



Jahresbericht 2018 zu Händen des Bezirksrats

Spitex-Institutionen

Der Bericht kann handschriftlich oder elektronisch ausgefüllt werden.

Berichtsdatum: _____

Auskunftspersonen für allfällige Nachfragen: _____

1. Institution (Überprüfung der Bewilligungsangaben)

Name und Adresse der Institution: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Trägerschaft *(nur ausfüllen, falls Name und Adresse nicht identisch mit Institution)*

Name und Adresse der Trägerschaft: _____

Rechtsform: _____

Gesamtverantwortliche Leitung

Vorname und Name: _____

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

Leitung Pflegebereich

Vorname und Name: _____

Stellen-%/Arbeitspensum: _____

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

Wenn bei Organisationen mit mehreren Stützpunkten mehrere Leitungen für den Pflegebereich bestehen, bitte Arbeitspensum und Zusatzqualifikationen im Anhang 1 auflisten.

2. Ausbildungsabschlüsse

Sind alle ausländischen Ausbildungsabschlüsse in Gesundheits- und Krankenpflege
eidgenössisch anerkannt oder liegen Gleichwertigkeitsbestätigungen vor?

Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

	Verfügen alle Pflege-Hilfspersonen über einen abgeschlossenen SRK-Helfer Kurs?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
3.	Spezifische fachliche Ressourcen				
	Verfügt die Institution über Pflegefachpersonen im Bereich Psychiatrie mit Zulassung für die Bedarfsabklärung und Beratung bei psychisch kranken Menschen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, Beizug von oder Vermittlung an externe Fachkräfte?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Verfügt die Institution über Pflegefachpersonen für Palliative Care mit entsprechender Weiterbildung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, Beizug von oder Vermittlung an externe Fachkräfte?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Verfügt die Institution über andere Fachkräfte mit Zusatzausbildungen oder Weiterbildungen (z.B. für kranke Kinder, Onkologie)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn nein, Beizug von oder Vermittlung an externe Fachkräfte?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, bitte Fachgebiete notieren:				
<hr/>					
4.	Aus- und Weiterbildung				
	Bietet die Institution Ausbildungs- oder Praktikumsplätze an für:				
	Pflegefachpersonen HF / FH	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Plant die Institution ab nächstem (Schul-)Jahr mehr Plätze anzubieten?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Bietet die Institution als Partnerin mit einem Ausbildungsverbund und/oder anderen Institution Ausbildungs- bzw. Praktikumsplätze an?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, bitte den Namen der Partnerorganisation bzw. der -institution nennen:				
	Verfügt die Institution über ein Fort- und Weiterbildungskonzept?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Welches waren die thematischen Schwerpunkte, für welche die Institution im letzten Jahr Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durchführte (resp. durchführen liess)? <i>Bitte die thematischen Schwerpunkte auflisten:</i>				
<hr/>					
<hr/>					
5.	Dokumentation der Hilfe und Pflege				
	Besteht für jede Klientinnen und Klienten eine schriftliche oder elektronisch geführte, individuelle Hilfe- und Pflegedokumentation für die Leistungen, welche auf einer Bedarfsabklärung mit einem anerkannten Abklärungsinstrument basiert?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Die Institution arbeitet mit folgendem anerkannten Abklärungsinstrument:		<input type="checkbox"/>	ZH Bedarfsplan	
			<input type="checkbox"/>	RAI-Home Care	
	Wird die Pflegedokumentation laufend nachgeführt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Enthält die Pflegedokumentation folgende Angaben/Dokumente?				
	– Bedarfsabklärung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Pflegerische/betreuerische Problemstellung bzw. Pflegediagnosen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Zielsetzungen mit daraus resultierenden Pflege- und Betreuungsmassnahmen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Regelmässig aktualisierter Verlaufsbericht	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und allfällige Anpassungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Für sämtliche pflegerischen Leistungen liegen ärztliche Verordnungen vor	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Therapieplan (z.B. Medikamente, Verbandswechsel etc.)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	– Sind alle Einträge datiert und visiert (keine Bleistifteinträge)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wird die Pflegedokumentation während 10 Jahren nach Abschluss der Hilfe und Pflege datenschutzkonform aufbewahrt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

