

Stiftung SanaCERT Suisse  
Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung  
im Gesundheitswesen



# Normative Grundlage

## für die Zertifizierung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in Langzeitpflegeeinrichtungen

Version 9/2022

Stiftung SanaCERT Suisse, Bern ©

Bern, 1. Januar 2022

# Inhalt

Kommentar zur Version 9 der Standards für die Langzeitpflege .....	3
Erläuterungen.....	4
Standard 51 Qualitätsentwicklung .....	5
Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner .....	7
Standard 53: Pflege und Betreuung .....	8
Standard 54: Kritische Ereignisse .....	9
Standard 55: Wundversorgung .....	10
Standard 56: Schmerzbehandlung .....	11
Standard 57: Sichere Medikation.....	12
Standard 58: Essen und Trinken.....	13
Standard 59: Erhalten und Fördern der Harnkontinenz .....	15
Standard 60: Früherkennen und Vorbeugen von Gewalt .....	16
Standard 61: Infektionsprävention und Hygiene .....	17
Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung.....	18
Standard 63: Sturzprävention .....	19
Standard 64: Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen.....	20
Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz.....	22
Standard 66: Palliative Betreuung.....	23

# Kommentar zur Version 9 der Standards für die Langzeitpflege

Ab Version 8.0 werden Standards der Langzeitpflege und der Akutsomatik zum gleichen Thema im Rahmen der Überarbeitung soweit als möglich harmonisiert, sofern dies bereichs-spezifisch sinnvoll ist. Deshalb enthalten einige Standards auch den Hinweis auf die Erläuterungen zum entsprechenden Standard für die Akutsomatik. Diese können wichtige Hinweise enthalten, die auch auf die Langzeitpflege anwendbar sind. Einige Standards eignen sich zudem auch für die Umsetzung in der Spitex.

Gegenüber der Version 8.1 wurden folgende Änderungen vorgenommen:

Revisionen mit Vernehmlassungen

- Standard 53 Pflege und Betreuung
- Standard 58 Essen und Trinken
- Standard 63 Sturzprävention
- Standard 64 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Im Standard 51 Qualitätsentwicklung wurden zwei redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Die Versionen 8 und 8.1 der Standards für die Langzeitpflege können bei SanaCERT Suisse bezogen werden, falls sie nicht mehr über die Webseite zugänglich ist.

## Impressum

**Herausgeber:** Stiftung SanaCERT Suisse  
Geschäftsstelle  
Effingerstrasse 55  
3008 Bern

Telefon 031 333 72 63  
[info@sanacert.ch](mailto:info@sanacert.ch)  
[www.sanacert.ch](http://www.sanacert.ch)

**Redaktion:** Standardkommission SanaCERT Suisse, Bern  
Reto Weber (Präsident, FMI AG, Frutigen), Claudia Brix-Weber (KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Embrach), Christoph Gehrlach (Berner Fachhochschule, Bern), Claudia Holenstein (Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen), Claudia Lenz (KPZ Gesundheit und Alter, St. Gallen), Maja Mylaeus (Geschäftsleitung SanaCERT Suisse, Bern)

Die Stiftung SanaCERT Suisse Bern behält sich alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung vor. Ohne schriftliche Genehmigung durch die Stiftung SanaCERT Suisse Bern darf kein Teil des Werkes in irgendeiner Weise reproduziert werden.

# Erläuterungen<sup>1</sup>

<b>Geltungsbereich</b>	Für jeden Standard ist vor dem eigentlichen Bewertungsvorgang der Geltungsbereich geklärt. Die Langzeitpflegeeinrichtung bestimmt dabei für jeden Standard die Bereiche, in welchen der Standard zum Zeitpunkt des Audits umgesetzt werden soll.
<b>Erfüllung</b>	<p>Die Bewertung berücksichtigt, in welchem Ausmass der Qualitätsregelkreis „Plan-Do-Check-Act“ vollendet worden ist. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Erfüllungsniveaus eines Standards über folgende Skala:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>0</b> Konzepte, Beschlüsse, Visionen, Abklärungen</li><li><b>1</b> Entwürfe sind erstellt. Die Projektgruppe befindet sich an der Arbeit. Eine konkrete Einführungsplanung ist vorhanden.</li><li><b>2</b> Der Standard ist eingeführt. Mitarbeitende wurden informiert und ausgebildet/instruiert.</li><li><b>3</b> Die Wirksamkeit des Vorgehens und der Umsetzung wird regelmässig gemessen. Die Ergebnisse der Messungen werden analysiert und genutzt, um Verbesserungen zu identifizieren, zu planen und einzuführen. Eine konkrete Vorgehensplanung für Verbesserungen liegt vor.</li><li><b>4</b> Verbesserungen wurden eingeführt. Eine erneute Messung der Wirksamkeit der eingeführten Verbesserungen ist geplant.</li></ul> <p>Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.</p>
<b>Durchdringung</b>	<p>Im Audit wird eine Bewertung der Durchdringung vorgenommen, d. h. die Klärung der Frage, ob die Standards in der von der Langzeitpflegeeinrichtung bestimmten Geltungsbereichen auch tatsächlich umgesetzt worden sind. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Durchdringungsniveaus eines Standards über folgende Skala:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>0</b> Der Standard ist noch nicht eingeführt; oder es sind nur anekdotische Nachweise vorhanden.</li><li><b>1</b> Der Standard ist in mindestens einem Bereich (Abteilung/Station) eingeführt.</li><li><b>2</b> Der Standard ist in etwa der Hälfte der betroffenen Bereiche der Einrichtung eingeführt.</li><li><b>3</b> Der Standard ist in etwa <math>\frac{3}{4}</math> der betroffenen Bereiche der Einrichtung eingeführt.</li><li><b>4</b> Der Standard ist in allen betroffenen Bereichen der Einrichtung eingeführt.</li></ul> <p>Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.</p>
<b>Berechnung der Gesamtbewertung eines Standards (A-D)</b>	<p>Die Zahlenwerte (Punkte) der Erfüllung und der Durchdringung werden für jeden Standard addiert und durch 2 geteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 ergibt für die Gesamtbewertung des Standards ein <b>A</b> (minimal erfüllt),</li><li>2 ein <b>B</b> (mässig erfüllt),</li><li>3 ein <b>C</b> (in substanziellem Ausmass erfüllt) und</li><li>4 ein <b>D</b> (umfänglich erfüllt).</li></ul> <p>Ergibt die Addition von Erfüllung und Durchdringung und Teilung durch 2 einen Zwischenwert (Bsp. 2.5) so wird nach oben oder unten gerundet.</p>
<b>Schlüssel-Kriterien und Auflagen</b>	<p>Wird eines oder mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt, erkennt das Audit-Team auf Nicht-Konformität und formuliert bei fett gedruckten Kriterien eine entsprechende Auflage mit Frist zur Erfüllung. Sämtliche Auflagen gibt das Audit-Team unmittelbar nach dem Audit mündlich und anschliessend im Audit-Bericht schriftlich der Spitalleitung bekannt. Für die Umsetzung der Auflagen ist ein Massnahmeplan einzureichen.</p>
<b>Voraussetzungen zur Zertifizierung</b>	<p>Das Qualitätsmanagement einer Institution wird zertifiziert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. der Grundstandard 51 „Qualitätsentwicklung“ mindestens in substanziellem Ausmass (C) erfüllt ist; und</li><li>b. kein Standard nicht erfüllt (0) ist; und</li><li>c. die Hälfte (mindestens drei) der zur Bewertung vorgelegten Standards (einschliesslich des Grundstandards) mindestens in substanziellem Ausmass (C) erfüllt ist; und</li><li>d. bei der Gesamtbewertung aller 7 Standards <b>mindestens insgesamt 17 Punkte</b> (gemäss der Gesamtbewertung A=1, B=2, C=3, D=4 Punkte) erreicht werden.</li></ul>

