



KANTON AARGAU

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Sektion Langzeitversorgung

1. Januar 2024

MANUAL FÜR AUDITS

Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der stationären Langzeitpflege im Kanton Aargau

Inhaltsverzeichnis

1. Rahmenbedingungen	4
2. Organisation und Aufgaben im Audit-Team	4
2.1 Leitender Auditor	4
2.2 Co-Auditor/Co-Auditorin	4
3. Beobachtende	5
4. Veranlassung und Vorbereitung eines Audits	5
5. Durchführung	6
5.1 Ablauf des Audits	6
5.2 Bewertung im Audit – Beurteilung der Qualitätssicherung	6
5.2.1 Auflagen	7
5.3 Beurteilung der Qualitätsentwicklung.....	7
5.4 Zwischenbericht	7
5.5 Nachaudit	8
5.6 Audits an mehreren Standorten	8
5.7 Audits in der Inhouse Spitex	8
6. Berichterstattung	8
7. Aufwand	9
7.1 Kosten pro Audit (1 Tag)	9
7.1.1 Ausnahmeregelung	10
7.2 Kosten pro Nachaudit.....	10
7.3 Kosten pro Zwischenbericht (durchschnittliche Schätzung)	10
7.4 Rechnungstellung	10
7.5 Aufsichtsbesuch durch das Departement Gesundheit und Soziales	10
8. Verschiebung und Entbindung vom Audit	10
9. Datenschutz und Datensicherheit	11
Anhang 1 Themenfelder	12

Auftraggeber

Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau

Auftragnehmer

Auditstelle:

SanaCERT Suisse, Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Effingerstrasse 55, 3008 Bern

Technisch/ wissenschaftlicher Betreiber/ Informatik:

Institut für Organisation und Sozialmanagement (IORG), 3012 Bern, (Berner Fachhochschule)

Auditierte Institutionen:

Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege im Kanton Aargau

Bezugsadresse

Departement Gesundheit und Soziales

Abteilung Gesundheit, Sektion Langzeitversorgung

Bachstrasse 15

5001 Aarau

E-Mail: langzeitversorgung@ag.ch

Gültig seit 1. Januar 2016; 4. Überarbeitung November 2024

Der Einfachheit und besseren Lesbarkeit wegen wird teilweise der männlichen Schreibweise der Vorzug gegeben. Dies stellt keine Diskriminierung des weiblichen Geschlechts dar.

1. Rahmenbedingungen

Dieses Manual ist ein Bestandteil des "Rahmenkonzepts zur Qualitätssicherung und -entwicklung" in der stationären Langzeitpflege. Das Audit hat zwei Hauptziele: Einerseits die Sicherung der Qualität auf der Grundlage des jährlichen Qualitäts-Reportings und andererseits die Förderung der Qualitätsentwicklung durch Beurteilung der Arbeit an ausgewählten Themen (Themenfelder siehe Anhang 1). Die Themenfelder werden von der kantonalen "Steuerungsgruppe Qualität stationäre Langzeitpflege" (nachfolgend Steuerungsgruppe genannt) definiert. Jede Institution der stationären Langzeitpflege wird alle vier Jahre auditiert. Die Steuerungsgruppe wird regelmässig über die Auditresultate informiert.

Der Ablauf der Audits orientiert sich an der Norm ISO 19011: 2011; Leitfaden zur Auditierung von Managementsystemen.

2. Organisation und Aufgaben im Audit-Team

Das Audit-Team besteht in der Regel aus zwei externen Fachleuten: einem Auditor der Auditstelle (leitender Auditor) sowie einer Fachperson aus dem Bereich Langzeitpflege (Co-Auditor).

2.1 Leitender Auditor

Die externe Auditstelle schlägt zuhanden des Departements Gesundheit und Soziales die leitenden Auditoren vor und ist dafür verantwortlich, dass diese leitenden Auditoren die fachlichen Voraussetzungen erfüllen. Als Voraussetzungen für diese Aufgabe gelten Erfahrung im Auditieren, Kenntnisse im entsprechenden Berufsfeld, im Qualitätsmanagement und der Evaluation sowie eine hohe soziale Kompetenz.

2.2 Co-Auditor/Co-Auditorin

Voraussetzungen für die Funktion als Co-Auditor

- Aktuell in einer Organisation der stationären/ambulanten Langzeitpflege tätig
- Leitende Funktion (zum Beispiel Institutionsleitung, Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung, Leitung Bereich Qualität)
- Mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen, vorzugsweise im Bereich der stationären Langzeitpflege
- Bereitschaft, an der jährlichen obligatorischen Weiterbildung für Co-Auditoren teilzunehmen

Anforderungsprofil

- Hohe Sozialkompetenz und Kommunikationsfähigkeit
- Beobachtungsfähigkeit und analytisches Denken
- Fähigkeit, kritisch wohlwollend und unparteilich zu bewerten
- Methodenkenntnis für die Dokumentenanalyse und schriftliche Ausdrucksfähigkeit für die Protokollierung und die Mitarbeit bei der Berichtverfassung
- Fundierte Kenntnisse in Bereichen der stationären Langzeitpflege
- Kenntnis der Grundlagen des Kantons Aargau zum Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit im Bereich der stationären Langzeitpflege (gesetzliche Grundlagen und "Rahmenkonzept zur Qualitätssicherung und -entwicklung")

Vorkenntnisse und/oder Erfahrungen über spezifische Qualitätsmanagementsysteme oder Auditverfahren sind erwünscht, aber nicht zwingend notwendig, da die Co-Auditoren professionell auf ihre Aufgabe vorbereitet und auch begleitet werden. Der Besuch der jährlichen Weiterbildungsveranstaltungen ist daher für sie obligatorisch, damit das notwendige Wissen zur Durchführung von Audits regelmässig überprüft und aufgefrischt werden kann.

Entschädigung

Die Arbeit als Co-Auditor wird entschädigt. Die Höhe der Entschädigung wird durch die Steuerungsgruppe festgelegt. Die Auszahlung erfolgt durch die externe Auditstelle.

3. Beobachtende

Neue und/oder wenig erfahrene Co-Auditoren können sich als Beobachtende einen vertieften Einblick in das Vorgehen und den Ablauf eines Audits verschaffen. Dabei haben sie keine direkten Auditaufgaben, können aber das Audit zu eigenen Ausbildungszwecken nutzen und dienen dem Audit-Team zudem als kritische Rückmeldeinstanz. Diese Tätigkeit wird nicht entschädigt. Die Auditstelle respektive deren leitender Auditor entscheidet in Absprache mit dem betroffenen Leistungserbringer, ob eine Person als Beobachtender an einem Audit teilnehmen kann.

Organisation und Aufgaben von Departement Gesundheit und Soziales, der Steuerungsgruppe und externer Auditstelle sind im "Rahmenkonzept zur Qualitätssicherung und -entwicklung" detailliert beschrieben.

