

1 Infrastruktur und Zugang**1.1 Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten****1.1.1 Verfügt über eine Homepage oder einen Flyer / Broschüre**

1.1.1.01 — Ist auf der Homepage / dem Flyer / der Broschüre des Dienstleister eine Telefonnummer angegeben?

1.1.1.02 — Sind auf der Homepage / dem Flyer / der Broschüre Zeiten zur telefonischen Erreichbarkeit angegeben?

1.1.2 Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung

1.1.2.01 — !!! Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter deutlich?

Mindestkriterium

1.1.2.02 — !!! Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter auf Hochdeutsch, Französisch und / oder Italienisch?

Eine Sprache reicht hier aus, weitere sind Optional.

Mindestkriterium

1.1.2.03 — !!! Informiert die Ansage auf dem Anrufbeantworter über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten?

Mindestkriterium

1.2 Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente**1.2.1 Gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens und wartet sie.**

Die Auditor:in prüft die Aktualität der Wartung der Blutdruckmessgeräte, Laborgeräte, Röntgenanlage, Defibrillatoren, Sterilisatoren und Feuerlöscher.

1.2.1.01 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Blutdruckmessgeräte?

Das Verfahren gewährleistet, dass die Blutdruckmessgeräte alle zwei Jahre von einer kompetenten Stelle kalibriert werden. Idealerweise ist die Prüfstellung SAS-akkreditiert, verpflichtend ist dies jedoch nicht.

Mindestkriterium

1.2.1.02 — !!! Sind die Blutdruckmessgeräte aktuell gewartet?

Aktuell bedeutet dies bei diesem Indikator eine Kalibrierung welche nicht älter als zwei Jahre ist.

Mindestkriterium

1.2.1.03 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Laborgeräte?

Laborgeräte, Defibrillatoren und Feuerlöscher werden im Allgemeinen von den Herstellern gewartet. Das heisst, der Dienstleister müsste hier sicherstellen, dass die Wartung mit der Firma sicher funktioniert. Zudem müssen interne Wartungen organisiert werden, z.B. Spülzyklen bei Hämatologie-Geräten. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn die Praxis kein eigenes Labor betreibt.

Mindestkriterium

1.2.1.04 — !!! Sind die Laborgeräte aktuell gewartet?

Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein Labor betreibt.

Mindestkriterium

- 1.2.1.05 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Röntgenanlage?
Das Verfahren muss gewährleisten, dass die Zustandsprüfung durch eine vom BAG bewilligte Stelle erfolgt. Die Intervalle der Zustandsprüfung werden dabei generell durch den Hersteller festgelegt. Das Verfahren muss zudem gewährleisten, dass jährlich eine Konstanzprüfung durch eigenes Dienstpersonal oder Dritte erfolgt. Befundbildschirme müssen wöchentlich geprüft werden. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein eigenes Röntgenanlage betreibt.
Mindestkriterium
- 1.2.1.06 — !!! Ist die Röntgenanlage aktuell gewartet?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn im Anlagenbuch eine Konstanzprüfung vorliegt, die nicht älter als ein Jahr ist und eine Zustandsprüfung, die nicht älter als sechs Jahre alt ist. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein Röntgen hat.
Mindestkriterium
- 1.2.1.07 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung und Funktionskontrolle der Defibrillatoren?
Der Defibrillator gehört zur Notfallgrundausstattung jeder Hausarztpraxis (vgl. entsprechendes Merkblatt der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR unter http://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/DAK_Notfallausruestung_d.pdf).
Die Wartung von Defibrillatoren nach den Anweisungen des Herstellers ist eine gesetzliche Vorgabe. In der Medizinalprodukteverordnung MepV ist in Artikel 20, Absatz 2, Lit. a festgehalten, dass Medizinprodukte, zu denen Defibrillatoren als sogenannte klassische Medizinprodukte gehören, nach den Vorschriften des Herstellers instandzuhalten (zu warten) sind.
Link zur Verordnung: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995459/index.html>
Mindestkriterium
- 1.2.1.08 — !!! Sind die Defibrillatoren aktuell gewartet?
Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
Mindestkriterium
- 1.2.1.09 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung des Sterilisators?
Das Verfahren muss gewährleisten, dass der Sterilisator gemäss Herstellerangaben gewartet wird. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein Sterilisator hat.
Mindestkriterium
- 1.2.1.10 — !!! Ist der Sterilisator aktuell gewartet?
Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus. Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein Sterilisator hat.
Mindestkriterium
- 1.2.1.13 — !!! Der Dienstleister führt interne Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch.
Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein eigenes Labor betreibt. Die aktuell gültige Richtlinie zur internen Qualitätskontrolle von QUALAB ist unter dem Link: <http://www.qualab.swiss/Aktuelle-Richtlinien.htm> zu finden.
Mindestkriterium
- 1.2.1.14 — !!! Der Dienstleister führt externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch
Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn der Dienstleister kein eigenes Labor betreibt. Die aktuell gültige Richtlinie zur internen Qualitätskontrolle von QUALAB ist unter dem Link: <http://www.qualab.swiss/Aktuelle-Richtlinien.htm> zu finden.
Mindestkriterium

1.2.2 Lagert Medikamente sachgemäss

Dieser Indikator wird nicht kontrolliert, wenn der Dienstleister im Laufe der letzten zwölf Monate eine kantonale Heilmittelkontrolle hatte oder im Laufe der nächsten zwölf Monate eine haben wird.

1.2.2.01 — Ist der Kühlschrank mit einem min. / max. Thermometer ausgestattet?

1.2.2.02 — Wird die Temperatur regelmässig ausgelesen und dokumentiert?

1.2.2.03 — Liegt die Temperatur zwischen 2 und 8 Grad Celcius?

1.2.2.04 — Können Temperaturschwankungen zeitnah bemerkt werden?

1.2.4 Lagert Medikamente, die dem BMG unterstehen, sachgemäss.

1.2.4.01 — !!! Ist der Betäubungsmittelschrank verschlossen?

Mindestkriterium

1.2.4.02 — !!! Ist der Betäubungsmittelschrank unverrückbar?

Mindestkriterium

1.2.5 Der Dienstleister hat eine Inventarliste des Notfall-Sets

1.2.5.01 — Hat der Dienstleister eine Inventarliste des Notfall-Sets?