<sup>1</sup> Die Erläuterungen basieren auf den reglementarischen Grundlagen über das Zertifizierungsverfahren Version 20

## Standard 51 Qualitätsentwicklung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
<p>1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr.</p> <p>Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung.</p> <p>Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt.</p>	<p><b>1.1 Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzserklärung.</b></p> <p><b>1.2 Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.</b></p> <p><b>1.3 Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.</b></p> <p>1.4 Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikatoren, Kennzahlen) wird gemessen.</p> <p>1.5 Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert.</p>
<p>2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand</p>	<p>2.1 Eine Bewertung von Nutzen und Aufwand wie auch allfällige daraus sich ergebende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesse in der Qualitätssicherung und -entwicklung liegen vor.</p>
<p>3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.</p>	<p><b>3.1 Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.</b></p> <p>3.2 Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.</p> <p>3.3 Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können.</p>
<p>4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sowie Vertretungen sind schriftlich festgehalten und von der zuständigen Stelle im Unternehmen genehmigt.</p>	<p>4.1 Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden und genehmigt.</p> <p>4.2 Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane.</p>
<p>5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz.</p>	<p>5.1 Die Art und Weise der Darstellung und die Lenkung der Prozesse sind geregelt.</p> <p><b>5.2 Wichtige Kernprozesse<sup>2</sup> des Unternehmens sind definiert und dokumentiert<sup>3</sup>.</b></p> <p>5.3 Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen.</p>

<sup>2</sup> Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode sind mind. drei dokumentierte Kernprozesse vorzulegen.

<sup>3</sup> Wichtige Prozesse sind beispielsweise: Bewohner Ein- und Austritt (Tod), Pflegeplanung und Dokumentation, Sichere Medikation, Mitarbeitergespräch. Zur Regelung gehört auch die Wahl geeigneter Kennzahlen, die Bewertung der Prozesse nach dem Qualitätszyklus Plan-Do-Check-Act (P-D-C-A)

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
<p>6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.</p>	<p>6.1 Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind dargestellt.</p> <p>6.2 Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Indikatoren und Kennzahlen (Ergebniskriterien) und setzt die sich daraus ergebenden Verbesserungsmassnahmen um.</p> <p>6.3 Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.</p> <p><b>6.4 Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.</b></p> <p>6.5 Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmassnahmen.</p> <p>6.6 Die Mitarbeitenden wissen, wie sie zur Verbesserung der Qualität beitragen oder Ideen einbringen können.</p>
<p>7. Die Qualitätsbeauftragten werden für ihre Aufgaben befähigt resp. die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen in ihre Arbeit eingeführt.</p>	<p>7.1 Die Qualitätsbeauftragten verfügen über die nötigen Fachkompetenzen.</p> <p>7.2 Nachweise über die Befähigung von betroffenen Mitarbeitenden für Qualitätsarbeit sind vorhanden.</p>
<p>8. Das Unternehmen erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Das Unternehmen informiert gegen innen und aussen über seine Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung.</p>	<p><b>8.1 Die Dokumentation zu den erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen in der Institution, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor.</b></p> <p>8.2 Nachweise für die Information über Aktivitäten in der Qualitätsentwicklung gegen innen und aussen sind vorhanden.</p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard „Grundstandard“ der Akutsomatik zu finden.