4. Veranlassung und Vorbereitung eines Audits

Die Audits werden bei den einzelnen Institutionen der stationären Langzeitpflege alle vier Jahre durchgeführt (4-Jahreszyklus¹). Sobald die Institutionen bekannt sind, die in der nächsten Auditphase auditiert werden, nimmt die externe Auditstelle Kontakt mit der einzelnen Institution auf und orientiert diese über die Schritte in der Vorbereitung und Durchführung des Audits. Die Vorbereitung eines Audits nimmt erfahrungsgemäss vier bis sechs Monate in Anspruch.

Die Auswahl der zu auditierenden Institutionen erfolgt systematisch durch die Steuerungsgruppe. Das Departement Gesundheit und Soziales sowie die Steuerungsgruppe können einen Leistungserbringer zu einem Audit ausserhalb des regulären 4-Jahreszyklus verpflichten.

Die ausgewählten Leistungserbringer werden durch das Departement Gesundheit und Soziales schriftlich benachrichtigt. Sie werden gleichzeitig über die Pflicht zur Kostenübernahme informiert. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt die Auditstelle die Führung im Auditprozess. Der Ablauf des Audits wird zwischen Leistungserbringer und Auditstelle gemäss Manual für Audits gemeinsam besprochen. Die Anforderungen an den Selbstbewertungsbericht² zur Arbeit an den Themenfeldern werden erläutert. Das Departement Gesundheit und Soziales veranlasst, dass die Auditstelle Zugang zu den Daten aus dem Qualitäts-Reporting erhält. Die Institutionen haben im Vorfeld eines Audits die Möglichkeit, den vorgeschlagenen Co-Auditor sowie Beobachter abzulehnen. Die Begründung muss schriftlich an die Auditstelle erfolgen.

Die zu auditierenden Institutionen sind verpflichtet, dem Audit-Team sämtliche für das Audit notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die nötigen Kontakte in der Institution zu ermöglichen. Alle Unterlagen (eingereicht und am Audit-Tag aufgelegt) müssen im Text der Selbstbewertung referenziert werden. Damit sich das Audit-Team angemessen vorbereiten kann, sind Konzepte und ähnliche Grundlagedokumente im Vorfeld elektronisch einzureichen. Weitere Erläuterungen und Beispiele sind in der Vorlage des Selbstbewertungsberichts ersichtlich. Die elektronischen Unterlagen bleiben während fünf Jahren bei der Auditstelle archiviert und werden anschliessend kontrolliert vernichtet.

Das Audit basiert auf dem Qualitäts-Reporting vom Vorjahr sowie dem Selbstbewertungsbericht zur Arbeit an den ausgewählten Themenfeldern. Zusätzlich werden ab Audit-Zyklus 2020–2023 anhand der Empfehlungen aus dem letzten Audit die Fortschritte in der Weiterentwicklung der letzten vier Jahre thematisiert.

¹ Audit-Zyklus 2016–2019 / Audit-Zyklus 2020–2023

² Im Selbstbewertungsbericht geben die zu auditierenden Betriebe an, wieweit sie die normativen Grundlagen erfüllen. Die Betriebe erhalten im Vorfeld des Audits von der Auditstelle detaillierte Informationen zum Erstellen des Selbstbewertungsberichts.

Das Auditprozedere erfolgt mittels

- gezielter Vorbereitung und Aktenstudium,
- Befragungen von Mitarbeitenden,
- teilnehmender Beobachtung sowie
- Sichtung von weiteren Dokumenten und Arbeitsinstrumenten.

Das Audit-Team ist verpflichtet, besondere Vorkommnisse und festgestellte schwerwiegende Mängel direkt während des Audits gegenüber der verantwortlichen Leitung zu thematisieren und dies der Leitung mit Kopie an das Departement Gesundheit und Soziales nach dem Audit schriftlich mitzuteilen.

Der vorzeitige Abbruch eines Audits ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Wenn kein Zugang zu den Informationen gewährt wird und die Aufgabe vom Audit-Team nicht erfüllt werden kann, kann als absolute Ausnahmesituation das Audit abgebrochen werden. Als mögliche Konsequenz für den Leistungserbringer soll das abgebrochene Audit mit dem Departement Gesundheit und Soziales zur Aufsicht / Begleitung wiederholt werden.

Sollte – wider Erwarten – ein schwerwiegender Konflikt auftreten, gilt die Steuerungsgruppe erstinstanzlich als Schlichtungs- und Vermittlungsstelle.

5. Durchführung

5.1 Ablauf des Audits

Das Audit dauert in der Regel einen Tag. Nach der Eröffnungssitzung mit der Leitung der Institution studiert das Audit-Team in einer ersten Etappe zusätzliche Dokumente und Unterlagen. In einer zweiten Etappe werden Gespräche mit Mitarbeitenden zum Qualitäts-Reporting und zu den Themenfeldern geführt. In der dritten Etappe findet eine Begehung statt. Die Mitarbeitenden werden an ihrem jeweiligen Arbeitsort befragt und weitere Unterlagen und Dokumente werden eingesehen. In der vierten Etappe bewertet das Audit-Team die Qualitätssicherung und beurteilt den Stand der Qualitätsentwicklung. In der fünften und letzten Etappe wird die Beurteilung, mit allfälligen Auflagen und Empfehlungen, an der Schlussbesprechung mündlich vorgetragen.

5.2 Bewertung im Audit – Beurteilung der Qualitätssicherung

Das Qualitäts-Reporting wird bewertet, indem die festgelegten Indikatoren vom Audit-Team einzeln plausibilisiert und Auffälligkeiten geprüft werden.

Bewertungsskala: **erfüllt** – **nicht erfüllt**.

Ein Indikator gilt als **erfüllt**, wenn

- a) für jeden Indikator eine plausible Kennzahl vorhanden und
- b) die Erhebung korrekt erfolgt ist (nachvollziehbarer Prozess) sowie,
- c) der Indikator in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (PDCA-Qualitätskreis³) eingebunden ist.

Ein Indikator gilt als **nicht erfüllt**, wenn die Kennzahl nicht plausibel und / oder die Erhebung nicht korrekt erfolgt/ nicht nachvollziehbar ist und / oder der kontinuierliche Verbesserungsprozess nicht nachgewiesen werden kann. Ein nicht vorhandener Indikator gilt ebenfalls als nicht erfüllt. Ein nicht erfüllter Indikator hat in der Regel eine Auflage zur Folge.

³ Der PDCA-Qualitätskreis oder Demingkreis beschreibt die vier Phasen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).

5.2.1 Auflagen

Eine Auflage ist eine zwingende Massnahme, welche eine konkrete Verbesserung zum Ziel hat. Sie bezieht sich immer nur auf einen bestimmten Indikator und kann nicht für mehrere Indikatoren gleichzeitig ausgesprochen werden. Alle Auflagen sind vom Audit-Team durch eine entsprechende Feststellung im Audit-Bericht nachvollziehbar zu begründen.

