



Jahresbericht 2018 des Bezirksrats

Altersheime, Alters- und Pflegeheime, Pflegeheime und Pflegewohnungen

kann handschriftlich oder elektronisch ausgefüllt werden

Name und Adresse der
Institution:

oder

Etikette durch Bezirksrat:

Name und Adresse der Visitationerin/des Visitationers: _____

Besuchsdatum: _____

Auskunftspersonen: _____

1. Institution (Überprüfung der Bewilligungsangaben)

Bettenzahl: _____

Bewilligung zur Führung von Pflegebetten (falls nein, die mit * bezeichneten Punkte nicht ausfüllen) Ja Nein

Wenn nicht die gesamte Bettenzahl bewilligte Pflegebetten sind, Anzahl der bewilligten Pflegebetten: _____

1.1 Name der Heimleitung: _____

Stellvertretung organisiert? Ja Nein

1.2 * Name der Pflegedienstleitung: _____

Stellvertretung organisiert? Ja Nein

1.3 * Verantwortliche/r Heimgärtin / Heimgärtner: _____

Liegt eine schriftliche Zusammenarbeitsvereinbarung vor? Ja Nein

2. Organisation

2.1 Ist der Eintritt ins Heim standardisiert und schriftlich geregelt? Ja Nein

2.2 Werden die Bewohnenden, die Angehörigen/Bezugspersonen und/oder die vertretungsberechtigten Personen über ihre Rechte und Pflichten informiert? Ja Nein

Wenn ja, wie? _____

2.3 * Besteht für alle Bewohnenden die freie Arztwahl? Ja Nein

2.4 Wird bei allen Eintritten nach einer Patientenverfügung, einem Vorsorgeauftrag und nach den vertretungsberechtigten Personen gefragt? Ja Nein

| | | | |
|-------|--|----|------|
| 2.5 * | Besteht bei allen urteilsunfähigen Bewohnenden ein schriftlicher Betreuungsvertrag? | Ja | Nein |
| 2.6 | Werden die Adressen der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bezirksrat) und der KESB den Bewohnenden und Angehörigen/Bezugspersonen oder der vertretungsberechtigten Personen schriftlich bekannt gegeben? | Ja | Nein |
| 2.7 * | Organisation der Versorgung mit Medikamenten: | | |
| | a) Verfügt das Heim über eine Bewilligung zum Detailhandel mit Arzneimitteln (Heimapotheke)? | Ja | Nein |
| | b) Verfügt das Heim über eine Bewilligung zum Umgang mit Betäubungsmitteln? | Ja | Nein |
| | Wenn a) oder b) mit nein beantwortet: weshalb nicht? _____ | | |
| | Verfügt das Heim über eine konsiliarische pharmazeutische Betreuung? | Ja | Nein |
| | Wenn ja, Name der Apotheke / der Person: _____ | | |

3. Qualitätskontrolle und -Entwicklung

| | | | |
|-------|---|----|------|
| 3.1 | Verfügt das Heim über ein Beschwerdemanagement? | Ja | Nein |
| | Wenn ja, ist der Ablauf des internen und externen Beschwerdeweges schriftlich geregelt? | Ja | Nein |
| 3.2 * | Verfügt das Heim über ein Fehlermeldesystem bzw. Meldesystem für kritische Vorfälle, die sich ereignet haben? <i>(Unter kritischen Ereignissen sind Ereignisse/Vorfälle zu verstehen, bei denen Bewohnende potentiell zu Schaden kommen könnten [falsches Medikament, falsche Zeit, falsche Dosierung oder Medikament nicht verabreicht, Notrufanlage nicht eingeschaltet und/oder in Griffnähe, mangelnde Hygiene usw.]</i>) | Ja | Nein |
| | Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie bisher damit gemacht? _____ | | |
| 3.3 * | Verfügt die Institution über ein Qualitätszertifikat (z.B. ISO-Zertifikat oder andere)? | Ja | Nein |
| | Bitte Bezeichnung des Zertifikats anführen: _____ | | |