## Standard 52: Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen verfügt über ein Dokument, das die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Bezugspersonen erläutert.	<p><b>1.1 Das Dokument wird jedem Bewohner und jeder Bewohnerin beim Eintritt in das Unternehmen abgegeben.</b></p> <p>1.2 Neu eintretende Mitarbeitende werden in die Rechte eingeführt.</p>
2. Pflege und Betreuung respektieren die Privatsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner.	<p>2.1 Die Mitarbeitenden ermitteln und erkennen, welche Art der Privatsphäre die Bewohnerin bzw. der Bewohner wünscht.</p> <p>2.2 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.</p>
3. Das Unternehmen informiert die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörige darüber, welche Behandlung, Betreuung und Pflege sie erhalten und wie sie im gewünschten Umfang an Entscheiden über diese mitwirken können.	<p>3.1 Das Unternehmen informiert Bewohnerinnen und Bewohner und die vertretungsberechtigte Person über ihr Recht, bei Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen mitzubestimmen.</p>
4. Die Mitarbeitenden sind befähigt, mit der Ablehnung von Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen durch Bewohnerinnen und Bewohner umzugehen.	<p><b>4.1 Handlungsanweisungen bzw. Richtlinien sind den Mitarbeitenden bekannt.<sup>4</sup></b></p> <p>4.2 Das Thema wird in Teamsitzungen, Fortbildungen oder Fallbesprechungen behandelt.</p> <p>4.3 Die Pflegedokumentation enthält entsprechende Aufzeichnungen.</p>
5. Der Umgang mit Patientenerklärungen und Patientenvollmachten ist geregelt.	<p>5.1 Die Bewohnerdokumentation enthält Hinweise auf Patientenverfügungen und/oder auf ein zum Thema stattgefundenes Gespräch mit der Bewohnerin/dem Bewohner.</p>
<p>6. Das Unternehmen verfügt über eine Grundsatzklärung zur Frage des selbstbestimmten Sterbens (Beihilfe zum Suizid, „Freitodbegleitung“).</p> <p>Für das selbstbestimmte Sterben hat das Unternehmen das Vorgehen definiert.</p> <p>Den Bewohnenden ist die Grundsatzklärung zum Zeitpunkt des Eintritts bekannt.</p>	<p><b>6.1 Eine Grundsatzklärung zum Thema selbstbestimmtes Sterben liegt vor.</b></p> <p>6.2 Das Vorgehen im Falle von selbstbestimmtem Sterben ist festgehalten.</p> <p>6.3 Die Information über selbstbestimmtes Sterben ist dokumentiert.</p>
7. Das Unternehmen unterstützt das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf respektvolle und mitfühlende Behandlung und Betreuung am Lebensende.	<p><b>7.1 Die besonderen Bedürfnisse sterbender Bewohnerinnen und Bewohner werden innerhalb des Unternehmens anerkannt, dokumentiert und respektiert.</b></p>

<sup>4</sup> Anlässlich des Erst-Zertifizierungs-Audits und in der ersten Zertifizierungsperiode muss dieses Schlüsselkriterium noch nicht erfüllt werden

## Standard 53: Pflege und Betreuung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen hat geregelt, wie, wann und durch wen die Bedarfserfassung, Pflegeplanung und -dokumentation erfolgt.	<p>1.1 Entsprechende Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen für die Bedarfserfassung, Pflegeplanung und -dokumentation sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich.</p> <p>1.2 Die Zugriffsrechte auf die Dossiers der Bewohnerinnen und Bewohner sind gemäss Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geregelt.</p>
2. Für jede Bewohnerin und für jeden Bewohner werden eine individuelle Pflege- und Betreuungsplanung vorgenommen und umgesetzt.	<p><b>2.1 Die individuelle Erfassung des Pflege- und Betreuungsbedarfs erfolgt unter der Verantwortung einer entsprechend qualifizierten Pflegefachperson.</b></p> <p><b>2.2 Die Erkenntnisse aus der Bedarfserfassung werden in Form von Zielvereinbarungen und Massnahmen und unter Einbezug der Bewohnenden bzw. der Angehörigen in der Pflege- und Betreuungsplanung umgesetzt.</b></p> <p>2.3 Im Unternehmen wird regelmässig überprüft, ob die Pflege- und Betreuungsplanung aktuell sind.</p>
3. Die kontinuierliche und fachgerechte Pflege und Betreuung ist zu jeder Zeit gewährleistet.	<p><b>3.1 Die Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Zusammenarbeit im Pflege- und Betreuungsteam sind geregelt und die entsprechende Umsetzung ist gewährleistet.</b></p> <p>3.2 Das Unternehmen legt dar, wie es die fachgerechte Pflege und Betreuung während 24 Stunden an 7 Tagen gewährleistet. Die vom Betrieb getroffenen Regelungen werden regelmässig evaluiert.</p>
4. Pflegende arbeiten mit Pflegestandards und Handlungsanweisungen, die sich am aktuellen Wissensstandard orientieren und in ein übergeordnetes Verständnis für Pflege und Betreuung eingebettet sind.	<p><b>4.1 Entsprechende Pflegestandards und Handlungsanweisungen sind allen Mitarbeitenden im Bereich Pflege und Betreuung zugänglich und umgesetzt.</b></p> <p>4.2 Pflegestandards und Handlungsanweisungen werden innert vereinbarter Fristen und bei Bedarf evaluiert und entsprechend angepasst.</p>
5. Alle Mitarbeitenden, die in der Pflege und Betreuung beteiligt sind, werden für ihre Aufgabe befähigt.	<p>5.1 Das Unternehmen hat die Mitarbeitenden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.</p> <p>5.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.</p> <p>5.3 Sind Massnahmen zur Befähigung notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>
6. Die Arbeit mit Indikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität der Pflege und Betreuung wird ausgewiesen.	<p>6.1 Indikatoren zur Pflegequalität sind definiert. Sie werden regelmässig erhoben, ausgewertet und auch im Vergleich zu anderen Unternehmungen eingeordnet.</p> <p>6.2 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>