Es wird eine einmalige Frist für die Erfüllung der Auflagen festgelegt. Mit der auditierten Institution wird am Ende des Audits ein entsprechender Termin vereinbart und im Auditbericht festgehalten. Die Einhaltung der vereinbarten Termine sowie die Erfüllung der Auflagen werden durch die Auditstelle kontrolliert und fachlich beurteilt. Die Steuerungsgruppe behalten sich vor, den mit der Institution vereinbarten Termin zur Erfüllung der Auflagen anzupassen oder vorzuzuschieben.

Das Audit-Team kann in begründeten Fällen anstelle der Auflage eine Empfehlung formulieren. Empfehlungen müssen von der Institution behandelt werden, die Institution ist aber frei in der Umsetzung einer Empfehlung. Werden Empfehlungen bis zum nächsten Audit nicht thematisiert bzw. behandelt, behält sich das Audit-Team vor daraus Auflagen zu formulieren.

Wird die Frist zur Behebung der festgestellten Mängel wiederholt nicht genutzt und Auflagen bleiben unerfüllt, behält sich das Departement Gesundheit und Soziales vor, die unter § 43 ff PflV beschriebenen Massnahmen einzuleiten. Die Massnahmen müssen verhältnismässig sein und deren Anordnung darf erst nach erfolgter Verwarnung ausgesprochen werden.

5.2.2 Auditbericht

Das Audit-Team informiert mit dem Auditbericht die Steuerungsgruppe über das Ergebnis des Audits.

5.3 Beurteilung der Qualitätsentwicklung

Im Audit wird neben der Prüfung der Qualitätsindikatoren, auch die Arbeit der Institutionen an den Themenfeldern der Qualitätsentwicklung beurteilt. Grundlage dafür ist unter anderem der Selbstbewertungsbericht und die Themenvorgaben zu den Themenfeldern (Anhang 1) in den Rubriken Anforderungen, Bewertungs- oder Qualitätskriterien, Nachweis, Indikatoren und Kennzahlen. Die Vorlage dazu erhalten die Institutionen direkt von der Auditstelle. Das Audit-Team unterstützt die Arbeit in den Themenfeldern mit einer Einschätzung, auch bezüglich der Umsetzung des PDCA-Qualitätskreises, und formuliert Empfehlungen zur weiteren Qualitätsentwicklung.

Um die Kontinuität der Qualitätsentwicklung in der Pflegeinstitution zu gewährleisten, werden ab Audit-Zyklus 2020–2023 anhand der Empfehlungen aus dem letzten Audit die Fortschritte in der Weiterentwicklung der letzten vier Jahre thematisiert.

Empfehlungen zu wesentlichen Elementen des Qualitätsmanagements aus dem vorangehenden Audit, die nicht angegangen bzw. bearbeitet wurden, werden als Auflage formuliert (siehe auch 5.2.1).

Kommt das Audit-Team zum Schluss, dass substanzielle Lücken im Qualitätsmanagement bestehen, die besondere Anstrengungen oder / und eine rasche Umsetzung mehrerer Empfehlungen erfordern, damit die Qualitäts- und Leistungsfähigkeit des Betriebs gewährleistet werden kann, so werden durch das Audit-Team Konsequenzen wie Zwischenbericht (5.4) oder Nachaudit (5.5) als Antrag an die Steuerungsgruppe formuliert.

5.4 Zwischenbericht

Im Zwischenbericht beschreibt die stationäre Pflegeeinrichtung Ihre Arbeit zu den Empfehlungen in den Themenfeldern. Ein entsprechendes Raster wird von der Auditstelle zur Verfügung gestellt. Die Auditstelle überprüft den Stand der Fortschritte und informiert die Steuerungsgruppe.

5.5 Nachaudit

In begründeten Fällen kann die Steuerungsgruppe ein Nachaudit beschliessen. Die Institution ist verpflichtet, das Nachaudit zum angeordneten Zeitpunkt auf eigene Kosten durchführen zu lassen. In der Regel dauert ein Nachaudit einen halben Tag.

5.6 Audits an mehreren Standorten

In Institutionen mit mehreren Standorten unter einer gemeinsamen Geschäftsführung (sogenanntes Gruppenheim) kann das Audit gleichzeitig an mehreren Standorten durchgeführt werden. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Die Geschäftsführung/Institutionsleitung unterliegt dem gleichen Personenkreis.
- Das Qualitätsmanagement ist übergeordnet organisiert und umfasst alle Standorte.
- Die fachlichen Vorgaben, Richtlinien, Standards und Konzepte gelten für alle Standorte.
- Pro SOMED-Eingabe gibt es einen Qualitätsbericht, das heisst, wenn für mehrere Standorte nur eine gemeinsame SOMED-Daten-Abgabe geschieht, kann nur ein Qualitätsbericht daraus erstellt werden. Entsprechend muss das Qualitäts-Reporting ausgefüllt werden.

Der Umfang eines Gruppenheim-Audits (Zeitdauer, Anzahl Auditoren) ist von der Grösse und Anzahl der Standorte abhängig und wird von der Auditstelle festgelegt.

5.7 Audits in der Inhouse Spitex

Pflegeeinrichtungen mit einer Inhouse Spitex werden im Rahmen des stationären Audits auch zu Qualitätsthemen im Inhouse Spitexbereich auditiert.

Als Inhouse-Spitex gilt ein Betrieb, der ambulante Pflegeleistungen für Klientinnen und Klienten als Teilbereich einer Institution der stationären Langzeitpflege in angegliederten Räumlichkeiten oder in nächster Nachbarschaft (Gehdistanz) erbringt. Die Themenfelder 1 und 2 werden um die Themen

- Struktur der Inhouse Spitex (zum Beispiel Betriebskonzept),
- Selbstbestimmte Alltagsbewältigung (zum Beispiel Einsatzplanung),
- Zugangssicherheit (zum Beispiel Vorrichtung für Schlüssel)
- und bedarfsgerechte Hilfe und Pflege (zum Beispiel Bedarfsabklärung) erweitert (siehe Anhang 1).

6. Berichterstattung

Das Audit wird von SanaCERT Suisse, Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (unabhängige Auditstelle mit anerkannter Zulassung für Zertifizierungen von Managementsystemen der schweizerischen Akkreditierungsstelle SAS) durchgeführt. Gestützt auf das Ergebnis des Audits bestätigt das Departement Gesundheit und Soziales den Leistungserbringern, dass der vom Kanton Aargau geforderte Nachweis zur Qualitätssicherung erbracht wurde.

Im Auditbericht werden die Arbeit in den verschiedenen Themenfeldern eingeschätzt und Entwicklungspotenziale und Hinweise für Verbesserungen formuliert. Auf eine Bewertung wie bei der Qualitätssicherung mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ wird verzichtet.

Im Bericht wird eine Beurteilung des Audit-Teams vorgenommen, ob ein Handlungsbedarf vor Ablauf der vier Jahre (Audit-Zyklus) besteht.