1.2.6 Das Notfall-Set enthält alle notwendigen Medikamente, welche nicht abgelaufen sind.

Es geht hier um das Notfall-Set / den Notfallkoffer, der bei Hausbesuchen mitgenommen wird. Wenn der Dienstleister keine Hausbesuche macht, wird die Notfallmedikation vor Ort überprüft. Bezüglich galenischer Form und weiteren Details in Bezug auf die zu kontrollierten Medikamente ist die entsprechende Liste der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR vom 10.7.2019 massgebend. Download unter: https://www.fmh.ch/files/pdf23/plrw_dak_notfallausrustung_deutsch.2019.pdf

Es wird stichprobenmässig ein Notfall-Set kontrolliert.

1.2.6.01 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Adrenalin?

z.B. Adrenalin IMS Minijet Braun, Adrenalin Amp

1.2.6.02 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Atropin?

Obwohl Atropin schon seit einiger Zeit nicht mehr für die Reanimation gebraucht wird, wird es weiterhin bei der Bradykardie und schweren vaso-vagalen Reaktionen verwendet.

1.2.6.03 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Corticosteroid?

z.B. Betametason, Celestone, Dexametason, Depo Medrol, Prednisolut, Solu Medrol

1.2.6.04 — Enthält das Notfall-Set einen nicht abgelaufenen Tranquillizer?

z.B. Diazepam, Dormicum, Lorazepam, Midazolam, Stesolid, Temesta, Valium

1.2.6.05 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Glucagon oder Glukose?

1.2.6.06 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Nitrat?

z.B. Corangin Nitro, Iso Mack, Isoket, Nitroglycerin, Sorbidilat, Nitrospray

1.2.6.07 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Betamimetikum?

z.B. Berodual, Berotec, Bricanyl, Ecovent, Foradil, Oxis, Pulmicort, Symbicort, Salbutamol, Ventolin, Ventodisk

1.2.6.08 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Morphin?

z.B. Morphium, Morphinsulfat

1.2.6.09 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Antihistaminikum?

z.B. Chlorphenamin, Clemastin, Promethazin, Tavegyl Amp.

1.2.6.10 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Diuretikum?

z.B. Flurosemid, Lasix, Torem, Oedemex

1.2.6.11 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Acidum Acetylsalicylium?

z.B. Aspirin, Aspégic

1.2.6.12 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Dihydropiridin?

z.B. Nifepidin (z.B. Adalat) oder Amlopidin

1.2.7 Zuständigkeiten für Notfallsets, Wartung und Funktionskontrolle

1.2.7.01 — Sind die Zuständigkeiten für die Notfallsets, die Wartung und Funktionskontrolle der Defibrillatoren und sterile Instrumente mit jedem APH vereinbart und dokumentiert?

1.3 Rechtzeitiger und sachgerechter Zugang

1.3.01 Die Rechte und Pflichten des Dienstleisters sind für jedes der betreuten APH vertraglich geregelt

1.3.01.01 — !!! Die Rechte und Pflichten des Dienstleisters sind für jedes der betreuten APH vertraglich geregelt.

Für die formelle Dienstleistung als Heimarzt wird ein Vertrag als Mindestkriterium vorausgesetzt. Für hausärztliche Betreuung einzelner Patient:innen ist zumindest eine schriftliche Regelung betreffend Abwesenheitsvertretungen notwendig.

Überprüfung: Einsicht in Verträge vor Ort während des Audits.

Empfehlung: Die spezifischen Pflege- und Betreuungskonzepte der betreuten APH können Bestandteil der vertraglichen Vereinbarung sein.

Mindestkriterium

1.3.02 Richtlinien zu interprofessionellen Visiten

1.3.02.01 — Hat der Dienstleister für jede betreute Institution klare Richtlinien für regelmässige interprofessionelle Visiten, welche den Bedürfnissen der Institution und der Bewohner:innen Rechnung tragen?

Empfohlener Referenzwert für die Frequenz der Visiten: 3 Monate.

1.3.02.02 — Werden die Richtlinien für interprofessionelle Visiten umgesetzt?

Dabei werden auch Bewohner:innen besucht, welche kein akutes medizinisches Problem haben (für Prävention / Risikoabschätzung). Evaluation im Gespräch mit der Pflegedienstleistung.

1.3.03 Der Dienstleister informiert Erreichbarkeit und die zu erwartende Antwort-Zeit

1.3.03.01 — !!! Informiert der Dienstleister die APHs über seine Erreichbarkeit und die zu erwartende Antwort-Zeit, nach verschiedenen Dringlichkeits-Kategorien?

Die Information beinhaltet einen Plan / ein Konzept zur Notfallversorgung der Bewohner:innen der APHs, welches allen Heimen zur Verfügung gestellt wird.

Mindestkriterium

1.3.04 Feedback zu Erreichbarkeit und Antwort-Zeiten von APH-Kunden

1.3.04.01 — Holt der Dienstleister regelmässig (mindestens einmal jährlich) strukturiertes Feedback ein, ob die tatsächliche Erreichbarkeit und Antwort-Zeit den Bedürfnissen der APH-Kunden gerecht wird und dokumentiert dieses?

Das Feedback muss auf eine standardisierte / strukturierte Art erfolgen, z.B. mit standardisierten Fragen, welche der Pflegedienstleitung oder Pflegenden in den betreuten APH zugestellt werden.

1.3.05 Regelmässige Weiterbildungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Dienstleistung

- 1.3.05.01 — Absolvieren alle Ärzt:innen des Dienstleisters regelmässige Weiterbildungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Dienstleistung von APHs – mindestens 8 Credits pro Jahr in einem der folgenden Themen: Palliative Care, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, heimärztlichen Versorgung.

Bei einem Dienstleister mit mehreren Ärzt:innen müssen alle angestellten Ärzt:innen dieses Kriterium erfüllen, damit das Kriterium mit „JA“ beantwortet werden kann. Nachweise sind notwendig.

1.3.06 Der Dienstleister bezieht die Angehörigen der APH-Bewohner in die Behandlung und Betreuung mit ein.

- 1.3.06.11 — Hat der Dienstleister bei 80% der Bewohner:innen die Angehörigen der APH-Bewohner:innen in die Behandlung und Betreuung mit einbezogen, insbesondere wenn sich das Betreuungsverhältnis der Bewohner:in (bei Eintritt oder Arztwechsel) oder der Gesundheitszustand ändert?