## Standard 54: Kritische Ereignisse

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen beschreibt, was unter einem „kritischen Ereignis“ zu verstehen ist.	<b>1.1 Eine Umschreibung des im Unternehmen verwendeten Begriffs „kritisches Ereignis“ liegt vor.</b>
2. Das Unternehmen hat ein Konzept, wie kritische Ereignisse erfasst, gemeldet, analysiert, bearbeitet, und kommuniziert werden.  Die angewendeten Meldesysteme und/oder Instrumente werden beschrieben. Die Organisation und Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen und multiprofessionellen Teams sind definiert.  Mitarbeitende erhalten die Möglichkeit Verbesserungsmassnahmen einbringen zu können.	<b>2.1 Ein entsprechendes Konzept liegt vor. Die oberste operative Entscheidungsinstanz des Unternehmens hat das Konzept genehmigt.</b> 2.2 Prozesse zur Analyse, Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen, sowie deren Wirkungskontrolle sind festgelegt. 2.3 Die Kommunikation zu kritischen Ereignissen und Massnahmen ist beschrieben. Dazu findet ein Reporting in den entsprechenden Gremien statt.
3. Das Konzept ist umgesetzt und wird regelmässig evaluiert. Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.	<b>3.1 Das Konzept ist umgesetzt.</b> 3.2 Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft. 3.3 Nachweise der Bearbeitung von kritischen Ereignissen und der Besprechungen liegen vor. 3.4 Sämtliche Mitarbeitende werden regelmässig zum Thema kritische Ereignisse geschult resp. sensibilisiert. Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird periodisch geprüft. 3.5 Das Unternehmen zeigt auf, wie es die Sicherheitskultur fördert.
4. Ziele und Kennzahlen werden definiert und im Rahmen des P-D-C-A-Kreislaufs bearbeitet.	4.1 Kennzahlen zu kritischen Ereignissen werden erhoben, analysiert und, falls notwendig, Massnahmen daraus abgeleitet. 4.2 Die Nutzung Teilnahme der Meldesysteme wird periodisch überprüft. 4.3 Die Umsetzung von Massnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen wird gemessen.

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 11 der Akutsomatik zu finden.

## Standard 55: Wundversorgung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Wunden.	<p><b>1.1 Ein mit den Heimärztinnen und Heimärzten abgesprochenes Konzept ist vorhanden.<sup>5</sup></b></p> <p><b>1.2 Das Konzept ist umgesetzt.</b></p> <p>1.3 Der Wundbehandlung liegt ein schriftlicher Behandlungsplan zugrunde, welcher zwischen Arzt und Pflegenden vereinbart wurde.</p>
2. Das Unternehmen verfügt über eine oder arbeitet mit einer fachkompetenten Person in Wundversorgung zusammen.	<p>2.1 Wundvisiten erfolgen durch die Wundexpertin bzw. den Wundexperten, mit dem Zweck, das Pflegepersonal anzuleiten und fortzubilden.<sup>6</sup></p> <p>2.2 Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin inspiziert regelmässig die Wunde.</p> <p><b>2.3 Die zur Einschätzung und Dokumentation erforderlichen Instrumente (z. B. Wundprotokoll, Kamera) stehen zur Verfügung.</b></p> <p><b>2.4 Der Wundverlauf ist dokumentiert.</b></p>

<sup>5</sup> Unter Heimärztin oder Heimarzt wird im Audit entweder die für die Institution erste ärztliche Ansprechperson und/oder der designierte Vertreter der im Heim tätigen Ärzte verstanden.

<sup>6</sup> Die Wundexpertin bzw. der Wundexperte kann intern angestellt sein oder konsiliarisch von extern beigezogen werden.

## Standard 56: Schmerzbehandlung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.	<p><b>1.1 Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden und umgesetzt.</b></p> <p><b>1.2 Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden sind geregelt.</b></p> <p>1.3 Diese sind bekannt.</p> <p>1.4 Das Konzept ist von der Leitung der Einrichtung sowie von den Heimärztinnen und Heimärzten genehmigt.<sup>7</sup></p>
2. Die Schmerzerfassung und die Dokumentation sind gewährleistet.	<p><b>2.1 Die Mitarbeitenden werden im Umgang mit Hilfsmitteln zur Symptomerhebung und -beurteilung geschult.<sup>8</sup></b></p> <p>2.2 Beim Eintritt resp. bei erneuter Einstufung wird eine Schmerzanamnese veranlasst und in der Pflegedokumentation erfasst.</p> <p>2.3 Ein Schmerzprotokoll wird geführt.</p> <p><b>2.4 Der Erfolg der Behandlung wird mit Hilfe des Schmerzprotokolls regelmässig mit Ärztin/Arzt, Pflegenden und betroffenen Bewohnerinnen/Bewohner evaluiert.</b></p>
3. Die Umsetzung des Schmerzkonzepts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft.	3.1 Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden.
4. Die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.	4.1 Ergebnisse zur Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern oder Angehörigen mit der Schmerzbehandlung sind vorhanden.

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 5 „Schmerzbehandlung“ der Akutsomatik zu finden.

<sup>7</sup> Unter Heimärztin oder Heimarzt wird im Audit entweder die für das Unternehmen erste ärztliche Ansprechperson und/oder der designierte Vertreter der im Heim tätigen Ärzte verstanden.

<sup>8</sup> Zum Beispiel Visuell Analoge Skala (VAS), Numerische Einschätzungsskala (engl. Numeric Rating Scale, NRS), Verbale Rangskala (VRS), ECPA-Skala (ECPA = Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) etc.

## Standard 57: Sichere Medikation

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Eine Arzneimittelliste gibt Auskunft darüber, welche Arzneimittel im Unternehmen zur Verfügung stehen.	<p>1.1 Es ist geregelt, wie die Arzneimittelliste verwaltet und revidiert wird.<sup>9</sup></p> <p>1.2 Notfallmedikamente und Opiate sind verfügbar, unter Kontrolle und sicher verwahrt.</p>
2. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien, Vorgaben und/oder Standards bezüglich des Verordnens, Richtens, Kontrollieren, Verabreichen und Bestellen von Arzneimittel.	<p><b>2.1 Es ist festgelegt, wie diese Abläufe dokumentiert werden.</b></p> <p><b>2.2 Regeln zur Verordnung von Arzneimittel sind festgelegt.<sup>10</sup></b></p> <p>2.3 Die Mitarbeitenden sind im korrekten Verordnen, Richten, Kontrollieren, Verabreichen und Bestellen der Arzneimittel geschult.</p> <p>2.4 Die 6-R-Regel wird eingehalten.<sup>11</sup></p>
3. Arzneimittel werden in einer sicheren und sauberen Umgebung gelagert, gerichtet und verteilt.	<p><b>3.1 Arzneimittel sind richtig beschriftet, datiert und gelagert.<sup>12</sup></b></p> <p>3.2 Eine qualifizierte Fachperson (Apothekerin bzw. Apotheker) beaufsichtigt die Lagerung, Vorbereitung und Ausgabe der Arzneimittel.<sup>13</sup></p>
4. Die Wirkung von Arzneimittel auf Bewohnerinnen und Bewohner wird überwacht.	<p>4.1 Die Überwachung erfolgt im interprofessionellen Team.</p> <p>4.2 Etwaige Nebenwirkungen sind in der Pflegedokumentation erfasst und dem behandelnden Arzt gemeldet worden.</p> <p><b>4.3 Die für die Pharmacovigilance zuständige Person ist bestimmt.<sup>14</sup></b></p> <p><b>4.4 Die Medikation wird durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt überprüft. Diese Überprüfung erfolgt halbjährlich.</b></p>
5. Fehler im Umgang mit Arzneimittel werden erfasst und im Team besprochen.	<p><b>5.1 Das Unternehmen hat den Begriff „Fehler im Umgang mit Arzneimittel“ definiert.</b></p> <p>5.2 Die Mitarbeitenden kennen diesen Begriff.</p> <p><b>5.3 Der Meldeweg ist bestimmt.</b></p> <p>5.4 Der Weg ist im Unternehmen bekannt.</p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 26 „Sichere Medikation“ der Akutsomatik zu finden.