Der Auditbericht wird spätestens drei Wochen nach Abschluss des Audits erstellt und an die Leitung der auditierten Institution verschickt. Er umfasst im Wesentlichen die folgenden Kapitel:

1. Einleitung (Trägerschaft, Grösse, Anzahl Mitarbeitende, Bewohnereinstufungssystem etc.)
2. Auftrag an das Audit-Team
3. Audit-Programm
4. Begehung
5. Bewertung der einzelnen Indikatoren des Qualitäts-Reporting
6. Empfehlungen und Auflagen
7. Thematisierung der Empfehlungen aus dem letzten Audit
8. Einschätzung der Arbeit an den Themenfeldern
9. Hinweise zur Qualitätsentwicklung in den Themenfeldern
10. Stärken
11. Entwicklungspotential
12. Beurteilung bezüglich vorzeitigen Handlungsbedarfs
13. Anträge an die Steuerungsgruppe

Die Leitung der Institution hat anschliessend zwei Wochen Zeit, die im Bericht aufgenommenen Daten (Zahlen, einrichtungsspezifische Begriffe) auf die Richtigkeit zu überprüfen und fehlerhafte Angaben der Auditstelle schriftlich mitzuteilen.

Die Endfassung des Auditberichts wird der Leitung der auditierten Institution übergeben. Der Bericht ist Eigentum der auditierten Institution. Die Auditstelle leitet eine Kopie des Berichts an das Departement Gesundheit und Soziales zuhanden der Steuerungsgruppe weiter. Der Bericht bildet die Grundlage für die Genehmigung der vorgeschlagenen Massnahmen wie: die Bestätigung, dass die Vorgaben des Departements Gesundheit und Soziales erfüllt sind, Zwischenbericht oder Nachaudit. Die Steuerungsgruppe kann anhand des Berichts auch weitere Massnahmen wie ein Aufsichtsbesuch des Departements Gesundheit und Soziales beantragen.

Die Institution entscheidet allein über eine Weitergabe des Berichtes an Dritte (zusätzlich zur Kopie für das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau) oder eine Veröffentlichung. Der Bericht respektive die Aussagen aus dem Bericht dürfen jedoch nicht missbräuchlich oder aus dem Zusammenhang genommen verwendet werden.

7. Aufwand

Bei den unten aufgeführten Werten handelt es sich um Richtgrössen, welche je nach Art und Grösse der Institution sowie Anzahl Standorten variieren können. Der Aufwand für Audits an mehreren Standorten unter einem gemeinsamen Qualitätsmanagement (siehe 4.6) wird entsprechend angepasst.

Das Audit in einer Institution dauert in der Regel einen Tag. Die stationären Pflegeeinrichtungen sind gemäss § 37 Abs. 3 Pflegeverordnung (PfIV) zur Kostenübernahme verpflichtet.

7.1 Kosten pro Audit (zzgl. Spesen und MwSt.)

Honorar Leitende Auditorin/Leitender Auditor pauschal pro Audit – Tag (8 h à Fr. 210.–)	Fr. 1'680.–
Honorar Leitende Auditorin/Leitender Auditor pauschal 1,5 Tage (12 Stunden) pro Audit für Vorbereitung, Nachbearbeitung und Berichterstattung	Fr. 2'520.–
Honorar Co-Auditorinnen und -Auditoren pauschal pro Audit für Vorbereitung, Durchführung und Mitarbeit beim Auditbericht	Fr. 850.–
Administration (Pauschal)	Fr. 250.–
Kosten Pro Audit	Fr. 5'300.–

7.1.1 Ausnahmeregelung

Die SanaCERT Suisse senkt bei stationären Pflegeeinrichtungen mit <40 Bewohnerinnen und Bewohnern die Kosten für die Leitende Auditorin/den Leitenden Auditor um 10 %.

7.2 Kosten pro Nachaudit

Die Kosten eines Nachaudits werden gemäss Aufwand berechnet. In der Regel dauert ein Nachaudit nur ½ Tag. Damit dürften die Kosten zwischen Fr. 3'000.– bis Fr. 3'500.– liegen.

zuzüglich Spesen

zuzüglich MwSt.

7.3 Kosten pro Zwischenbericht (durchschnittliche Schätzung)

Honorar Leitende Auditorin/Leitender Auditor (4 Std. à Fr. 210.–)	Fr. 840.–
Honorar Co-Auditorinnen und -Auditoren	Fr. 425.–
Administration (4 Std. à Fr. 105.–)	Fr. 420.–
Kosten pro Zwischenbericht	Fr. 1'685.–

zuzüglich Spesen

zuzüglich MwSt.

7.4 Rechnungstellung

Der tatsächliche Aufwand wird der stationären Pflegeeinrichtung durch die SanaCERT Suisse nach erfolgter Übermittlung der Endfassung des Auditberichts in Rechnung gestellt.

Bei kurzfristiger Absage eines Audits (<14 Tage) durch die stationäre Pflegeeinrichtung stellt die Auditstelle den bisher geleisteten Aufwand in Rechnung.

7.5 Aufsichtsbesuch durch das Departement Gesundheit und Soziales⁴

bis max.	Fr. 5'000.–
bei ausserordentlichem Aufwand bis	Fr. 30'000.–

8. Verschiebung und Entbindung vom Audit

Die Verschiebung eines Audits ist nicht vorgesehen, da die Daten der Audits frühzeitig den Institutionen der stationären Pflege kommuniziert werden. Es besteht die Möglichkeit, Terminwünsche innerhalb des Auditjahrs⁵ mit der SanaCERT abzusprechen.

Leistungserbringer, welche vom Audit entbunden werden wollen, können dies schriftlich beim Departement Gesundheit und Soziales beantragen. Das Departement Gesundheit und Soziales überprüft und entscheidet gemeinsam mit der Steuerungsgruppe, ob das angewandte alternative Verfahren zur externen Überprüfung des Qualitätsmanagement-Systems den kantonalen Vorgaben entspricht. Bei einer positiven Entscheidung wird der Leistungserbringer vom bevorstehenden Audit befreit, jedoch nicht vom Einreichen des jährlichen Qualitäts-Reportings. Bei einer negativen Entscheidung wird das Audit wie geplant und gemäss Auditkonzept durchgeführt.

⁴ § 6a Abs. 2 Verordnung über Gebühren in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Zivilschutz (GebV GSZ)

⁵ Innerhalb vom Vier-Jahreszyklus, das Jahr indem die entsprechende Institution wieder für ein Audit an der Reihe ist.

9. Datenschutz und Datensicherheit

Es gelten die im "Rahmenkonzept zur Qualitätssicherung und -entwicklung" ausgeführten Grundlagen zu Datenschutz und Datensicherheit.

10. Versionsverlauf

Gültig seit 1. Januar 2016;

Genehmigt von der Steuerungsgruppe Qualität stationäre Langzeitpflege am 26. Januar 2016.

