehörigenzufriedenheit</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Ihre Meinung ist uns wichtig |
| Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt: |
| <i>Weitere Qualitätsmessung</i> |
| <ul style="list-style-type: none">▪ ESAS |

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

KVP

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

Beschwerdemanagement

| | |
|---|---|
| Ziel | Systematische Erfassung von eingehenden Beschwerden |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Gesamtes Spital (Vorgesehen für Patienten und deren Angehörige) |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | laufend, permanent |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Probleme erfassen und daraus Massnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Es erfolgt eine statistische Erfassung. |

Verbindliche Hygienerichtlinien für das ganze Haus erstellt

| | |
|---|--|
| Ziel | 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). |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | ganzes Haus |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | unbegrenzt |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Begründung | Durch das Outsourcing des Gastronomiebereiches liegt die Hygiene-Verantwortung im Bereich des SV-Service. |
| Involvierte Berufsgruppen | sämtliche, insbesondere Pflege, Ärzte, Küche, Hausdienst, Abwart etc. |
| Evaluation Aktivität / Projekt | Evaluation und Überprüfung zusammen mit Hrn. Reinartz (Hygieneverantwortlicher St. Claraspital) |

Angehörigen- und Patientenbefragung

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

Audit Qualität Palliative

| | |
|---|--|
| Ziel | Erhalt Zertifikat |
| Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft | Ganzes Spital |
| Projekte: Laufzeit (von...bis) | 2019-2024 |
| Art der Aktivität / des Projekts | Es handelt sich dabei um ein internes Projekt. |
| Methodik | Externes Audit |
| Involvierte Berufsgruppen | Multi-professionelles Team |

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 im Jahr 2014 ein CIRS eingeführt.

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

Bemerkungen

Es existiert ein Prozessablauf, sowie ein Konzept.

Periodische Schulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Repetitionsveranstaltungen für sämtliche beteiligten Mitarbeiter, insbesondere Pflege und Ärzte haben auch im Berichtsjahr stattgefunden.

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" | Palliativzentrum stationärer Bereich | 2014 | 2017 | Rezertifizierung Sommer 2019 |

Bemerkungen

Zwischenbericht 2015, 2016 und 2018 erstellt und eingereicht, Erhalt Zertifikat erreicht

2017 Audit erfolgt, Erhalt Zertifikat erreicht

2019 erfolgt die erneute Rezertifizierung 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 Ihre Meinung ist uns wichtig

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

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
In sämtlichen Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aus Sicht unserer Institution nicht sinnvoll im Moment.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Palliativzentrum Hildegard

Beschwerdemanagement

Frau Caroline Meyer

061 317 96 65

caroline.meyer@hildegard-stiftung.ch

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 Ihre Meinung ist uns wichtig

Wir schätzen die Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Angehörigen sehr, um Anregungen für Verbesserungspotenziale zu erhalten und diese entsprechend umzusetzen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir im Jahr 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, www.lpz-um.eu und 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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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 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 | | 2018 | In Prozent |
|--|---|---|------|------|------------|
| | | 2016 | 2017 | | |
| Palliativzentrum Hildegard | | | | | |
| Nosokomiale Dekubitusprävalenz | Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 | 0 | 1 | 1 | 100.00% |
| | Residuum*, Kategorie 2-4 | 0 | 0 | | - |
| Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2018 | | Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten) | | - | |

* 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.

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/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

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"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ 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). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung. |
| | Ausschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum. |

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 ESAS

Mit dem Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) werden die psychischen Hauptsymptome wie Angst, Unruhe, Spannung, Traurigkeit, Schweremüdigkeit und eingeschränktes Wohlbefinden erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2018 durchgeführt.
alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Aus Sicht unserer Institution nicht sinnvoll.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Palliativ Zertifizierung 2019

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

18.1.2 ISO-Zertifizierung 2020

Gemäss den standartisierten Vorgaben von SQS.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2018

18.2.1 Hygiene-Audit

Externes Audit durch St. Claraspital im Berichtsjahr, bei welchem keinerlei Mängel festgestellt wurden.

18.2.2 Zwischenevaluation an palliative ch

Die Zwischenevaluation wurde im November 2018 eingereicht und von palliative ch gutgeheissen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Audit Qualité Palliative

- Zwischenevaluation September 2018
- Grosses Audit im August 2019 für den gesamten Betrieb

19 Schlusswort und Ausblick

Das Palliativzentrum Hildegard (PZHI) 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. Deshalb wird für die Folgejahre 2019-2020 sowohl die Palliative Rezertifizierung (2019) als auch die ISO-Zertifizierung (2020) angestrebt. 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 Tumorbearbeitungen (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 CH ist unserem Haus Ende 2014 und ein Rezertifizierungsaudit 2017 eine definierte Qualität einer anerkannten externen Stelle (Sanacert) bestätigt worden. Auch der intensivisierte 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 Palliativkliniken 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 spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Akutsomatik

| Angeborene 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 |
| Lunge medizinisch (Pneumologie) |
| Pneumologie |
| Gynäkologie |
| Maligne Neoplasien des Corpus uteri |

Bemerkungen

Palliative Care

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 (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

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



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.spitalinfo.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**).