<sup>9</sup> Das Einverständnis aller verordnenden Ärztinnen und Ärzte mit dieser Liste, ob intern angestellt oder als Belegärzte tätig, ist unabdingbar und schriftlich nachzuweisen.

<sup>10</sup> Verordnungen haben schriftlich zu erfolgen. Telefonisch übermittelte Verordnungen müssen sofort dokumentiert und innert vereinbarter Frist vom Arzt visiert werden.

<sup>11</sup> 6-R-Regel: Richtiger Bewohner, Richtiges Arzneimittel, Richtige Dosierung (oder Konzentration), Richtiger Applikationsweg, Richtige Zeit, Richtige Dokumentation.

<sup>12</sup> Beispielsweise Anbruch von Tropfenmedikation.

<sup>13</sup> Diese Fachperson kann intern angestellt oder extern im Auftragsverhältnis wirken.

<sup>14</sup> Pharmacovigilance: Meldepflicht von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten. Vgl. Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz) SR 812.21, Art. 59 Meldepflicht, Meldesystem und Melderecht.

## Standard 58: Essen und Trinken

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen hat geregelt, wie eine bedarfsgerechte, ausgewogene, an den individuellen Gesundheitszustand angepasste und in geeigneter Form verabreichte Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt.	<p><b>1.1 Ein entsprechendes Konzept liegt vor und wird regelmässig evaluiert und angepasst.</b></p> <p>1.2 Das Menüangebot und die Ausgewogenheit der Ernährung werden regelmässig ausgewertet.<sup>15</sup></p> <p>1.3 Die Essensumgebung und die Essenszeiten werden thematisiert.</p> <p>1.4 Motorische, sensorische und kognitive Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner sind berücksichtigt.<sup>16</sup></p>
2. Die Erfassung, Dokumentation und Einschätzung des Ernährungszustandes der Bewohnerinnen und Bewohner sind geregelt. Dabei wird die individuelle Ernährungssituation berücksichtigt. Es ist geklärt, ob und wenn ja welche Massnahmen getroffen werden.	<p>2.1 Ernährungsanamnese und ernährungsrelevante Diagnosen sind in der Pflegedokumentation erfasst.</p> <p><b>2.2 Ein Instrument zur Erfassung und Einschätzung der Ernährungssituation kommt bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern regelmässig zur Anwendung.</b></p> <p>2.3 Das Essverhalten wird beachtet; es wird bei Bewohnenden mit dem Risiko einer Mangelernährung dokumentiert.</p> <p><b>2.4 Individuelle Ziele und Massnahmen werden soweit möglich mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner besprochen und umgesetzt.</b></p>
3. Die individuellen Essensvorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten und Rituale der Bewohnerinnen und Bewohner werden in die Gestaltung des Ernährungsangebots einbezogen.	<p><b>3.1 Die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner werden erfasst.</b></p> <p><b>3.2 Diese werden bei der Menügestaltung berücksichtigt.</b></p> <p>3.3 Es ist geregelt, wie mit Entscheidungen der Bewohnerin bzw. des Bewohners bzw. seiner Vertrauensperson hinsichtlich Verabreichung bzw. Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit umgegangen wird.</p>
4. Fachpersonen im Bereich der Ernährung werden beigezogen, wenn es der individuelle Zustand der Bewohnerin/des Bewohners nötig macht.	4.1 Fachpersonen wie z.B. Ernährungsberatung, Logopädie, Ergotherapie, Zahnärztlicher Dienst, werden bei Bedarf beigezogen.
5. Die im Ernährungskonzept eingebundenen Berufsgruppen (wie z.B. Küche, Pflegefachpersonen, Hotellerie) werden für ihre Aufgaben befähigt.	<p>5.1 Fort- und Weiterbildungen zum Thema Ernährung finden statt.</p> <p>5.2 Die Wirksamkeit der Fort- und Weiterbildungen wird in der praktischen Anwendung überprüft.</p>
6. Ergebniskriterien zur Beurteilung der Qualität der Ernährung sind definiert, werden erhoben und im interprofessionellen Team (Küche, Pflegefachpersonen, Hotellerie, aber auch ärztlicher Dienst und Ernährungsberatung) analysiert.	<p><b>6.1 Das Unternehmen erhebt Qualitätsindikatoren zum Thema Essen und Trinken.</b></p> <p>6.2 Indikatoren werden regelmässig analysiert und auch im Vergleich zu anderen Unternehmungen eingeordnet.</p> <p>6.3 Auf den Analyseergebnissen aufbauende Verbesserungsmaßnahmen sind dokumentiert und werden auf deren Umsetzung geprüft.</p>

<sup>15</sup> Die Auswertung findet regelmässig interprofessionell mit Küchenpersonal und Pflegefachpersonen statt.

<sup>16</sup> Dazu gehören auch die Erhebung von Mund- und Zahnstatus.

Ergänzende Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 15 „Ernährung“ der Akutsomatik zu finden.