1. Überarbeitung von der STG Qualität stationäre Langzeitpflege am 8. Februar 2018 genehmigt.
2. Überarbeitung von der STG Qualität stationäre Langzeitpflege am 2. Juni 2020 genehmigt.
3. Überarbeitung von der STG Qualität stationäre Langzeitpflege am 1. Februar 2024 genehmigt.
4. Überarbeitung; Freigabe pendent

Anhang 1 Themenfelder

Themenfeld Qualitätsentwicklung t1				
Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Institutionsführung	Die Institution hat Schwerpunkte der Geschäftstätigkeit und deren Weiterentwicklung in einem Dokument zur Strategie niedergelegt. Die Institution setzt sich Ziele (Jahresziele) und überprüft die Zielerreichung und die erreichte Wirkung. Die Ziele sind auf die Strategie abgestimmt. Die Zusammenarbeit zwischen strategischer und operativer Ebene ist geregelt. Inhouse-Spitex: Ziele, Strukturen und Prozesse der Inhouse-Spitex sind in Ergänzung zum Heimbereich definiert. Die Organisation der Inhouse Spitex ist als eigenständiger Leistungsbereich, komplementär zum Heimbereich, geregelt.	Strategie-Dokument Schriftliche formulierte und terminierte Jahresziele Massnahmen bei Nicht-Erreichen der Ziele des Vorjahres Befragung Nachweis von Betriebsregelung für Bereich Inhouse-Spitex Kriterien für den Übergang in den Heimbereich	Strategiedokument Jahresziele Massnahmen Betriebskonzept	
	Inhouse-Spitex: Die Leistungszeit wird systematisch erfasst.	Instrument, Prozess	Stichproben / Zeiterfassung	
Projektmanagement	Für grössere Projekte besteht eine Projektbeschreibung oder ein Projektauftrag. ⁶ Die Arbeit an den Projekten wird laufend überprüft.	Projektbeschreibung oder Projektauftrag	Projektbeschreibung Projektauftrag	
Prozessmanagement	Die Institution steuert ihre Betriebsabläufe über einen prozessorientierten Ansatz. Die Art und Weise der Darstellung und die Lenkung wichtiger Prozesse sind geregelt. ⁷	Beschreibungen der wichtigsten Prozesse und deren Lenkung	Prozessbeschreibung Regelung von Darstellung und Lenkung	
Verbesserungsmanagement	Interne und externe Rückmeldungen (Reklamationen, Beschwerden und Lob), Fehlermeldungen werden systematisch gesammelt. ⁸ Die Mitarbeitenden wissen, dass sich aus Rückmeldungen und Fehlern oft wesentliche Verbesserungen ergeben (Lernende Organisation, Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung). Das Verbesserungsmanagement wird über den P-D-C-A Qualitätszyklus gesteuert. Frage nach Einführung eines formellen Ereignis-Monitorings (Lern- und Berichtssystem)	Leitbild Richtlinien oder Prozessbeschreibung für den Umgang mit Rückmeldungen Übersicht der Kontrolle zur Einhaltung von Fristen in der Beantwortung von Beschwerden oder der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen Befragung der Mitarbeitenden zu Meldeweg und Verbesserungen	Leitbild Richtlinien Prozessbeschreibungen Controlling zu Rückmeldungen Beurteilung nach Stufen der Erfüllung, Durchdringung und Anwendung des P-D-C-A-Zyklus' Befragung	B3 - B5 aus dem Qualitätsbericht Teil 2
Information zur Arbeit an der Qualität	Die Institution informiert seine Mitarbeitenden und weitere interessierte Kreise regelmässig über Aspekte der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.	Intranet, Informationsveranstaltungen, Hauszeitung, Geschäftsbericht... Befragung der Mitarbeitenden	Gesamteindruck zur Informationstätigkeit Befragungsergebnis	

⁶ Der Projektauftrag beschreibt in der Regel unter anderem folgende Punkte: Zielsetzung, Begründung für das Projekt, Organisation und Verantwortlichkeit, Zeitplan, Überprüfung (gemäss P-D-C-A), eingesetzte Mittel. Unter grösseren Projekten sind Vorhaben zu verstehen, die mehrere Bereiche im Betrieb betreffen, über Monate bis Jahre laufen und beträchtliche finanzielle und/oder personelle Ressourcen binden, beispielsweise Bauvorhaben, Qualitätsstandards, neue Informationssysteme.

⁷ Wichtige Prozesse sind unter anderem: Bewohner Ein- und Austritt (Tod), Pflegeplanung und Dokumentation, Sichere Medikation, Mitarbeitergespräch. Zur Regelung gehört auch die Wahl geeigneter Kennzahlen, das Führen eines Quality-Dashboards (Kennzahlen-Tabelle), die Bewertung der Prozesse nach dem Qualitätszyklus Plan-Do-Check-Act (P-D-C-A).

⁸ Interne Rückmeldungen stammen von Bewohnern und Mitarbeitenden, externe Rückmeldungen von Angehörigen, Hausärzten, Heimärzten, Behörden etc.

Themenfeld Autonomie und Rechte der Bewohnenden t2

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Dokumente zu Rechten und Pflichten	Rechte und Pflichten sind in entsprechenden Dokumenten festgelegt. Die Anforderungen des Kinder- und Erwachsenenschutzrechts sind im Dokument enthalten. Prüft der Betrieb regelmässig, ob die genannten Dokumente vom Bewohner (resp. der vertretungsberechtigten Person) unterzeichnet vorliegen?	Dokumente wie Pensionsvertrag und Hausordnung sind vom Bewohner und/oder von Angehörigen unterzeichnet.	Stichprobe Bewohnerdossiers: Unterzeichnete Dokumente	gegebenenfalls Ergebnisse Bewohner- und Angehörigenbefragung
Mitwirken und Mitbestimmen	Die Institution kann nachweisen, dass die Bewohnenden regelmässig über ihre Rechte der Mitbestimmung in Bezug auf Pflege und Betreuung informiert werden ⁹ . Die Institution schafft Bedingungen, die es den Bewohnenden erleichtert, ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken. Beispiele für die Umsetzung solcher Wünsche werden genannt. Inhouse-Spitex: Die Institution kann nachweisen, dass Kunden von Inhouse-Spitex in der Alltagsbewältigung bedarfsgerecht unterstützt werden.	Dokument, das über Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte informiert. Befragung der Mitarbeitenden zu den Bedingungen, die das Ausdrücken von Wünschen und Bedürfnissen erleichtern und zu deren Umsetzung. Dokument, das über Inhouse-Spitex informiert. Einsatzplanung.	Dokument zu Mitbestimmung und Mitwirkung Befragungsergebnisse: Beispiele für Umsetzung von Wünschen, Bedürfnissen.	
Schulung der Mitarbeitenden zu Rechten und Pflichten, gemäss KESG	Die Mitarbeitenden kennen die Bedeutung der Rechte und Pflichten der Bewohnenden.	Fortbildungsprogramme mit Nachweis der Teilnahme der Mitarbeitenden Befragung der Mitarbeitenden	Fortbildungsprogramm Controlling Teilnahme Befragungsergebnisse	
Privatsphäre	Die Wünsche der Bewohnenden werden aktiv erfragt und dokumentiert, wenn möglich umgesetzt und respektiert. Inhouse-Spitex: Es besteht ein Konzept zum Umgang mit Kundenschlüssel von Inhouse-Spitex-Kunden, das die Privatsphäre und Sicherheit garantiert.	Einträge in der Pflegedokumentation Befragung der Mitarbeitenden Konzept im Umgang anonymisierten Kundenschlüssel	Stichprobe Pflegedokumentation Befragungsergebnisse Vorrichtung für Schlüssel	
Patientenverfügung Vorsorgeauftrag	In der Pflegedokumentation ist vermerkt, ob eine Patientenverfügung oder ein Vorsorgeauftrag besteht, und wo die Verfügung greifbar ist. Wichtige Verfügungen wie „Reanimation nein“, „keine Spitalverlegung“ sind notiert.	Hinweis in der Pflegedokumentation Befragung der Mitarbeitenden	Stichprobe in Pflegedokumentation Befragungsergebnisse	
Selbstbestimmtes Sterben	Die Institution verfügt über eine Grundsatzklärung zur Beihilfe zum Suizid oder Freitodbegleitung. Die Pflegefachpersonen kennen die Erklärung.	Grundsatzklärung Befragung der Mitarbeitenden	Grundsatzklärung Befragungsergebnisse	
Bedürfnisse Sterbender	Die besonderen Bedürfnisse von sterbenden Bewohnenden werden respektiert, dokumentiert und nach Möglichkeit umgesetzt. Liegt ein „Palliative Care-Konzept“ vor?	Pflegedokumentation Verstorbenen	Stichprobe Pflegedokumentation Verstorbenen	B1 aus dem Qualitätsbericht Teil 2
Inhouse-Spitex	Die Bedarfsabklärung wird regelmässig mit einem anerkannten Instrument sachgerecht von dafür qualifizierten Fachpersonen durchgeführt.	Teilnahmebestätigung FB und ERFA-Gruppen.	Stichprobe Pflegedokumentation Befragung	