Besonders relevant sind die Zeitpunkte des Heimeintritts und gesundheitliche Veränderungen. Der Einbezug der Angehörigen ist gesetzlich vorgeschrieben, wenn die Angehörigen die gesetzlichen Vertreter sind. Der Einbezug muss schriftlich dokumentiert sein, damit er per OKP abgerechnet werden kann. Familien- bzw. Rundtischgespräche sind eine Form des Einbezugs der Angehörigen, welche besonders empfohlen sind.

Überprüfung anhand einer zufälligen Stichprobe von 10 Krankengeschichten aus verschiedenen Heimen.

1.3.07 Diagnosen und wichtige anamnestische Erkenntnisse werden dem Pflegeteam strukturiert kommuniziert.

- 1.3.07.01 — Werden Diagnosen und wichtige anamnestische Erkenntnisse dem Pflegeteam strukturiert kommuniziert?

Prüfung durch Befragung von Pflegeleitung oder anderer verantwortlichen Personen in APHs, ob die Kommunikation ihren Ansprüchen genügt, z.B. anhand einer multidimensionalen Skala.

1.3.08 Zugriff für das Pflegepersonal oder den diensthabenden Notfallarzt auf KG

- 1.3.08.01 — Bietet der Dienstleister eine Option, dass das Pflegepersonal oder der diensthabende Notfallarzt Zugriff auf die wichtigen Informationen der Krankengeschichte hat?

Wichtige Informationen sind: Medikationsplan, Notfallplan oder ärztliche Notfallverordnung, Diagnoseliste.

Bemerkung: Der Zugriff muss Datenschutzkonform geschehen.

1.3.09 Prozess bzw. Anweisung bezüglich des Zugriffs auf die wichtigen Informationen in der KG

- 1.3.09.01 — Hat der Dienstleister einen schriftlichen Prozess bzw. Anweisung bezüglich des Zugriffs auf die wichtigen Informationen in der Krankengeschichte durch den Notfallarzt oder das Pflegepersonal?

1.3.10 Der Dienstleister regelt Zugriff auf wichtige Informationen der Krankengeschichte

- 1.3.10.01 — Regelt der Dienstleister mit den betreuten Institutionen schriftlich, dass der Zugriff auf wichtige Informationen der Krankengeschichte nur gemäss Einverständnis der Bewohner:in erfolgt?

Dieses Einverständnis kann beispielsweise beim Eintritt ins Heim einmalig abgefragt und dokumentiert worden sein.

2 Bewohner:innen

2.04 Management und Schutz von Patientendaten

2.04.01 Referenzen, Vorlagen und Dokumentation

- 2.04.01.01 — !!! Ein Datenschutz-Faktenblatt oder Konzept bezeichnet eine datenschutzverantwortliche Person(en)
Mindestkriterium

- 2.04.01.02 — !!! Die Funktionen der datenschutzverantwortlichen Person(en) sind schriftlich festgehalten und beinhalten unter anderem technische und organisatorische Massnahmen (TOMs) betreffend Zugriffs-Sicherheit, Virenschutz und Daten-Backup.

Mindestkriterium

- 2.04.01.03 — !!! Die datenschutzverantwortliche Person des Dienstleisters kann die kantonalen Vorschriften zur Aufbewahrungspflicht erläutern

Mindestkriterium

- 2.04.01.04 — !!! Das Faktenblatt / Datenschutzkonzept beschreibt Kommunikationskanäle, welche zur sicheren Übertragung von Patientendaten verwendet werden dürfen
Auf expliziten Wunsch von Bewohner:innen können Ausnahmen gemacht werden
Mindestkriterium
- 2.04.01.05 — !!! Ein schriftlicher Prozess dokumentiert das Vorgehen zur kostenlosen Herausgabe von Daten an die betroffenen Bewohner:innen innert maximal 30 Tagen. Der Prozess ist auf dem Faktenblatt ersichtlich oder verlinkt.
Laut Datenschutzgesetz (DSG) Art. 8 hat jede Person das Recht, eine Kopie ihrer Daten vom Inhaber der Datensammlung (hier der Dienstleister) zu erhalten. Abgesehen von so genannten 'persönlichen Hilfsmitteln' sind sämtliche Daten herauszugeben. Bei einer Selbstgefährdung der Person durch Herausgabe der Daten kann die Herausgabe über einen Arzt des Vertrauens der Bewohner:in erfolgen.
Mindestkriterium
- 2.04.01.06 — Der Dienstleister stellt den Bewohner:innen und deren Angehörigen Kontaktdetails für Fragen zum Datenschutz zur Verfügung
- 2.04.01.07 — Die Software hat eine Funktion zur automatischen Identifizierung / Vernichtung von Patientendaten, welche gemäss Gesetz vernichtet / gelöscht werden müssen.
- 2.04.01.08 — Der Dienstleister kann, falls relevant, eine Einwilligungs-Erklärung für die Verwendung von Daten für wissenschaftliche Zwecke vorweisen.
- 2.04.01.09 — Die verantwortliche Ärzt:in kann aufzeigen, dass Antworten an externe Leistungserbringer oder Dienststellen, welche Patientendaten enthalten systematisch dokumentiert werden.
- 2.04.02 Umsetzung des Datenschutzes in der täglichen Praxis**
- 2.04.02.04 — Die verantwortliche Person kann die Schritte für die Herausgabe von persönlichen Daten an Bewohner:innen erklären und demonstrieren.
- 2.04.02.05 — Jede Praxismitarbeitende welche Einträge in den Krankengeschichten vornimmt hat eigene Login-Daten (Benutzername / Passwort)
- 2.04.02.06 — Der Dienstleister stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat.
- 2.04.03 Gesetzliche Vorgaben zum Datenschutz**
- 2.04.03.01 — Der Dienstleister hat schriftliche Vereinbarungen für Auftragsbearbeitungen durch Drittanbieter (z.B. IT-Ousourcing)
- 2.04.03.02 — Der Dienstleister hat ein Verzeichnis von Daten-Bearbeitungstätigkeiten
- 2.04.03.03 — Ein schriftlicher Prozess dokumentiert die Definition und das Vorgehen bei Datensicherheitsverletzungen
- 2.04.03.04 — Der Dienstleister hat Arbeitsinstrumente zum Vorgehen für Datenschutz-Folgeabschätzungen (DSFA)
- 2.05 Patientenmanagement**
- 2.05.01 Verfahren, nach dem Bewohner:innen (und Angehörige) über die Dienstleistung informiert werden**
- 2.05.01.01 — Es gibt ein schriftliches Verfahren, nach dem Bewohner:innen (und Angehörige) über die Dienstleistung informiert werden
- 2.05.02 Es gibt genügend Zeit bei den Visiten für Bewohner:innen mit unterschiedlichen Anliegen.**
- 2.05.02.01 — Hat der Dienstleister die Anliegen / Bedürfnisse der Bewohner:innen kategorisiert?
- 2.05.03 Telefontriage Kriterien für Notfälle sind definiert.**

- 2.05.03.01 — Der Dienstleister hat für die Telefontriage Kriterien definiert, bei denen eine Bewohner:in sofort aufgesucht oder beim Notfall gemeldet werden muss.

Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn Mitarbeitende die Kriterien nennen können.

2.05.04 MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage

- 2.05.04.01 — Haben MPA eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage?

- 2.05.04.02 — Ist die Verfügbarkeit der Ansprechperson geklärt?

2.05.05 Bewohner:innen welche das Personal nicht persönlich kennt, werden eindeutig identifiziert.

- 2.05.05.01 — Werden Bewohner:innen, welche die Ärzt:in nicht persönlich kennt, bei der Visite eindeutig identifiziert?

Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Eindeutig identifiziert werden müssen aber nur Bewohner:innen, die man visuell nicht erkennt.

- 2.05.05.02 — Werden die Angaben mit der KG oder Agenda gegengeprüft?

Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Diese Angaben müssen mit der KG / Agenda überprüft werden.

2.05.06 Der Dienstleister ist sensibel für die Würde der Bewohner:innen, bei körperliche Untersuchungen.

- 2.05.06.01 — Hat das Team eine Haltung zu der Frage, wie die Würde der Bewohner:innen bei körperlichen Untersuchungen gewahrt wird?

Das Team hat eine Haltung zu der Frage, wie die Würde der Bewohner:innen bei körperlichen Untersuchungen gewahrt wird. Es wurde etwa diskutiert, wie bei bestimmten Untersuchungen (z. B. EKG) sichergestellt wird, dass Bewohner:innen über den Ablauf aufgeklärt werden, ihr Einverständnis eingeholt wird, die Untersuchung in einem geschützten Rahmen stattfindet etc.

2.05.10 Regelung bei der Behandlung von fremdsprachigen Bewohner:innen

- 2.05.10.01 2.5.10 Der Dienstleister hat eine Regelung, wie bei der Behandlung von fremdsprachigen Bewohner:innen vorzugehen ist.

Der Dienstleister hat geklärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden. Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können. Der Dienstleister hat Kriterien, die klären, in welchen Fällen professionelle Dolmetscherdienste herangezogen werden. Idealerweise würden sämtliche Dolmetscherdienste durch Profis erbracht. Da dies im Alltag aus organisatorischen und Kostengründen oft nicht möglich ist, braucht es hier eine bewusste Entscheidung des Dienstleisters, in welchen Fällen man auf Telefon- oder anwesende Dolmetscher:in zurückgreifen will.

2.06 Prävention und Gesundheitsförderung

2.06.01 KGs enthalten Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen.

- 2.06.01.11 — Enthält die KG anamnestische Angaben über Allergien, Medikamentenintoleranzen oder Kontraindikationen?
Es muss auch dokumentiert sein, wenn die Nachfrage ergeben hat, dass keine Allergien vorhanden sind.

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

2.07 Kontinuität

2.07.03 Strategien und Pläne zur Umgang mit Krankheiten werden erstellt.

- 2.07.03.01 — Der Dienstleister erarbeitet mit chronisch kranken Bewohner:innen Strategien und Pläne, die den Bewohner:innen helfen, im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit umzugehen.

z. B. Aktionspläne für Asthmatiker, COPD-Patienten, Herzinsuffizienz-Patienten, Hypogefahr bei Diabetes.

Ja, wenn die Strategien und Pläne mittels eines definierten Vorgehens oder Modells, z.B. dem Chronic Care Model erarbeitet werden. Es sollte etwa klar sein, welche Fragen und Punkte systematisch mit den Bewohner:innen geklärt werden.

2.07.06 Hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.

- 2.07.06.01 — !!! Hat der Dienstleister eine Vorlage für Medikamentenpläne?
Mindestkriterium
- 2.07.07 KGs enthalten Diagnose- oder Problemliste. Darin sind relevante externe Befunde vermerkt.**
- 2.07.07.11 — Die KGs enthalten eine Diagnose- und Problemliste.
Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.
- 2.07.07.12 — Die relevante externe Befunde sind darin zudem auch vermerkt.
- 2.08 Befragung des Pflegepersonals der Alters- und Pflegeheime**
- 2.08.01 Eine Befragung beim Pflegepersonal wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt**
- 2.08.01.01 — !!! Wurde eine Befragung beim Pflegepersonal der betreuten APHs in den letzten 24 Monaten durchgeführt und liegt die Auswertung der Praxis vor?
Die Auswertung der Befragung muss der Auditor:in vorliegen und / oder beim Auditbesuch gemeinsam angeschaut werden.
Mindestkriterium
- 2.08.02 Konkrete Verbesserungsmassnahmen sind aus Befragung des Pflegepersonals abgeleitet und dokumentiert**
- 2.08.02.01 — Sind konkrete Verbesserungsmassnahmen aus Befragung des Pflegepersonals abgeleitet und sind dokumentiert?
Dieser Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen, welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.
- 2.08.03 Überprüfung Wirksamkeit Massnahmen aus der Befragung des Pflegepersonals**
- 2.08.03.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen aus der Befragung des Pflegepersonals überprüft?
Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte beispielsweise mit einem Feedbackmechanismus im kleineren Rahmen (Fokusgruppe, Mini-Umfrage oder Konsultation von ausgewählten Patienten-Vertretern) erfolgen, oder auch im Rahmen von regelmässigeren Befragungen des Pflegepersonals.
- 2.09 Vorausplanung und Patientenverfügung**
- 2.09.01 Nachfrage nach gesundheitlicher Vorausplanung in KG dokumentiert**
- 2.09.01.11 — !!! Enthalten die Krankengeschichten von mindestens 80% der ärztlich betreuten Bewohner:innen einen datierten Hinweis zur Nachfrage nach gesundheitlicher Vorausplanung? Das Datum darf dabei nicht länger zurückliegen als der Eintritt in das Alters- oder Pflegeheim.
Gesundheitliche Vorausplanung = Advance Care Planing, ACP. Bei nicht urteilsfähigen Bewohner:innen wird die Nachfrage bei der gesetzlichen Vertretungsperson dokumentiert.
Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.
Mindestkriterium
- 2.09.02 Notfallanordnung in der KG**
- 2.09.02.11 — !!! Haben 80% der Bewohner:innen eine ärztliche Notfallanordnung in der KG oder einen Hinweis, dass dies die Bewohner:in nicht will?
Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.
Mindestkriterium
- 2.09.03 Angabe einer Vertretungsperson in KG**
- 2.09.03.11 — !!! Ist bei mindestens 80% der Krankengeschichten die Vertretungsperson angegeben?
Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.
Mindestkriterium
- 2.09.04 Bewohner:innen haben eine Patientenverfügung in der KG**