## Standard 59: Erhalten und Fördern der Harnkontinenz

Standardelement	Kriterien
1. Das Unternehmen verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zu Zuständigkeiten und Vorgehensweisen im Zusammenhang mit der Förderung bzw. Erhaltung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz.	<p><b>1.1 Ein Konzept zur Förderung bzw. der Erhaltung der Harnkontinenz bzw. Kompensation der Inkontinenz und dem angemessenen Einsatz des Inkontinenzmaterials liegt vor.</b></p> <p>1.2 Das Konzept wird evaluiert. Allfällig notwendige Verbesserungen werden umgesetzt.</p> <p>1.3 Risikofaktoren und Anzeichen für Harninkontinenz werden in der Anamnese ermittelt und dokumentiert.</p> <p>1.4 Die zur Einschätzung und Dokumentation erforderlichen Instrumente (z. B. Miktionsprotokoll) stehen zur Verfügung und werden angewandt.</p>
2. Das Unternehmen schult, informiert und sensibilisiert Mitarbeitende und Bewohnerinnen bzw. Bewohner zum Thema.	<b>2.1 Fortbildungskurse für Mitarbeitende finden statt.</b>
3. Das Unternehmen sorgt für ein Kontinenz förderndes Umfeld, verfügt über Ausscheidungshilfen und Hilfsmittel zur Kompensation von Inkontinenz.	<b>3.1 Toiletten sind bedarfsgerecht erreichbar, zugänglich und adäquat ausgestattet.<sup>17</sup></b>
4. Die Zielerreichung in Erhaltung und Förderung der Harnkontinenz wird gemessen.	<p>4.1 Die Wirksamkeit der Massnahmen wird in individuell festzulegenden Abständen zusammen mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin überprüft.</p> <p>4.2 Das Trinkverhalten (Flüssigkeitsbilanz) ist dokumentiert.</p>

<sup>17</sup> z.B. Sitzerhöhung, Griffe, Notruf etc.

## Standard 60: Früherkennen und Vorbeugen von Gewalt

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
<p>1. Die Mitarbeitenden werden über Früherkennung, Vorbeugung, Konfliktlösungsmöglichkeiten und rechtliche Aspekte fortgebildet.</p>	<p><b>1.1 Ein Konzept zur Früherkennung und Vorbeugung von Gewalt sowie zur Konfliktlösung liegt vor.</b>                      1.2 Neu eintretende Mitarbeitenden werden in das Thema eingeführt.  <b>1.3 Das Unternehmen führt Fortbildungen zu diesem Thema durch.</b>                      1.4 Das Team hat die Möglichkeit zur Supervision.                      1.5 Supervisionen finden statt.</p>
<p>2. Gewaltereignisse werden systematisch erfasst, gemeldet und im Team besprochen.<sup>18</sup></p>	<p><b>2.1 Der Meldeweg ist beschrieben und bekannt.</b>  <b>2.2 Die Zuständigkeiten sind geregelt.</b>                      2.3 Ereignisse werden dokumentiert.                      2.4 Teambesprechungen finden statt.                      2.5 Geeignete Massnahmen werden beschlossen, umgesetzt und evaluiert.</p>
<p>3. Das Unternehmen arbeitet mit einer unabhängigen und unparteilichen Stelle zusammen, welche Beschwerden entgegennimmt und bearbeitet.<sup>19</sup></p>	<p><b>3.1 Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und den Mitarbeitenden wird die Stelle kommuniziert.</b></p>

<sup>18</sup> Gewalt ist jede Zwangsmassnahme, die den Willen und Widerstand des Opfers überwindet, ihm eine Handlung aufzwingt, seine Willensfreiheit beeinträchtigt oder es schädigt. Gewalt ist nach der Schädigung des Opfers zu definieren. Gewalt kann indirekt und verschleiert und/oder offen und direkt ausgeübt werden.

<sup>19</sup> Diese Stelle kann auch kommunal, kantonal oder gesamtschweizerisch organisiert sein.



## Standard 61: Infektionsprävention und Hygiene

Standardelement	Kriterien
<p>1. Das Unternehmen verfügt über aktuelle Richtlinien zur Infektionsprävention, die so dokumentiert sind, dass alle Mitarbeitenden diese entsprechend ihrer Funktion nachvollziehen können.</p>	<p><b>1.1 Richtlinien zur Infektionsprävention sind vorhanden und allen Mitarbeitenden zugänglich.</b></p> <p>1.2 Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.</p> <p><b>1.3 Die Einführung sowie Befähigung neuer und bestehender Mitarbeitenden zum Thema Infektionsprävention finden regelmässig statt.</b></p>
<p>2. Das Unternehmen stellt sicher, dass es über die erforderlichen Fachkompetenzen zur Infektionsprävention und Hygiene verfügt.</p>	<p>2.1 Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeit zur Infektionsprävention und Hygiene sind geregelt.</p> <p>2.2 Überprüfungen zur Infektionsprävention und Hygiene liegen vor.</p> <p>2.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>
<p>3. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen das Unternehmen bei Bedarf.</p>	<p><b>3.1 Eine kontinuierliche Beratung durch eine Fachexpertin für Infektionsprävention (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet.</b></p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 1 „Infektionsprävention und Spitalhygiene“ der Akutsomatik zu finden.

