



Jahresbericht 2023 zu Händen des Bezirksrats Spitex-Institutionen

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 (muss mindestens über ein Pflegediplom HF verfügen!)? Ja Nein

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

2. Ausbildungsabschlüsse

Verfügen alle Pflegepersonen über einen eidgenössischen Ausbildungsabschluss und alle mit einem ausländischen Ausbildungsabschluss über eine eidgenössische Gleichwertigkeitsanerkennung? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht?

Verfügen alle Pflege-Hilfspersonen über einen abgeschlossenen SRK-Helfer Kurs? Ja Nein

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: _____ | | |

4. Dokumentation der Hilfe und Pflege

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht für jede(n) 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"/> |
| Welches Bedarfsabklärungsinstrument wird verwendet? _____ | | |
| 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 Papierform in einem abschliessbaren bzw. abgeschlossenen Schrank am Stützpunkt aufbewahrt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ist die Zugangsberechtigung geregelt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bei Vorhandensein einer elektronischen Pflegedokumentation, wie ist der Zugang geregelt (bitte gestuft nach Qualifikationsstufe des Pflegepersonals (Pflegediplom/Fachperson Stufe EFZ/Assistenz- und Hilfspersonal) beschreiben, zu welchen einzelnen Dokumenten welcher Art der Zugang ist? | | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 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"/> |
| Ist bei elektronischer Patientendokumentation sichergestellt, dass alle Eintragungen in der Patientendokumentation datiert, visiert, unmittelbar unabänderbar gespeichert und jederzeit abrufbar sind? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ist zudem in der elektronischen Pflegedokumentation sichergestellt, dass keine Einträge nachträglich geändert oder gar gelöscht werden können, sondern dass bei Fehleinträgen oder sonstigen Änderungen jeweils ein neuer Eintrag erfolgt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

5. 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 beim Klientel 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 Nein
 - Befragung mit eigenem Fragebogen Ja Nein
 - Befragung mit Hilfe einer externen Firma Ja Nein
- Führt die Institution periodisch eine Befragung bei den Mitarbeitenden durch? Ja Nein

a) Mit welchen konkreten Massnahmen überprüft die Institution die fachgerechte Pflege bei den Klientinnen und Klienten? *Bitte Massnahmen auflisten:*

b) Nimmt der Bedarf an Hilfe und Pflege von Menschen mit Demenz zu? Ja Nein

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 Nein
- Es finden regelmässig Fallbesprechungen von Pflegesituation mit Demenzbetroffenen statt Ja Nein
- Es werden Fort- und Weiterbildungen zur Thematik Demenz für die Mitarbeitenden organisiert Ja Nein
- Datum der letzten diesbezüglichen Fort-/Weiterbildung _____
- Es werden Arbeitsbesuche bei Mitarbeitenden, die Demenzbetroffene betreuen und pflegen, von der Leitung Pflege durchgeführt Ja Nein

c) Ist das Hygienekonzept resp. sind die Hygienerichtlinien auf die Gegebenheiten der Institution angepasst? Ja Nein

Verfügt die Institution die Lizenz für die Nutzung des elektronische Hygiene-Tools (wenn ja, müssen die folgenden zwei Fragen nicht beantwortet werden) Ja Nein

Wird das Hygienekonzept regelmässig auf fachliche Korrektheit überprüft? Ja Nein

Datum letzte Überprüfung? _____ Enthält es konkrete Anweisungen im Umgang mit CODID-19? Ja Nein

Wird die Grippeimpfung jährlich den Mitarbeitenden angeboten? Ja Nein

d) Verfügt die Institution über ein Fort- und Weiterbildungskonzept? Ja Nein

Welches waren die thematischen Schwerpunkte, für welche die Institution im letzten Jahr Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durchführte (resp. durchführen liess)?

Bitte die thematischen Schwerpunkte auflisten:

6. Lagerung/Bewirtschaftung von Medikamenten im Spitex-Stützpunkt

Werden im Stützpunkt Medikamente der Kundschaft gelagert bzw. aufbewahrt? Ja Nein

Wenn ja, warum?

7. 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

8. 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?

9. 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

10. 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 wie Diebstahl usw.)

Beilage:

- Aktueller (Betriebs-)Jahresbericht der Spitex-Institution

Ort, Datum

Unterschrift Gesamtverantwortliche Leitung:

Unterschrift Leitung Pflegebereich:

Bitte den unterzeichneten Bericht direkt an den zuständigen Bezirksrat senden.

Anhang

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

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

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

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

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

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