2.09.04.11 Haben 80% der Bewohner:innen eine Patientenverfügung in der KG oder einen Hinweis, dass dies die Bewohner:in nicht will?

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

2.09.05 Schriftlicher Prozess, wann Notfallanordnungen und Patientenverfügungen überprüft wird

2.09.05.01 — Hat der Dienstleister einen schriftlichen Prozess (oder Anweisung) dazu, wann und wie die Kongruenz zwischen ärztlichen Notfallanordnungen und Patientenverfügungen überprüft wird?

2.10 Informierte und partizipative Entscheidungsfindung

2.10.01 Entscheidungsfindung bei Spitaleinweisungen und Antibiotika-Abgaben

2.10.01.11 — Ist bei allen in der KG dokumentierten Spitaleinweisungen und Antibiotika-Abgaben das Vorgehen zur Entscheidungsfindung dokumentiert?

Analysezeitraum: Letzte 12 Monate. Bei urteilsunfähigen Bewohner:innen muss der Einbezug der Vertretungspersonen dokumentiert sein.

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

2.10.02 Entscheidungsfindung bei Neuroleptika, Opioid-Therapien und Benzodiazepine

2.10.02.11 — Ist bei allen in der KG dokumentierten Verschreibung von Neuroleptika, Opioid-Therapien und Benzodiazepine ist das Vorgehen zur Entscheidungsfindung dokumentiert?

Analysezeitraum: Die letzten 12 Monate.

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

2.10.03 Vorgehen bei Zwangsmassnahmen

2.10.03.01 — !!! Wird über jede Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit gemäss gesetzlichen Vorschriften Protokoll geführt?

Überprüfung gemäss Protokoll-Beispielen für Einschränkung der Bewegungsfreiheit.

Kinder- und Erwachsenenschutzrecht (KESR), Art. 384:

- Über jede Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird Protokoll geführt. Dieses enthält insbesondere den Namen der anordnenden Person, den Zweck, die Art und die Dauer der Massnahme.

- Die zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechnigte Person wird über die Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit informiert und kann das Protokoll jederzeit einsehen.

Mindestkriterium

2.10.03.02 — Ist bei Medikation gegen den Willen der betroffenen Person das Vorgehen über die Entscheidungsfindung dokumentiert - im Minimum ein Gespräch mit der vertretungsberechnigten Person?

Überprüfung gemäss Beispielen.

Bei urteilsfähigen Bewohner:innen ist Medikation gegen deren Willen generell unzulässig. Vergleiche dazu auch die Definition von Zwang und Zwangsbehandlung im Dokument «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der SAMW, Juli 2018, S. 7 und S. 9.

2.10.04 Dokumentation der Wirkung der Schmerzbehandlung mit Opioiden

2.10.04.11 — Ist bei der Behandlung von Schmerzen mit Opioid-Therapien die Wirkung der Schmerzbehandlung strukturiert dokumentiert?

Stichprobe: 1-3 Bewohner:innen pro Arzt, jeweils die letzten Opioid-Behandlungen einer Bewohner:in, welche bezüglich Algotometer urteilsfähig war, inklusive verstorbene Bewohner:innen.

3 Team

3.2 Personalmanagement

3.2.1 Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft

- 3.2.1.01 — Werden bei Neueinstellungen Diplome und Zertifikate auf ihre Echtheit überprüft?
Wird ein Verfahren beschrieben? Bei Ärzten: Überprüfung im Medizinalberuferegister
- 3.2.2 Alle Mitarbeitenden haben eine Stellenbeschreibung**
- 3.2.2.01 — Haben Mitarbeitende eine Stellenbeschreibung?
Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann einer MPA und eines Arztes
- 3.2.3 Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt**
- 3.2.3.01 — Haben Sie während der letzten 12 Monate Personalgespräche geführt?
- 3.2.3.02 — Haben Sie das Thema Fortbildung diskutiert?
Erfüllt wenn zumindest ein konkretes Beispiel erzählt werden kann
- 3.2.3.03 — Wurde das Gespräch schriftlich dokumentiert?
Erfüllt wenn zumindest zwei Berichte gezeigt werden können.
- 3.2.4 Fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team**
- 3.2.4.01 — Fördert die Praxis den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team?
z.B. im Rahmen von Team-Events
- 3.2.5 Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA**
- 3.2.5.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA in ihre Arbeitsgebiete?
Wie werden neue MPA in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet? Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.6 Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärzt:innen**
- 3.2.6.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärzt:innen in ihre Arbeitsgebiete?
Wie werden neue Ärztinnen in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet? Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.7 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals**
- 3.2.7.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals?
Wie werden neue Mitarbeitende in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet? Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.8 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften**
- 3.2.8.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften?
Wie werden Vertretungskräfte in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet? Eine schriftliche Checkliste ist notwendig
- 3.3 Aus- und Weiterbildung**
- 3.3.1 Engagiert sich für Ausbildung und / oder Lehre**
- 3.3.1.01 — Bildet der Dienstleister Fachleute aus oder organisiert er Weiterbildungen oder Kurse?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn der Dienstleister MPA-Lernende ausbildet, Arztpersonen für Praktika aufnimmt oder wenn sich Mitglieder des Praxisteam in der Aus-, Fort- und Weiterbildung als Lehrkräfte engagieren.
- 3.3.2 Das med. Personal des Dienstleisters nimmt an professionell moderierten Qualitätszirkeln teil**
- 3.3.2.01 — Nehmen Ihre MPA an professionell moderierten QZ teil?
Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.
- 3.3.2.02 — Nehmen die Ärzt:innen der Praxis an einem anerkannten Qualitätszirkel teil?
Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.
- 3.4 Professioneller Austausch**
- 3.4.1 Das Team bespricht die Behandlung einzelner Bewohner:innen in besonders komplexen Lagen.**