## Standard 62: Dekubitusprävention und -behandlung

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner wird bedarfsgerecht darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegt.	<p><b>1.1 Richtlinien zur Beurteilung der Dekubitusgefährdung sind vorhanden.</b></p> <p>1.2 Die Richtlinien sind implementiert.</p> <p><b>1.3 Die Beurteilung der Dekubitusgefährdung findet im Rahmen des Eintrittsassessments statt und wird in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderung der Mobilität, der Aktivität und des Druckes wiederholt.</b></p>
2. Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.	<p>2.1 Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige sind über die Dekubitusgefährdung und entsprechende Massnahmen informiert</p> <p>2.2 Es werden Erinnerungshilfen zur Dekubitusprävention angeboten.</p>
3. Prävention und Therapie orientieren sich an für das Unternehmen verbindlichen Handlungsrichtlinien. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, deren Behandlung und Verlauf werden dokumentiert.	<p><b>3.1 Handlungsrichtlinien für die Prävention, Erkennung, Therapie und Dokumentation des Dekubitus sind verfügbar.</b></p> <p>3.2 Die Anwendung dieser Richtlinien durch die Mitarbeitenden wird überprüft.</p> <p>3.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p> <p>3.4 Die durchgeführten Massnahmen zur Prävention bzw. Therapie werden im Bewohnendendossier dokumentiert.</p>
4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Prävention und Therapie von Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen.	<p>4.1 Das Unternehmen stellt sicher, dass es über die erforderlichen Fachkompetenzen verfügt. Die Mitarbeitenden werden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.</p> <p>4.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.</p>
5. Die Wirksamkeit der Dekubitusprävention und -behandlung wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch im interprofessionellen Team <sup>20</sup> gemeinsam beurteilt.	<p>5.1 Die Methode zur Datenerfassung ist definiert und wird angewendet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.</p> <p>5.2 Die Ergebnisse werden analysiert und beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.</p> <p>5.3 Falls notwendig werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.</p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 28 „Dekubitusprävention und -behandlung“ der Akutsomatik zu finden.

<sup>20</sup> Je nach dem Skill-mix: Arzt/Ärztin, Pflege, Ernährung, Physio

## Standard 63: Sturzprävention

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
<p>1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Sturzprävention. Dieses regelt, wie sturzgefährdete Bewohnerinnen und Bewohner identifiziert und wie Stürze und Sturzfolgen vermieden werden sollen.</p>	<p><b>1.1 Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor und wird regelmässig evaluiert und angepasst.</b>            1.2 Das Konzept wird im interprofessionellen Team umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.            1.3 Einflussfaktoren für Stürze und der Umgang mit Sturzangst/Sturzrisiken werden im Konzept thematisiert.            1.4 Die bauliche Infrastruktur wird berücksichtigt.            1.5 Angebote für mobilitätsfördernde Massnahmen (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen etc.) sind vorhanden.</p>
<p>2. Das Konzept regelt, wann und wie ein Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.</p> <p>Für sturzgefährdete Bewohnerinnen und Bewohner werden im Rahmen der Pflegeplanung entsprechende Massnahmen ergriffen.</p>	<p><b>2.1 Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt erstmals vorgenommen und regelmässig wiederholt.</b>            2.2 Instrumente und Handlungsleitlinien zur Erfassung des Sturzrisikos sind vorhanden.            2.3 Zielgerichtete Massnahmen werden durch das interprofessionelle Team geplant, dokumentiert und umgesetzt.            2.4 Betroffene Bewohnende und (falls vom Betroffenen gewünscht oder nötig) ihre Angehörigen werden über die Planung der Massnahmen einbezogen.</p>
<p>3. Das Unternehmen erfasst mittels Sturzprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.</p>	<p><b>3.1 Sturzprotokolle mit Angaben zu allfälligen Folgen liegen vor.</b>            3.2 Das Sturzprotokoll dient der Auswertung individueller Sturzmuster einzelner Bewohnerinnen und Bewohner und der beeinflussenden Faktoren. Die Pflegeplanung wird entsprechend angepasst.            3.3 Die Protokolle werden auf Unternehmens-Ebene analysiert.            3.4 Die nötigen Massnahmen werden ergriffen.</p>
<p>4. Die Mitarbeitenden sind ihrer Aufgabe entsprechend befähigt.</p>	<p>4.1 Das Unternehmen sorgt dafür, dass alle Mitarbeitenden (Pflegepersonen, Hotellerie, etc.) im Rahmen ihrer Aufgaben zur Sturzprävention befähigt werden.</p>
<p>5. Ergebniskriterien zur Beurteilung der Qualität der Sturzprävention sind definiert, werden erhoben und im interprofessionellen Team analysiert.</p>	<p><b>5.1 Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.</b>            5.2 Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.            5.3 Interprofessionelle Auswertungssitzungen finden statt.            5.4 Verbesserungsmassnahmen gemäss den Ergebnissen sind dokumentiert und werden auf Umsetzung geprüft.</p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 29 „Sturzprävention“ der Akutsomatik zu finden.

## Standard 64: Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen.	<p><b>1.1 Eine Definition der freiheitseinschränkenden Massnahmen liegt vor.</b></p> <p><b>1.2 Gesetzliche Vorgaben zu den bewegungseinschränkenden Massnahmen werden eingehalten.</b></p> <p>1.3 Alternative Massnahmen und ethische Aspekte im Zusammenhang mit der Einschränkung werden darin berücksichtigt.</p> <p>1.4 Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt.</p> <p>1.5 Das Konzept ist umgesetzt.</p>
2. Im Konzept sind Indikationsstellung, Anordnungsberechtigung, Kommunikation, Durchführung, Evaluation und Aufhebung der freiheitseinschränkenden Massnahme sowie die Dokumentation verbindlich geregelt.	<p><b>2.1 Die Bedingungen, unter welchen freiheitseinschränkende Massnahmen angewendet werden können, sowie deren regelmässige Evaluation, sind im Konzept definiert.</b></p> <p>2.2 Der Entscheidungsprozess im interprofessionellen Team ist festgelegt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind geklärt und entsprechend dokumentiert.</p>
3. Das Unternehmen sorgt dafür, dass alle Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen befähigt werden.	<p>3.1 Alle involvierten Mitarbeitenden werden entsprechend ihren Aufgaben befähigt.</p> <p>3.2 Das Verständnis des Konzepts und dessen korrekte Umsetzung werden regelmässig überprüft.</p>
4. Freiheitseinschränkende Massnahmen werden gemäss Konzept angewendet. Betroffene bzw. medizinische Vertretungspersonen werden über die freiheitseinschränkenden Massnahmen informiert und dafür sensibilisiert.	<p>4.1 Informationsmittel sind vorhanden.</p> <p><b>4.2 Vor dem Einleiten einer Massnahme findet ein Gespräch mit den Betroffenen bzw. bei urteilsunfähigen Bewohnenden mit der medizinischen Vertretungsperson statt. Das Gespräch wird dokumentiert. In Notfallsituationen findet das Gespräch mit den Betroffenen bzw. der medizinischen Vertretungsperson zum nächstmöglichen Zeitpunkt statt.</b></p> <p>4.3 Die getroffene freiheitseinschränkende Massnahme und der Ablauf sind für die Betroffenen und ihre medizinischen Vertretungspersonen nachvollziehbar.</p> <p><b>4.4 Die getroffenen Massnahmen werden dokumentiert und regelmässig auf ihre Angemessenheit und Wirksamkeit überprüft.</b></p>
5. Die Arbeit mit Indikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität im Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen wird ausgewiesen.	<p>5.1 Indikatoren zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen sind definiert. Sie werden regelmässig analysiert und auch im Vergleich zu anderen Unternehmungen eingeordnet.</p> <p>5.2 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>