	Werden die Pflegedokumentationen in einem abschliessbaren bzw. geschlossenen Zimmer oder einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Ist die Zugangsberechtigung geregelt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie?				
<hr/>					
	Verfügt die Organisation über ein Datenschutzkonzept/Reglement, in dem der Umgang mit Kundendaten geregelt ist (z.B. Datenschutzreglement RAI-HC, andere)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
6.	Massnahmen der Qualitätssicherung				
	Verfügt die Institution über ein Qualitätszertifikat (z.B. ISO-Zertifikat oder andere)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Bitte Bezeichnung des Zertifikats anführen: _____				
	Führt die Institution periodisch eine Befragung bei den Kundinnen und Kunden durch?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Datum der letzten Befragung: _____				
	Wenn ja, wie erfolgt die Befragung?				
	Befragung durch eigenes Personal von Kundinnen und Kunden, die keine Spitex mehr benötigen (Austritte)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Befragung mit eigenem Fragebogen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Befragung mit Hilfe einer externen Firma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Führt die Institution periodisch eine Befragung bei den Mitarbeitenden durch?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
a)	Mit welchen konkreten Massnahmen überprüft die Institution die fachgerechte Pflege bei den Klientinnen und Klienten? <i>Bitte Massnahmen auflisten:</i>				

b)	Nimmt der Bedarf an Hilfe und Pflege von Menschen mit Demenz zu?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchen Massnahmen wird die bedarfs- und fachgerechte Pflege und Betreuung der Menschen mit Demenz (und ihren Angehörigen) sichergestellt?				
	Ein schriftliches Demenzkonzept bzw. Demenzstandard steht den Mitarbeitenden jederzeit zur Verfügung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Es finden regelmässig Fallbesprechungen von Pflegesituation mit Demenzbetroffenen statt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Es werden Fort- und Weiterbildungen zur Thematik Demenz für die Mitarbeitenden organisiert	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Datum der letzten diesbezüglichen Fort-/Weiterbildung: _____				
	Es werden Arbeitsbesuche bei Mitarbeitenden, die Demenzbetroffene betreuen und pflegen von der Leitung Pflege durchgeführt	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
c)	Ist das Hygienekonzept resp. sind die Hygienerichtlinien auf die Gegebenheiten der Institution angepasst?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Wird das Hygienekonzept regelmässig auf fachliche Korrektheit überprüft?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	Datum der letzten Überprüfung? _____				
	Wird die Grippeimpfung jährlich den Mitarbeitenden angeboten?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
7.	Lagerung/Bewirtschaftung von Medikamenten im Spitex-Stützpunkt				
	Werden im Stützpunkt Medikamente der Kundschaft gelagert bzw. aufbewahrt?	Ja		Nein	
	Wenn ja, warum?				

8. Massnahmen zur Arbeitssicherheit und Weiteres

Werden die Bestimmungen der eidgenössischen Koordinationskommission zur Arbeitssicherheit (EKAS) im Betrieb umgesetzt? Ja Nein

Wurde die Institution vom Arbeitsinspektor oder von der Arbeitsinspektorin überprüft? Ja Nein

Falls der Arbeitsinspektor oder die Arbeitsinspektorin Massnahmen forderte, welches waren die geforderten Massnahmen und mit welcher Frist? *Bitte Massnahmen und Frist auführen*

Wie erfolgt die Wohnungsschlüsselaufbewahrung der Klientin oder des Klienten? *Bitte kurz beschreiben:*

9. Beschwerdemanagement

Werden die eingegangenen Beschwerden systematisch erfasst, beantwortet und zur Bearbeitung weiter geleitet, dokumentiert und archiviert? Ja Nein