⁹ Die vertretungsberechtigte Person, wenn der Bewohner, die Bewohnerin nicht urteilsfähig ist

Themenfeld Hygiene t3

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Richtlinien	Es bestehen fachliche Richtlinien (Standards) zu Risikobeurteilung und zu Infektionsvermeidung. Die Richtlinien sind aktuell ¹⁰ .	Nachweis fachliche Richtlinien und Standards	Richtlinie Standard	
Schulung der Mitarbeitenden	Die Richtlinien und Standards werden den Mitarbeitenden an Schulungen vermittelt. Die Mitarbeitenden werden regelmässig ¹¹ in Händehygiene geschult. Neu eintretende Mitarbeitende werden in der Einarbeitungsphase in Händehygiene geschult.	Nachweis von Schulung und Teilnahme der Mitarbeitenden Befragung der Mitarbeitenden	Schulungen mit Nachweis des Besuchs Befragungsergebnis	

¹⁰ Aktuell heisst, innerhalb der letzten fünf Jahre erstellt oder aktualisiert.

¹¹ Mindestens alle zwei Jahre

Themenfeld Pflege und Betreuung t4

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Pflegeprozess und Dokumentation	Interne Richtlinien regeln die Bedarfserfassung, Pflegeplanung und -dokumentation. Daraus gehen auch die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (respektive Zugriffsrechte) hervor. Neue Mitarbeitende werden systematisch eingeführt	Richtlinien oder Standards zum Pflegeprozess und Dokumentation Zugriffsrechte	Richtlinien Stichprobe in Bewohnerdossiers: Pflegeplanung, Pflegedokumentation vorhanden	i6
Fachliche Richtlinien zu Pflege und Betreuung	Die Pflege- und Betreuungsprozesse sind in Richtlinien und Standards beschrieben. Diese werden regelmässig überprüft und aktualisiert. Die Pflege und Betreuungsprozesse sind in ein Pflegekonzept eingebettet. Der Zugang der Mitarbeitenden zu den gültigen / aktuellen Richtlinien und Pflegestandards ist einfach und benutzerfreundlich. Die Richtlinien und Pflegestandards orientieren sich am aktuellen Wissensstand.	Zugang für Mitarbeitende zu Richtlinien und Standards sowie Intranet Befragung der Mitarbeitenden zur Anwendung von Pflegestandards	Richtlinien Standards Befragungsergebnis	
Individuelle Pflegeplanung	Für alle Bewohnenden existiert eine individuelle Pflegeplanung. Sie wird soweit wie möglich mit den Bewohnenden zusammen erstellt. Die Angehörigen werden ergänzend beigezogen. Der Pflegeprozess orientiert sich an Pflegezielen. Die Ziele und Massnahmen werden zeitnah überprüft. Die Umsetzung in der Pflege und Betreuung werden regelmässig überprüft und bei Bedarf (komplexe Situationen) finden interprofessionelle Fall- und Teambesprechungen statt. Die Personen, welche die Prüfungen vornehmen, sind fachlich qualifiziert.	Individuelle Pflegeplanungen und -dokumentationen Einträge zur Überprüfung in der Pflegedokumentation Befragung	Stichprobe in Bewohnerdossiers: Dokumentation der Überprüfung Befragungsergebnis	.
Interinstitutioneller Austausch	Zu pflegerelevanten Themen findet ein regelmässiger Erfahrungsaustausch mit anderen Institutionen statt.	Einladung, Protokolle, Traktanden		
Erhalt Selbstständigkeit	Das Unternehmen weist nach, wie es die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Bewohnenden aktiv unterstützt.	Stichprobe Bewohnerdossiers, Richtlinien, Befragung		