Der Standard ist in Anlehnung an die Richtlinien der SAMW zu Zwangsmassnahmen in der Medizin aufgebaut.

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 30 „Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen“ der Akutsomatik zu finden.

## Standard 65: Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz

Standardelement	Kriterien (fett Schlüsselkriterien)
1. Das Unternehmen hat festgelegt, wie, wo und von wem Menschen mit Demenz abgeklärt und in den verschiedenen Krankheitsstadien gepflegt, behandelt und betreut werden.	<p><b>1.1 Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz, die von der operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt ist.</b></p> <p><b>1.2 Aus der Dokumentation ist ersichtlich, dass bei den Betroffenen die Abklärungen zur Diagnose der Demenz erfolgt sind.</b></p> <p>1.3 Unternehmensseitige Grundsätze für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung sind festgelegt.</p> <p>1.4 Das Konzept ist umgesetzt. Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft.“</p>
2. Die Lebensqualität der Betroffenen mit Demenz ist gewährleistet und deren Würde und Integrität wird geachtet.	<p><b>2.1 Die Dimensionen der demenziellen Erkrankung wie Kognition, Verhalten und Aktivitäten des täglichen Lebens werden systematisch erfasst und periodisch überprüft.</b></p> <p>2.2 Massnahmen für eine situationsgerechte Betreuung und Behandlung sind festgelegt. Dabei werden biografische Elemente berücksichtigt.</p> <p>2.3 Ethische Aspekte werden berücksichtigt und dokumentiert.</p>
3. Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen werden angemessen informiert, unterstützt und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen.	<p><b>3.1 Information, Aufklärung und Entscheidungsprozesse bei Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen sind geregelt.</b></p> <p>3.2 Der Einbezug des persönlichen Umfelds von demenzkranken Menschen ist berücksichtigt.</p> <p>3.3 Der Umgang mit dem Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung ist geregelt.</p>
4. Die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität wird ausgewiesen.	<p>4.1 Mindestens zwei Ergebniskriterien zur Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungsqualität werden erhoben und ausgewertet.</p> <p>4.2 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>
5. Das interprofessionelle Betreuungsteam, welches Menschen mit Demenz pflegt, behandelt und betreut, ist für diese Aufgaben befähigt.	<p><b>5.1 Das Unternehmen verfügt über die erforderlichen Fachkompetenzen und hat die Mitarbeitenden für ihre diesbezüglichen Aufgaben befähigt.</b></p> <p>5.2 Nachweise über die Fachkompetenzen und die Befähigung sind vorhanden.</p> <p>5.3 Sind Massnahmen notwendig, werden diese umgesetzt und deren Wirksamkeit evaluiert.</p>

## Standard 66: Palliative Betreuung

Standardelement	Kriterien
1. Das Unternehmen legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird.	<p><b>1.1 Ein Entscheidungsprozess für palliative Betreuung ist festgelegt.<sup>21</sup></b></p> <p>1.2 Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.</p>
2. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	<p><b>2.1 Ein Konzept ist vorhanden.<sup>22</sup></b></p> <p>2.2 Das Konzept ist umgesetzt.</p> <p>2.3 Handlungsleitlinien sind vorhanden und umgesetzt.<sup>23</sup></p>
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	<p><b>3.1 Das betreuende Team wendet Messinstrumente zur Symptombewertung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.</b></p>
4. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und weiteren Partnern sind geregelt.	<p>4.1 Die Zuständigkeiten sind geregelt.</p> <p>4.2 Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.</p>
5. Mitglieder des betreuenden Teams haben Zusatzausbildungen in diesem Feld besucht. Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleistet.	<p>5.1 Es bestehen Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte sowohl für das betreuende Team als auch für weitere Mitarbeitende der Einrichtung.</p> <p>5.2 Die fachliche und psychologische Begleitung der betreuenden Teams ist gewährleistet.</p>

Weitere Erläuterungen zum Standard sind beim Qualitätsstandard 25 „Palliative Betreuung“ der Akutsomatik zu finden.

<sup>21</sup> Der Entscheidungsprozess findet systematisch statt und läuft in klar definierten Schritten ab. Es ist geregelt, durch wen, auf welche Weise, aufgrund welcher Informationen und unter welchen Bedingungen über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird.

<sup>22</sup> Ein Konzept umfasst im Minimum:

- eine Umschreibung des Begriffs „Palliative Betreuung“ („was ist Palliative Betreuung für uns, in unserem Unternehmen?“);
- eine Beschreibung des Leistungsangebots „Palliative Betreuung“ des Unternehmens;
- eine Beschreibung, durch wen welche Leistungen erbracht werden;
- eine Situierung des Unternehmens im Versorgungsnetz (Koordination mit spezialisierten mobilen Diensten, Konsiliarpersonen, Akutspital, frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten);
- das menschliche und berufliche Anforderungsprofil der in der palliativen Betreuung tätigen Mitarbeitenden;
- eine Beschreibung der wichtigsten Betriebsabläufe, insbesondere des Entscheidungsprozesses.

<sup>23</sup> Zum Beispiel die Bigorio-Empfehlungen zu Nausea, Dyspnoe, Delirium, palliative Sedation, Hydratation, Spiritualität, Angst am Lebensende etc., veröffentlicht unter <http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/>.