

VERSORGUNGSKONZEPT

GEMEINDE HÖRI



Version vom Dezember 2011

mit Management Summary und Anhängen

Erstellt im Auftrag der Gemeinde Höri vom
KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit:
Andrea Bühner-Schwarb und Marlies Petrig



MANAGEMENT SUMMARY

Mit den laufenden Verträgen, erfüllt die Gemeinde Höri mit ihren Leistungserbringer/innen grundsätzlich die gesetzlichen Vorgaben. Die Berechenbarkeit vom stationären Pflegebedarf in der Zukunft ist von vielen, teils unbekanntenen Faktoren abhängig. Für die Strategieentwicklung empfehlen sich folgende Schwerpunkte:

- Überdurchschnittlich hohe Nutzung des stationären Angebots analysieren
- Flexible Leistungserbringer: die Zusammenarbeit mit Partnern, die Unregelmässigkeiten in der Nachfrage auffangen können
- Weg von der starren Trennung ambulant / stationär hin zu flexiblen Lösungen
- Nahtstellen beachten: in der Planung von neuen Angeboten Nahtstellen berücksichtigen und mit den bestehenden Leistungserbringer/innen übergeordnet thematisieren, gegenüber dem Kanton / Spital / Spitex die eigene Haltung deklarieren
- Entwicklungen beobachten: Pflegebedarf der Wohnbevölkerung in regelmässigen Abständen messen und Berechnungen anpassen (z.B. in jeder Legislatur)

Aufgrund der nachfolgenden Analyse empfehlen wir der Gemeinde eine Optimierung in folgenden Bereichen:

In Bezug auf das KZU

Bei einer Überarbeitung der Leistungsvereinbarung, empfehlen wir, folgenden Passus einzufügen, um der gesetzlichen Verpflichtung noch umfassender nachzukommen:

Verordnung über die Pflegeversorgung § 10: ¹ Die Gemeinden stellen sicher, dass die Leistungserbringer a) das Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 beachten, b) die Persönlichkeit und die Privatsphäre der Leistungsbezügerinnen und -bezüger schützen, c) dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Gleichbehandlungsgebot sowie dem Informations- und Sicherheitsbedürfnis der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gebührend Rechnung tragen.

In Bezug auf das Altersheim Eichi

Beim Studium einschlägiger Fachliteratur fällt auf, dass von Altersheimen / Leichtpflege-Heime in der Zukunft kaum gesprochen wird. Die Erfahrung aus der Zusammenarbeit mit anderen Gemeinden und nicht zuletzt die Aussagen von Ihnen und dem Heimleiter zeigen auf, dass das Model „Altersheim / Leichtpflegeheim“ gründlich überdenkt werden muss. Die Entwicklungen gehen in Richtung eigenständiges, dezentrales Wohnen mit einem flexiblen Service- und Pflegeangebot. Zu verbleiben wo man sein ganzes Leben oder Teile davon verbracht hat, ist der Wunsch von Vielen.



MANAGEMENT SUMMARY

Hierbei empfehlen wir Ihnen, das Bedürfnis der Bevölkerung zu erheben und ein entsprechendes Konzept unter fachlicher Begleitung zu entwickeln.

Im Bereich der Qualitätsentwicklung ist aufgefallen, dass

- Die Kund/innen – Zufriedenheitsumfrage nicht unabhängig geschieht, einem möglichen Abhängigkeitsverhältnis wird zu wenig Rechnung getragen.
- Beim Umgang mit Reklamationen keine deklarierte Systematik zu Grunde liegt.
- Patient/innen- Verfügungen nicht standardisiert erfasst werden. Das Eichi hat das selbst bereits erkannt und will sich in diesem Bereich entwickeln.

Wir raten Ihnen, darauf hin zu wirken, dass sich das Altersheim Eichi am Curaviva Qualitätsreporting beteiligt, dies würde dann die oben genannten Punkte abdecken.

In Bezug auf die Spitex

Die Zufriedenheitsumfrage ist ein wichtiges Instrument in der Qualitätsmessung. Die Spitex führt die Befragung selbst durch. Womöglich wird dadurch dem Abhängigkeitsverhältnis zu wenig Rechnung getragen.

Der Umgang mit Reklamationen und Anregungen ist im Gesetze festgehalten. Die Ansprüche an das Vorgehen jedoch nicht. Im Kontakt mit der Spitex ist aufgefallen, dass es an einer deklarierten Systematik fehlt.