Themenfeld Mitarbeitende Menschen / Human Resources t5

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Grundsätze der Mitarbeiterführung	Die Institution hat ihre Grundsätze zur Führung der Mitarbeitenden dokumentiert.	Dokument Personalführung, Leitbild	Dokument Leitbild	
Förderung der Mitarbeitenden: Individuelle Aus- und Weiterbildung	Es besteht ein allgemeingültiges Konzept zu Aus- und Weiterbildung. Die Bedürfnisse des Gesamtbetriebs an Aus- und Weiterbildungen werden erfasst ¹² . Werden die Weiterbildungsstunden auch pro Leistungsbereich erfasst (Pflege, Hauswirtschaft etc.)?	Aktuelles Aus- und Weiterbildungskonzept Besuchte Fort- und Weiterbildungen (FB/WB) Befragung der Mitarbeitenden	Konzept Controlling Befragungsergebnis	i2 Anzahl Stunden/ Tage interne und externe FB und WB pro Mitarbeitende pro Jahr; Erfassung ab 2 Stunden
Förderung der Mitarbeitenden: Mitarbeitergespräch	Die Mitarbeitenden erfahren am jährlichen Gespräch mit dem Vorgesetzten/der Vorgesetzten, wie ihre Arbeit bewertet wird. Es werden Zielvereinbarungen für das kommende Jahr festgelegt. Die Zielerreichung zu den Zielen des vorangehenden Jahres wird überprüft. Das Gespräch wird protokolliert. Ist ein Controlling zur Durchführung der MAGs vorhanden?	Protokoll Gespräch; Stichproben im Personaldossier Befragung der Mitarbeitenden	Stichprobe: Protokolle im Personaldossier Zielvereinbarungen Überprüfung Zielerreichung Befragungsergebnis	
Einführung am Arbeitsplatz	Neue Mitarbeitende werden systematisch eingeführt.	Checkliste Einführung von neuen Mitarbeitenden Befragung der Mitarbeitenden	Checkliste oder Prozessbeschreibung Befragung	
Begleitete Arbeitssituation ¹³	Die Arbeit der Mitarbeitenden der Basis wird regelmässig im Rahmen einer begleiteten Arbeitssituation bewertet und gefördert.	Protokolle begleitete Arbeitssituation	Stichprobe: Protokolle	Anteil begleitete Arbeitssituationen/ Anzahl Mitarbeitende der Pflege (inkl. Pflegepraktikanten und Lernende)
Fluktuation	Die Fluktuationsrate der Mitarbeitenden wird gemessen und analysiert. Bei Überschreiten des (intern festgelegten) SOLL-Werts der Fluktuationsrate werden entsprechende Massnahmen ergriffen.	Fluktuationsrate Nachweis der Analyse (Protokolle) Massnahmen bei hoher Fluktuationsrate Befragung der Mitarbeitenden	Sitzungsprotokolle Befragungsergebnis	Anzahl Kündigungen durch Arbeitnehmende/Anzahl Mitarbeitende
Absenzen	Der Umgang mit Absenzen ist geregelt. Die Absenzenrate wird gemessen. Bei einer Rate über dem (intern festgelegten) SOLL-Wert werden Massnahmen ergriffen.	Richtlinie zum Umgang mit Absenzen Messung der Absenzenrate allgemein und in verschiedenen Berufsgruppen Massnahmen bei hoher Rate	Richtlinie Plausibilität der Messwerte	i1
Arbeitssicherheit	Die Institution hat eine verantwortliche Person für Arbeitssicherheit bezeichnet. Die Mitarbeitenden werden in Fragen der Arbeitssicherheit geschult.	Richtlinien zur Arbeitssicherheit Durchgeführte Schulungen		

¹² Der Betrieb erfasst als Beispiel den Bedarf an Fortbildungen vor der Einführung eines neuen IT-Programms zur Pflegeplanung

¹³ Der Nutzen der begleiteten Arbeitssituationen ist vor allem in der angelsächsischen und skandinavischen Literatur wissenschaftlich belegt.

Themenfeld Dekubitus t6

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Richtlinien	Es bestehen fachliche Richtlinien (Standards) zur Risikobeurteilung und zur Behandlung von Dekubitus. Die Richtlinien sind aktuell ¹⁴ .	Nachweis fachliche Richtlinien, Standards	Richtlinie Standard	
Schulung der Mitarbeitenden	Die Mitarbeitenden werden in der Risikobeurteilung und der Behandlung von Dekubitus geschult.	Nachweis von Schulung und Teilnahme der Mitarbeitenden Befragung von Mitarbeitenden	Schulungen mit Nachweis des Besuchs Befragungsergebnis	
Information der Bewohnenden und der Angehörigen	Die Bewohnenden und deren Angehörige werden über Ursachen und Behandlungsmethoden von Dekubitus informiert und bei Bedarf auch instruiert.	Gespräch mit Mitarbeitenden	Befragungsergebnis	
Datenerfassung und Analyse	Dekubitus wird zuverlässig erfasst (inklusive fotografischer Wunddokumentation) und statistisch ausgewertet. Die Daten werden im Team analysiert und die Massnahmen gegen Dekubitus wenn nötig angepasst.	Nachweis der Analyse der Daten in Team oder Fachgruppe (Sitzungsprotokolle) Befragung der Mitarbeitenden	Statistik Protokolle Befragungsergebnisse	

¹⁴ Aktuell heisst, innerhalb der letzten 5 Jahre erstellt oder aktualisiert.

Themenfeld Sichere Medikation t7

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Überprüfung der ärztlichen Verordnungen	Die medikamentösen Verordnungen werden vom verantwortlichen Arzt regelmässig und mindestens halbjährlich überprüft. Es findet eine Überprüfung auf mögliche Interaktionen statt.	Dokumentation der Überprüfung mit ärztlichem Visum in der Pflegedokumentation	Stichprobe Dokumentation und Visum	
Arzneimittelliste	Die Arzneimittelliste gibt Auskunft über Medikamente, die in der Institution a) an Lager gehalten, b) häufig verordnet werden, c) als Reserve-Medikamente und d) als Notfallmedikamente zum Einsatz kommen. ¹⁵	Arzneimittelliste Datum der letzten Überarbeitung	Arzneimittelliste	
Vertrag mit Apotheke	Die Institution hat die Zusammenarbeit mit einer regionalen Apotheke vertraglich geregelt. Der Vertrag ist aktuell, das heisst von den verantwortlichen Personen unterzeichnet. Frage nach Umsetzung des Vertrages.	Vertrag Befragung	Vertrag	
Fachliche Richtlinien	Es bestehen aktuelle Richtlinien (Standards) ¹⁶ zum Umgang mit Medikamenten. Die Richtlinien regeln Verordnen, Richten, Kontrollieren, Verabreichen, Lagern und Bestellen von Medikamenten.	Nachweis der aktuellen Richtlinien (Standards)	Richtlinien	
Schulung Mitarbeitende	Die Mitarbeitenden werden in der Sicheren Medikation geschult.	Nachweis der Mitarbeiter-Schulung Befragung der Mitarbeitenden	Schulungsprogramme Nachweis Teilnahme Befragungsergebnis	
Wirkung der Medikamente	Die Wirkung der Medikamente wird durch die Pflegefachpersonen dokumentiert. Diese kennen die häufigsten Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente.	Dokumentation der Wirkung und allfälliger Nebenwirkungen Befragung der Mitarbeitenden	Stichprobe Pflegedokumentation Befragungsergebnis	
Medikamentenfehler	Medikamentenfehler ¹⁷ werden systematisch erfasst, analysiert und wenn nötig werden Massnahmen zur Vermeidung der Fehler umgesetzt. Die Mitarbeitenden kennen den Meldeweg für Medikamentenfehler.	Beispiele für Fehler und ergriffene Massnahmen (Protokolle)	Protokolle Massnahmen	i3 Anzahl Medikamentenfehler/1'000 Pflegetage

¹⁵ Unter Notfallmedikamente fällt beispielsweise Morphin, das bei starken Schmerzen auf telefonische ärztliche Verordnung verabreicht wird. Unter Reservemedikation werden hier die Pharmaka verstanden, die Pflegefachpersonen ohne ärztliche Verordnung verabreichen können (wie Laxantien bei Verstopfung...)