4. * Personal/Ausbildung

| | | | |
|-------|--|----|------|
| 4.1 * | Sind alle ausländischen Ausbildungsabschlüsse in Gesundheits- und Krankenpflege eidgenössisch anerkannt oder liegen Gleichwertigkeitsbestätigungen vor? | Ja | Nein |
| 4.2 * | Werden Mitarbeitende darin unterstützt sich fachlich weiterzuentwickeln (z.B. in Kinästhetik oder in Palliativpflege) oder Nachqualifikationen zu erwerben (z.B. Berufsprüfung oder Diplom)? | Ja | Nein |
| | Wenn ja, welche? _____ | | |

5. * Pflege und Betreuung

| | | | |
|-------|--|----|------|
| 5.1 * | Verfügt das Heim über eine geschlossene Demenzabteilung? | Ja | Nein |
| | Falls ja, wie ist die Aufnahme in diese Station geregelt? | | |
| 5.2 * | Gibt es ein Demenzkonzept? | Ja | Nein |
| | Sind die wesentlichen Themen vorhanden? | Ja | Nein |
| | Wurde es mit Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzgesetzes per Anfang 2013 aktualisiert? | Ja | Nein |
| | Gibt es Hilfsmittel wie Handlungsanweisungen (z.B. Richtlinie der SAMW «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende») oder Checklisten zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit in den verschiedenen möglicherweise betroffenen Bereichen (wie Orientierung über eigene Person, Ort, Zeit, Angehörige, Selbstversorgung) und Angaben dazu wer für die Feststellung der Urteilsunfähigkeit zuständig ist? | Ja | Nein |
| 5.3 * | Bei wie vielen Bewohnenden werden Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit durchgeführt (z.B. Rollstuhltischli, Bettgitter, Gurten, abgeschlossene Zimmer/Türen, elektronische Überwachung mit Ortungschip, Wegnahme von Schuhen und Kleidung, Psychopharmaka)? | | |
| | Anzahl: _____ | | |
| | Sind die Voraussetzungen für Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit sowie das Vorgehen dazu schriftlich geregelt? (Stichworte: ärztliche Anordnung, Verhältnismässigkeit, Dokumentation inkl. Begründung, Frequenz der Evaluation, Überprüfungsdatum etc.) | Ja | Nein |
| | Überprüfung der Umsetzung: Bestätigt eine Stichprobe, dass Termine zur Überprüfung der Massnahme schriftlich festgelegt und eingehalten werden? | Ja | Nein |