Wie informiert die Institution ihre Klientinnen und Klienten über die Beschwerdeinstanzen (Trägerschaft, Bezirksrat, Erwachsenenschutzbehörde [KESB], Beschwerdestelle für das Alter, Patientenschutzstellen etc.)? *Bitte Art und Weise der Information beschreiben*

Welches war im letzten Jahr die massivste Beschwerde? *Bitte kurz und in anonymisierter Form beschreiben*

Hat die Institution in der Berichtsperiode Spitex-Leistungen bei einer Klientin oder einem Klienten eingestellt? Ja Nein

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Werden die Rückweisungen erfasst, dokumentiert und ausgewertet? Ja Nein

10. Umgang mit Fehlern

Verfügt die Institution über ein Meldesystem für kritische Vorfälle, die sich in der Hilfe und Pflege, beim Umgang mit Medikamenten und Pflegematerialien, bei der Sterilisation usw. ergeben haben? Ja Nein

Unter kritischen Ereignissen sind u.a. zu verstehen: Vorfälle, bei denen Klientinnen und Klienten potentiell zu Schaden kommen könnten (falsches Medikament, falsche Dosierung, falsche Pflege, wichtige Veränderungen nicht an Vorgesetzte gemeldet usw.)

Wenn ja, wie funktioniert das Meldesystem?

Welche Erfahrungen hat die Institution damit gemacht?

11. Information

Werden die Klientinnen und Klienten über die Leistungen der Institution, die Tarife, die Einsatzzeiten, die Voraussetzungen für den Leistungsbezug, die Adresse der Institution und relevante Telefonnummern informiert? Ja Nein

Wenn ja, wie, mit welchem Medium informiert die Institution die Bevölkerung?

Bitte entsprechendes ankreuzen

- Broschüre, die beim ersten Einsatz abgegeben wird
- Internet-Auftritt (eigene Homepage)
- Regelmässige Publikation in der Dorf-Quartierzeitung
- Aushang in der Gemeinde/Quartierbüro
- andere

12. Besondere Vorkommnisse

Gibt es Vorkommnisse, über welche die Aufsichtsbehörde orientiert sein bzw. orientiert werden muss?

(Solche Vorkommnisse sind z.B.: Personalprobleme; sexuelle Übergriffe; Ereignisse, die auf ein Vergehen gegen Leib und Leben oder die öffentliche Gesundheit schliessen lassen; Suchtprobleme bei Mitarbeitenden, welche Folgen für die Kundinnen oder Kunden und den Betrieb nach sich ziehen können; strafrechtliche Tatbestände usw.)

Beilage:

Aktueller (Betriebs-)Jahresbericht der Spitex-Institution

Ort, Datum _____

Unterschrift Gesamtverantwortliche Leitung: _____

Unterschrift Leitung Pflegebereich: _____

Bitte den unterzeichneten Bericht direkt an die zuständige Bezirksratskanzlei senden.

Anhang

Wenn bei grösseren Organisationen mit mehreren «Stützpunkten» mehrere Leitungen für den Pflegebereich bestehen, bitte diese Personen nachfolgend auflisten:

4. Leitung Pflegebereich Stützpunkt:

Name:

Stellen-%/Arbeitspensum:

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

4. Leitung Pflegebereich Stützpunkt:

Name:

Stellen-%/Arbeitspensum:

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

4. Leitung Pflegebereich Stützpunkt:

Name:

Stellen-%/Arbeitspensum:

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

4. Leitung Pflegebereich Stützpunkt:

Name:

Stellen-%/Arbeitspensum:

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein

4. Leitung Pflegebereich Stützpunkt:

Name:

Stellen-%/Arbeitspensum:

Zusatzqualifikation/en:

Über welche Zusatzqualifikationen in Pflege und/oder Management verfügt die Leitung des Pflegebereichs? *(Bitte auflisten)*

Stellvertretung organisiert?

Ja Nein