- 3.4.1.01 — Bespricht das Team die Behandlung einzelner Bewohner:innen in besonders komplexen Lagen?
z.B. polymorbide oder polymedizierte Bewohner:innen in besonders schwierigen sozialen Lagen oder mit mehrfachen Belastungen. Bewohner:innen die schwierig im Umgang und / oder sehr fordernd sind. Bewohner:innen mit psychischen Schwierigkeiten, bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist, etc. Der Dienstleister sucht die Fälle nach eigenen Kriterien aus.
- Ja, wenn konkrete Beispiele genannt und Dokumentationen der Diskussion (etwa in Form eines KG Eintrages, einer Notiz, eines Protokolls) vorgewiesen werden können.*
- 3.4.2 Das Team bespricht den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken**
- 3.4.2.01 — Bespricht das Team den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken?
z. B. Umgang mit Bewohner:innen mit bestimmten chronischen Krankheiten, Bewohner:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen, in sozial schwierigen Lagen, fordernde Bewohner:innen etc. Der Dienstleister sucht die Gruppen nach eigenen Kriterien aus.
- Ja, wenn konkrete Beispiele genannt und Dokumentationen der Diskussion (etwa in Form einer Notiz, eines Protokolls) vorgewiesen werden können.*
- 3.4.3 Das gesamte Team führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch**
- 3.4.3.02 — !!! Liegt zu den Sitzungen ein Protokoll vor?
Mindestkriterium
- 3.4.3.03 — !!! Finden die Sitzungen regelmässig statt?
Es zählt nicht die Häufigkeit sondern die Regelmässigkeit. Theoretisch kann das also auch einmal im Jahr sein. Allerdings zielen viele andere Kriterien darauf ab, dass das Praxisteam Inhalte bespricht und dies auch dokumentiert. Von daher wären bei einer einzigen protokollierten Sitzung im Jahr wohl auch dieser Indikator nicht erfüllt.
Mindestkriterium
- 3.5 Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur**
- 3.5.1 Eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur wurde in letzten 24 Monaten durchgeführt**
- 3.5.1.01 — Wurde innerhalb der letzten 24 Monate eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur mit Auswertung durchgeführt?
Bei Organisationen mit weniger als 10 Mitarbeitenden wird dieser Indikator nicht überprüft. Allerdings ist auch dort die Sicherheits- und Lernkultur ein wichtiges Thema.
- 3.5.2 Verbesserungsmassnahmen wurden aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet**
- 3.5.2.01 — Wurden konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und dokumentiert?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Der Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen, welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.
- 3.5.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur wurde überprüft.**
- 3.5.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur überprüft?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte mit einer erneuten Mitarbeitendenbefragung nach 12-24 Monaten geprüft werden.
- 4 Koordination mit Externen**
- 4.1 Überweisungen und Aufträge**
- 4.1.2 Informationen, zur Fortführung der Behandlung, werden rechtzeitig übermittelt**

4.1.2.01 — Können alle Elemente einer KG zeitnah versandt werden?

Insbesondere auch Ergebnisse externer Leistungserbringer.

4.1.2.02 — Werden Rezepte und Medikamentenpläne elektronisch ausgestellt?

4.1.3 Fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Untersuchungsüberweisungen

4.1.3.01 — Fördert der Dienstleister die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Untersuchungsaufträgen?

Ja, wenn Strukturen und Elemente von Überweisungsaufträgen besprochen wurden oder es Vorlagen oder Checklisten gibt. Nicht relevant in Einzelpraxen.

4.1.5 Verfahren für den Fall, dass die Bewohner:innen den Arzt wechseln wollen

4.1.5.01 — Gewährleistet das Verfahren, dass die Ärzt:in, welche die Bewohner:in abgibt, die KG vollständig weitergibt?

4.2 Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden

4.2.1 Verfolgt Untersuchungsaufträge nach

4.2.1.01 — Verfolgt der Dienstleister Untersuchungsaufträge nach?

Ja, wenn der Dienstleister dokumentiert, welche Anfragen er verschickt und nachverfolgt, inwiefern Aufträge erfüllt wurden, etwa bei Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen und ähnlichem.

4.2.2 Eingehende Untersuchungsergebnisse werden rechtzeitig durch eine Ärzt:in gesichtet

4.2.2.01 — !!! Hat der Dienstleister Kriterien anhand derer die Dringlichkeit einer Sichtung geregelt wird?

Mindestkriterium

4.2.2.02 — !!! Ist die Sichtung mit Visum oder elektronischem Marker sichergestellt?

Mindestkriterium

4.2.2.03 — !!! Hat der Dienstleister eine Stellvertreterregelung für die Sichtung von Befunden?

Mindestkriterium

4.2.3 Der Dienstleister dokumentiert, welche Massnahmen aufgrund der Ergebnisse getroffen wurden

4.2.3.01 — Dokumentiert der Dienstleister, welche Massnahmen aufgrund der eingegangenen Ergebnisse getroffen wurden

4.3 Austausch mit Mitbehandelnden

4.3.1 Trifft sich mit lokalen Leistungserbringern und / oder Preferred Providern

4.3.1.01 — Treffen sich Mitarbeitende mit lokalen Leistungserbringern und / oder Preferred Providern?

z.B. mit Spital, Spitex, Sozialdienste usw. Die Treffen müssen über eine Patientenübergabe hinausgehen. Durch regelmässige Treffen im Rahmen von Qualitätszirkeln wird diese Vorgabe ebenfalls erfüllt.

4.3.2 Der Dienstleister dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder

4.3.2.01 — Dokumentiert der Dienstleister Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnden?

Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann und wenn auch MPA Antworten dokumentieren.

4.4 Interprofessionelle und fachübergreifende Zusammenarbeit

4.4.1 Der Dienstleister zeigt Offenheit für Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen.

4.4.1.01 — Der heimärztliche Dienstleister zeigt Offenheit für Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen.