| | | | |
|-------------|--|-------|------|
| | Wurde das Personal über das ab 2013 gültige Erwachsenenschutzrecht geschult? | Ja | Nein |
| 5.4 * | Findet bei Bewohnenden mit einer dementiellen Entwicklung / Symptomen einer Demenz eine entsprechende medizinische Abklärung statt? | Ja | Nein |
| | Ist bei betroffenen Personen eine allfällige psychiatrische Erkrankung geklärt? | Ja | Nein |
| | Wurde jeweils vor der Überweisung einer Person in eine psychiatrische Klinik ein psychiatrischer Konziliardienst beansprucht? | Ja | Nein |
| | Wie viele Bewohnende wurden im letzten Jahr zur stationären Behandlung in eine Klinik überwiesen? | _____ | |
| | Konnten die Bewohnenden direkt im Anschluss an die psychiatrische Klinik wieder in das Heim zurückkehren? | Ja | Nein |
| | Wenn nein, weshalb nicht? | _____ | |
| 5.5 * | Liegt ein auf den Betrieb angepasstes schriftliches Hygienekonzept vor? | Ja | Nein |
| | Ist es auf jeder Abteilung für alle Pflegepersonen einsehbar? | Ja | Nein |
| | Ist das Datum der letzten Überarbeitung im Konzept ersichtlich? | Ja | Nein |
| | Wann wurde das Hygienekonzept letztmals inhaltlich überarbeitet? | _____ | |
| | Wurde eine Begehung des Heims durch eine Fachperson hinsichtlich des hygienischen Ist-Zustands in den letzten zwei Jahren durchgeführt? | Ja | Nein |
| | Findet jährlich mindestens eine Fortbildung für die Mitarbeitenden zu einem Thema der Hygiene statt? | Ja | Nein |
| 6. * | Pflege- und Betreuungsdokumentation | | |
| 6.1 * | Sind aus der Pflege- und Betreuungsdokumentation folgende Angaben ersichtlich? | | |
| | – Vollständige Personalien der Bewohnenden Adresse/Telefonnummer der Angehörigen/Bezugsperson und der vertretungsberechtigten Personen (allgemein und bei medizinischen Massnahmen) | Ja | Nein |
| | – Ort der Hinterlegung der Patientenverfügung, des Vorsorgeauftrags oder des schriftlichen Betreuungsvertrags bei Urteilsunfähigkeit | Ja | Nein |
| | – Aktuelle und relevante medizinische Diagnose(n) (z.B. auch Demenz oder gerontopsychiatrische Erkrankung) | Ja | Nein |
| | – Pflegeanamnese und Biografie | Ja | Nein |
| | – Pflegerische/betreuerische Problemstellungen bzw. Pflegediagnosen | Ja | Nein |
| | – Zielsetzungen mit daraus resultierenden Pflege- und Betreuungsmassnahmen | Ja | Nein |
| | – Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und allfällige Anpassungen | Ja | Nein |
| | – Aktueller Zustand der Bewohnenden | Ja | Nein |
| | – Therapieplan (z.B. Medikamente, Inhalationen, Verbandwechsel usw.) | Ja | Nein |
| | – Sind alle Einträge datiert und visiert (keine Bleistifteintragungen)? | Ja | Nein |
| | – Werden die Bewohnenden in die Planung und Zielfestlegung ihrer Pflege und Betreuung einbezogen? | Ja | Nein |
| | Wenn ja, wie? | _____ | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| | Wenn (teilweise) nein, Gründe des Nicht-Einbezugs? | _____ | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| 6.2 * | Werden die Pflege- und Betreuungsdokumentationen in einem abschliessbaren Zimmer oder in einem abgeschlossenen Kasten aufbewahrt? | Ja | Nein |
| | Ist die Zugangsberechtigung geregelt? | Ja | Nein |
| | Wenn ja, wie? | _____ | |
| | Gibt es Richtlinien über spezifische Bestimmungen und Schutzvorkehrungen, insbesondere auch im Bereich der Informatik (elektronische Pflegedokumentation)? | Ja | Nein |

7. Infrastruktur

7.1 Präsentiert sich das Heim, die Abteilung(en) oder Wohneinheit(en) sauber, gepflegt, wohnlich (Allgemeineindruck, Sauberkeit der Gemeinschaftsräume und sanitäre Anlagen usw.) und unterstützt die Ausstattung die Selbständigkeit der Bewohnenden? Ja Nein

7.2 Werden die technischen Anlagen (Warmwasser, Lüftung, Lift, Heizung) gemäss Vorschrift gewartet? Ja Nein

8. Sicherheitskonzept

Verfügt das Heim über ein allgemeines Sicherheitskonzept? Ja Nein

Sind darin u.a. zu folgende Themen Ausführungen enthalten?

1. Medikamentenbewirtschaftung inkl. kompetenzgerechte Zugangsregelung zum Medikamentenschrank Ja Nein

2. Umgang mit unvorhersehbaren Situationen bzw. gravierende Vorkommnisse Ja Nein

3. Umgang mit aussergewöhnlichen Todesfällen (AgT) Ja Nein

4. Verhalten im Brandfall inkl. Dispositiv für ev. Evakuierung Ja Nein

5. Vorgehen bei Pandemien (Bewohnende und Personal) Ja Nein

Wenn zu einem oder mehreren Punkten (1.–5.) mit nein geantwortet wird, welche Massnahmen werden getroffen, damit zu diesen Themen konzeptionelle Vorgaben geschaffen und entsprechende Schulungen der Mitarbeitenden (nicht nur Pflege) zeitnah in die Wege geleitet werden können?

6. Suizidprävention Ja Nein

Wenn nein, weshalb nicht? _____

9. Welche Bereiche bzw. Aussagen wurden beim Besuch von der Bezirksrätin bzw. dem Bezirksrat nachkontrolliert?

10. Bemerkungen und Gesamteindruck (inkl. eventuelle Auflagen mit Frist zur Erfüllung):

Datum: _____ Unterschrift Visitorin/Visitor: _____