¹⁶ Aktuell heisst hier, innerhalb der letzten fünf Jahre erstellt oder aktualisiert

¹⁷ Gilt auch für kritische Zwischenfälle (sogenannte Beinahe-Fehler), die nicht zu einer Beeinträchtigung der Bewohnenden führten

Themenfeld Menschen mit Demenz t8

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Konzept	Die Institution verfügt über ein Konzept, das die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz regelt. ¹⁸ Das Konzept ist umgesetzt. Die Anwendung wird regelmässig überprüft. ¹⁹	Konzept Nachweis der Überprüfung	Konzept Überprüfung Protokolle interne Audits	
Schulung	Die Mitarbeitenden werden in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz geschult.	Nachweis der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden	Fort- und Weiterbildungsprogramme mit Nachweis der Teilnahme	
Biographie	Biographische Angaben, Vorlieben, Werte, Grundhaltungen und besondere Bedürfnisse der Menschen mit Demenz werden erfasst und dokumentiert. Diese werden in der Pflege und Betreuung berücksichtigt.	Nachweis in der Pflegedokumentation Befragung der Mitarbeitenden	Stichprobe in den Pflegedokumenten Befragungsergebnis	
Tagesstruktur	Die Tagesstruktur der Institution nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.	Kochen und Essenszeiten Aktivierungsprogramme ²⁰ Befragung der Mitarbeitenden	Tagesprogramm Befragungsergebnis	
Geeignete Räume	Die Räume und die Umgebung der Institution sind den besonderen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz angepasst.	Plan des Bereichs für Menschen mit Demenz	Begehung	

¹⁸ Im Konzept finden sich Angaben unter anderem zu: Begriff Demenz, Leistungsauftrag und Kernkompetenzen der Institution, Umschreibung der Zielgruppe, Leistungsangebot, Anforderungen an die Mitarbeitenden, Fort- und Weiterbildung, Einbettung im Versorgungsnetz, wichtigste Betriebsabläufe.

¹⁹ Die Überprüfung könnte durch ein internes Audit erfolgen.

²⁰ Unter Umständen unterstützt durch eine interne Tagesstätte.

Themenfeld Allgemeine Palliativ Care (APC) t9

Bereich	Anforderungen und Bewertungs- oder Qualitätskriterien	Nachweis	Indikator	Kennzahl
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Palliative Care ist als Grundprinzip in den strategischen Leitlinien (z.B. im Leitbild) verankert und die Haltung der Institution dazu umschrieben. - Die Institution verfügt über ein Palliative-Care-Konzept²¹, das alle 3 Jahre aktualisiert wird. Eine fachverantwortliche Person für das Thema und Konzept ist bezeichnet. - Die Inhalte des Konzepts werden in alle Abteilungen getragen. 	<ul style="list-style-type: none"> - strategische Leitlinien (z.B. Leitbild) - Konzept, Bezeichnung der fachverantwortlichen Person -Befragung der Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> - strategischen Leitlinie - Konzept, durchgeführte und geplante Aktualisierungen sowie die fachverantwortliche Person sind im Konzept festgehalten - Die Mitarbeitenden kennen das Konzept und dessen Inhalte 	
Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarf: Der Bedarf an Palliative Care wird regelmässig überprüft. Neben der klinischen Beurteilung wird ein strukturiertes Identifizierungsinstrument²² verwendet. - Symptomerfassung und -behandlung: Die körperlichen, psychischen, sozialen und seelischen Symptome werden systematisch erfasst, evaluiert, dokumentiert und behandelt. Zur Symptomerfassung und -behandlung werden anerkannte Instrumente eingesetzt²³. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedokumentation - Pflegedokumentation sowie dokumentierte Patienten-Beispiele 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedokumentation - Pflegedokumentation sowie dokumentierte Patienten-Beispiele 	
Bewohnerrechte und Vorausplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag: In der Pflegedokumentation ist vermerkt, ob eine Patientenverfügung oder ein Vorsorgeauftrag besteht und wo die Verfügungen greifbar sind²⁴. - Assistierter Suizid: die Institution verfügt über eine Grundsatzerklärung zu assistiertem Suizid. Die Pflegefachpersonen kennen die Erklärung²⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweis in der Pflegedokumentation und Befragung der Mitarbeitenden²⁴ - Grundsatzerklärung sowie Befragung der Mitarbeitenden²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe in der Pflegedokumentation und Befragungsergebnisse²⁴ - Grundsatzerklärung und Befragungsergebnisse²⁴ 	
Gestaltung der letzten Lebensphase	<ul style="list-style-type: none"> - Die Sterbephase wird durch das Team erkannt und gegenüber Angehörigen und innerhalb des Teams kommuniziert. - Die besonderen Bedürfnisse von Bewohnenden hinsichtlich der Sterbephase werden aktiv erfragt, respektiert, dokumentiert und nach Möglichkeit umgesetzt²⁴. - Das Vorgehen in der Sterbephase ist für die Institution festgelegt. - Die Angehörigen und Bezugspersonen werden in die Gestaltung der letzten Lebensphase einbezogen. Sie können in angemessener Art und Weise Abschied von der sterbenden/verstorbenen Person nehmen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedokumentation sowie Befragung von Mitarbeitenden - Pflegedokumentation und Befragung der Mitarbeitenden²⁴ - Prozessbeschreibung - Befragung der Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedokumentation sowie Befragungsergebnisse - Pflegedokumentation sowie Befragungsergebnisse²⁴ - Prozessbeschreibung - Befragungsergebnisse 	
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Für die Mitarbeitenden der Pflege besteht ein Weiterbildungskonzept zu Palliative Care, das sich am Modell der Bildungsabschlüsse Palliativpflege Schweiz²⁵ orientiert. Das Weiterbildungskonzept legt fest, welche Weiterbildungen von wem besucht werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildungskonzept, Befragung der Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildungskonzept, Befragungsergebnisse 	

²¹ Das Palliative-Care-Konzept kann ein eigenständiges Dokument oder Teil eines umfassenden Pflege- und Betreuungskonzepts sein. Als minimale Bestandteile gelten: die Umschreibung der Begriffe der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care, die Beschreibung der Zielgruppe und der Kernkompetenzen der Institutionen und des Angebots, die Situierung der Einrichtung im Versorgungsnetz, die Beschreibung der Zuständigkeiten, der Koordination und der Zusammenarbeit des involvierten Personals und mit den Angehörigen, die Beschreibung der Strategie der Verbreitung des Palliative-Care-Konzepts und dessen Inhalte unter den Mitarbeitenden.

²² Beispielsweise ID-Pall: <https://www.chuv.ch/fr/soins-palliatifs/spl-home/professionnels-de-la-sante/id-pall> oder EPS-Test: <https://www.andreasweberstiftung.ch/eps-test.htm>

²³ Beispielsweise auf Basis der SENS-Struktur das SENS-Manual für Fachpersonen: <https://www.pallnetz.ch/arbeitsinstrumente.htm>

²⁴ Inhalte des Themenfeldes "Autonomie und Rechte der Bewohnenden (t2)"

²⁵ Fachgesellschaft palliative.ch (2021). Modell Bildungsabschlüsse Palliativpflege Schweiz: https://www.palliative.ch/public/dokumente/was_wir_tun/bildung_weiterbildung/Modell_Bildungsabschluesse_Palliativpflege_Schweiz.pdf