Im Gespräch [oder mit einem Befragungsinstrument] mit den Verantwortlichen des Heims wird geprüft, ob der Bedarf nach zusätzlicher Fachexpertise gemeinsam mit Pflege, Bewohner:in und Angehörigen evaluiert wird (beispielsweise der Beizug von Gerontopsychiatrie oder Palliativ-Expertise).

4.4.2 Strukturiertes interprofessionelles Treffen der involvierten Gesundheitsfachpersonen xqua

- 4.4.2.01 — !!! Mindestens einmal pro Jahr findet ein strukturiertes interprofessionelles Treffen der involvierten Gesundheitsfachpersonen statt.
Involvierte Gesundheitsfachpersonen: Ärzt:in, Pflege, Psycholog:in, MPA, Apotheker, Zahnärzt:in, Seelsorge, Physiotherapie. Zur Erfüllung des Kriteriums müssen zumindest Ärzt:in, Pflegeleitung und Heimleitung an einem solchen Treffen teilnehmen.

Nachweis: Protokoll oder Notizen des Treffens.

Empfehlung: Die spezifischen Pflege- und Betreuungskonzepte der betreuten APH sollten Bestandteil der jährlichen Treffen sein.

Mindestkriterium

5 Qualität und Sicherheit

5.1 Hygiene und Arbeitssicherheit

Falls der Kunde bei diesem Punkt auf einen kürzlich stattgefunden habenden oder in Kürze stattfindenden Besuch des kantonalen Arbeitsinspektorats verweisen sollte, erläutert ihm der Auditierende, dass EQUAM gleichwohl die eigenen Standards überprüfen muss. In der Tat divergieren die kantonalen Anforderungen und Kontrollmechanismen. EQUAM muss hingegen dafür besorgt sein, dass seine Standards in der ganzen Schweiz identisch umgesetzt werden.

5.1.1 Der Dienstleister verfügt über ein Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit

- 5.1.1.02 — Klärt das Konzept, wie die Handhygiene sichergestellt wird?
- 5.1.1.03 — Klärt das Konzept, wie sterile Instrumente aufbewahrt und gebraucht werden?
- 5.1.1.04 — Klärt das Konzept, wie scharfe Gegenstände entsorgt werden?
- 5.1.1.05 — Klärt das Konzept, wie die Sterilisation vor Ort oder extern gehandhabt wird?
- 5.1.1.06 — Klärt das Konzept, wie sichergestellt wird, dass allen Mitarbeitenden eine Hepatitis-B Impfung angeboten und ihr Impfstatus erhoben wird?
- 5.1.1.07 — Klärt das Konzept, wie im Fall einer Nadelstichverletzung vorzugehen ist?

5.1.3 Der Dienstleister entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss

Dieses Mindestkriterium prüfen wir gemäss den Vorgaben des Amtes für Umwelt und Energie des Kantons St. Gallen (vgl. das entsprechende Merkblatt hier:

https://www.umwelt.sg.ch/home/kundengruppen/industrie_gewerbe/_jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser_0/DownloadListParTeaser/download_teaser_0.ocFile/FRP2009_02.pdf)

- 5.1.3.01 — Verfügt der Dienstleister über geeignete Behälter zur Entsorgung von infektiösem Material überall dort, wo solches anfällt?
- 5.1.3.02 — Verfügt der Dienstleister über geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände an allen Orten, wo diese benutzt werden?

Mindestkriterium

- 5.1.3.03 — Stellt der Dienstleister sicher, dass Sonderabfälle separat entsorgt und nicht mit dem Hauskehricht abgegeben werden?

Mindestkriterium

5.2 Management kritischer Ereignisse

5.2.1 Hat eine Möglichkeit, die Bewohner:innen ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.

- 5.2.1.01 — Hat der Dienstleister eine Möglichkeit, die es Bewohner:innen oder den Angehörigen ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen?

5.2.2 Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Bewohner:innen und Leistungserbringern.

5.2.2.01 — Dokumentiert der Dienstleister Beschwerden von Bewohner:innen, Angehörigen oder andern Leistungserbringern?
schriftlicher Nachweis notwendig

5.2.2.02 — Bespricht der Dienstleister Beschwerden von Bewohner:innen, deren Angehörigen und anderen Leistungserbringern?
schriftlicher Nachweis notwendig

5.2.2.03 — Leitet der Dienstleister Massnahmen aus den Besprechungen von Beschwerden ab?
Ja, wenn Beispiele gegeben werden können

5.2.3 Ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen.

Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Bewohner:innen) werden dokumentiert und zeitnah und interprofessionell besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet. Ein Verfahren zur Kommunikation mit Bewohner:innen (und deren Angehörigen) im Fall kritischer Ereignisse ist wünschenswert.

5.2.3.01 — !!! Dokumentiert der Dienstleister kritische Ereignisse?
schriftlicher Nachweis notwendig
Mindestkriterium

5.2.3.02 — !!! Bespricht der Dienstleister kritische Ereignisse zeitnah?
schriftlicher Nachweis notwendig. Besprechung spätestens 1 Monat nach Ereignis.
Mindestkriterium

5.2.3.03 — !!! Analysiert der Dienstleister kritische Ereignisse interprofessionell?
Mindestkriterium

5.2.3.04 — !!! Leitet der Dienstleister aus den Besprechungen von kritischen Ereignissen ab?
Ja, wenn Beispiele gegeben werden können.
Mindestkriterium

5.2.3.05 — Hat der Dienstleister ein Verfahren zur Kommunikation mit Bewohner:innen (und deren Angehörigen) im Fall kritischer Ereignisse?
Nachweis von mind. einem Protokoll oder Beschreibung des Verfahrens wenn kein Fall vorhanden war. Auseinandersetzung und Verschriftlichung anregen.

5.2.4 Der Dienstleister weist Bewoher:innen auf den EQUAM Ombudsarzt hin

5.2.4.01 — Weist der Dienstleister Bewohner:innen (und deren Angehörige) auf den EQUAM Ombudsarzt hin?

5.3 Notfallmanagement

5.3.1 Der Dienstleister hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle

5.3.1.01 — !!! Hat der Dienstleister ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle?
Es reicht z.B. ein Merkblatt, welches das Vorgehen bei medizinischen Notfällen klärt, wichtige Telefonnummern aufweist etc. Man sollte sehr schnell darauf zugreifen können.
Mindestkriterium

5.3.2 Schulung zum akuten med. Notfall

- 5.3.2.01 — !!! Haben mindestens 80 % der Mitarbeitenden des Dienstleisters im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen?
Mindestens alle 12 Monate findet eine Schulung des Praxispersonals zu medizinischen Notfällen statt. Die jährliche Schulung kann durch eine interne Ärzt:in durchgeführt werden, sofern diese einen Nachweis für eine Fortbildung zum Thema medizinische Notfälle innerhalb der letzten 3 Jahre hat. Mindestens alle 3 Jahre wird die Schulung des Praxispersonals durch einen externen Experten durchgeführt.

Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc. Der Punkt gilt als erfüllt, wenn ein Kurs gemäss den Kriterien der American Heart Association AHA oder des European Resuscitation Council ERC (vgl. Kursübersicht der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin) oder ein äquivalenter Kurs absolviert wurde.
Mindestkriterium
- 5.4 Qualitätsentwicklung und Qualitätspolitik**
- 5.4.1 Der Dienstleister hat eine Qualitätsverantwortliche**
- 5.4.1.01 — Hat der Dienstleister eine Qualitätsverantwortliche?
Bei kleinen Organisationen kann dies die Ansprechperson für die EQUAM Stiftung sein. Bei grossen Organisationen sollten die Aufgaben und Kompetenzen der designierten Person genauer definiert werden.
- 5.4.2 Ein Kommunikationsverfahren für Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen**
- 5.4.2.01 Hat der Dienstleister hat ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen, informiert werden?
nur für grosse Organisationen relevant
- 5.4.3 Massnahmen zur Implementierung von qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team**
- 5.4.3.01 — Trifft der Dienstleister Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team zu gewährleisten?
Nur für grosse Organisationen relevant. Beispiele: Überprüfung der Händehygiene, Dokumentation von CIRS, etc. Sensibilisierung zum Datenschutz etc.
- 5.4.4 Internes Qualitätsaudit und Identifikation von Verbesserungsbereichen**
- 5.4.4.01 — Führt der Dienstleister jährlich ein internes Qualitätsaudit durch und identifiziert Verbesserungsbereiche mit Zielen und Massnahmen?
Es kann sich bei der Liste um die EQUAM-Standards handeln
- 5.4.5 Risikoanalyse zur ärztlichen Dienstleistung**
- 5.4.5.01 — Führt der Dienstleister mindestens alle 3 Jahre eine Risikoanalyse zur ärztlichen Dienstleistung durch, gemeinsam mit einem externen Stakeholder, identifiziert und analysiert Risiken und definiert Massnahmen?
Externe Stakeholder können Apotheker, Pflege, Heimleitung, Kantons-Vertreter, Gemeinde-Vertreter o.ä. sein.
- 5.5 Medikationssicherheit in Alters- und Pflegeheimen**
- 5.5.1 Abgleich der Medikation in bestimmten Situationen**

- 5.5.1.11 — Ist bei mindestens 80% der vom Dienstleister betreuten Bewohner:innen beim Eintreffen von bestimmten Situationen ein Abgleich der Medikation (Medication Reconciliation) dokumentiert?
Das Eintreffen der betreffenden Situationen wird aufgrund einer Meldung des Pflegepersonals festgehalten. Diese Situationen beinhalten:
- Jede klinisch relevante Veränderung des Allgemeinzustandes, der Vitalparameter oder Laborwerte
 - Neueintritt ins Heim
 - Jeder Wiedereintritt nach einem Spitalaufenthalt
 - Wenn eine konsiliarisch beigezogene Spezialist:in oder andere Ärzt:in (z.B. Notfallärzt:in, Stellvertretung) eine Neuverordnung vornimmt

Definition der Überprüfung der Medikation (Medication Reconciliation) gemäss NICE Guideline, Nr. 5 (UK): «Der Prozess der Ermittlung der genauesten Liste der aktuellen Medikamente eines Patienten - einschließlich Name, Dosierung, Häufigkeit und Art der Einnahme - und des Vergleichs mit der aktuell verwendeten Liste, des Erkennens etwaiger Abweichungen und der Dokumentation etwaiger Änderungen, was zu einer vollständigen, genau übermittelten Medikamentenliste führt.» / «The process of identifying the most accurate list of a patient's current medicines – including the name, dosage, frequency and route – and comparing them to the current list in use, recognising any discrepancies, and documenting any changes, thus resulting in a complete list of medications, accurately communicated»

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

5.5.2 Regelmässige Überprüfung der Medikation

- 5.5.2.11 — !!! Ist bei mindestens 80% der vom Dienstleister betreuten Bewohner:innen des APH eine Überprüfung der Medikation (Medication Review) innerhalb der letzten 12 Monate dokumentiert?
- Die Zeitabstände zwischen zwei regelmässigen Überprüfungen betragen höchstens ein Jahr.
 - Das Fälligkeitsdatum der nächsten regelmässigen Überprüfung ist individuell schriftlich dokumentiert.
 - Eine designierte Fachperson ist für das Management der Fälligkeiten verantwortlich, d.h. sie monitorisiert die Fälligkeit.

Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

Mindestkriterium

5.6 Risiko-Prävention für Bewohner:innen in Langzeitpflege

5.6.1 Jährliche Sichtung der Qualitätsindikatoren

- 5.6.1.01 — Sichtet der heimärztliche Dienstleister mindestens einmal jährlich die medizinischen Qualitätsindikatoren aller betreuten Institutionen und evaluiert er mit der zuständigen Person der Pflege sinnvolle Massnahmen?
Es handelt sich um die Medizinischen Qualitätsindikatoren gemäss Artikel 59a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10.)

Die aktuellen Qualitätsindikatoren (12.02.2024): Schmerz, Polymedikation, bewegungseinschränkende Massnahmen, Gewichtsverlust.

Die letzte Sichtung [zum Zeitpunkt des Audits] muss innerhalb der letzten 12 Monate liegen. Empfohlen wird zudem auch die regelmässige Sichtung von Kennzahlen zu Delir und Infektionen [Keine Voraussetzung zur Erfüllung dieses Kriteriums].

5.6.2 Risikoabschätzung wird in den individuellen KG nach jeder Arztvisite festgehalten

- 5.6.2.11 — Wird eine Risikoabschätzung in den individuellen Krankengeschichten nach jeder Arztvisite festgehalten?
Prüfung anhand einer Stichprobe von 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten.

6 Überprüfung Massnahmen Vorzertifizierung

7 Freie Massnahmen