Bei einer Überarbeitung der Leistungsvereinbarung, empfehlen wir, folgenden Passus einzufügen, um der gesetzlichen Verpflichtung noch besser nachzukommen:

- Die gesetzlichen Grundlagen mit dem unter § 10 der Verordnung genannten Passus zur Berücksichtigung des Patient/innengesetz vom 5. April 2004 ergänzen
- Die Zielgruppe der Spitex mit der unter § 3 der Verordnung genannten Personengruppe mit dementiellen Erkrankungen, onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen oder palliativer Pflegeversorgung einzuschliessen
- Unter „Arbeitsgrundsätze“ die geforderte Einsatzbereitschaft und Erreichbarkeit festlegen
- Unter „Dienstleistungsangebot“ die Grenzen der Leistungen bzw. Leistungsverweigerung auf Seiten der Spitex, den § 11 der Verordnung stärker einbinden, gefordert ist die ausdrückliche Information VOR der Leistungseinstellung und die Pflicht der Leistungserbringerin, ihre Unterstützung anzubieten
- Aufnahme eines Passus, den Nahtstellen besondere Beachtung zu schenken: „Die Leistungserbringer berücksichtigen neben dem Leistungsangebot auch die Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung und die Nahtstellen zwischen Pflege- und Akutversorgung.“

Wir empfehlen Ihnen, die Spitex in einer künftigen Planung stark mit einzubeziehen, damit die Ausrichtung „ambulant vor stationär“ wirkungsvoll vollzogen wird.

VERSORGUNGSKONZEPT

GEMEINDE HÖRI



Version vom Februar 2012



1. INHALTSÜBERSICHT

MANAGEMENT SUMMARY	2
1. INHALTSÜBERSICHT	5
2. EINLEITUNG	6
2.1 Rechtliche Grundlagen	6
3. DEMOGRAFIE UND ANGEBOTSENTWICKLUNG	7
3.1 Wachstum	7
3.2 Nutzung des bestehenden Angebots (Pflegequotient)	7
3.3 Bedarfsplanung Angebot Pflegeheimplätze	8
4. KOMMUNALER VERSORGUNGS-AUFTRAG & LEISTUNGSERBRINGER/INNEN	13
4.1 Stationäre Anbieter	13
4.2 Ambulante Anbieter	14
4.3 Selbstständige Pflegefachpersonen	14
4.4 Private Spitex- Dienste	14
4.5 Senio'pair	15
4.6 Familiäre und ausserfamiliäre Unterstützungsnetzwerke	15
5. VERSORGUNGSLAGE STATIONÄRE PFLEGE	17
5.1 KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit	17
5.2 Altersheim Eichi	22
6. VERSORGUNGSLAGE AMBULANTE PFLEGE	24
6.1 Spitex- Dienste	24
6.2 Einsätze von Onko Plus und kispex in Höri	25
Onko Plus Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ- Pflege	26
Kispex, Kinder-Spitex Kt. Zürich	27
7. NAHTSTELLEN	28
7.1 Stationär – ambulante Zusammenarbeit (Pflegezentren – Spitex)	28
Spitex	28
KZU	29
Altersheim Eichi	31
7.2 Pflege- und Akutversorgung	31
GLOSSAR	33
LITERATURVERZEICHNIS	34

2. EINLEITUNG

Mit dem Pflegegesetz und der Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 formuliert der Gesetzgeber einen Versorgungsauftrag der Gemeinden. Dabei stellt die Gesundheitsdirektion keine Musterlösung zu Verfügung sondern erwartet, dass die Gemeinden eigenständig ein umfassendes Versorgungskonzept erarbeiten. Das KZU bot den Trägergemeinden an, dieses Versorgungskonzept in ihrem Auftrag zu entwerfen und massgeschneidert für ihre Gemeinde zu erstellen.

Das Versorgungskonzept beschreibt umfassend, welche Leistungen im ambulanten und stationären Bereich im Verantwortungsbereich der Gemeinde, gemäss Pflegeverordnung, erbracht werden. Es gibt Auskunft wie die Gemeinde selbst oder die von Dritten betriebenen Institutionen sicherstellen, dass die Rahmenbedingungen eingehalten werden. Insbesondere die Ausgestaltung der Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflege und zwischen Pflege- und Akutversorgung misst der Gesetzgeber ein besonderes Gewicht bei.

Der Gesetzgeber verpflichtet die Gemeinde zu einem Angebot über alle Altersgruppen der Bevölkerung. Das Angebot wird in Höri zu einem überwiegenden Teil von der älteren Bevölkerung genutzt. Der Gemeinderat orientiert sich an seinen Legislatur-Zielen (2010-2014), die aktuellsten wurden im September 2010 erarbeitet. Im Bereich Soziales und Gesundheit ist die Erarbeitung eines Altersleitbildes, der Aufbau eines Familienzentrums und die Umsetzung familienergänzender Betreuung im Vorschulbereich vorgesehen.

Was der Gesetzgeber mit „anerkannter Methode“ in Bezug auf die Planung des Angebots an Pflegeheimplätzen genau meint, lässt er offen. In diesem Konzept stützen wir uns auf die Erkenntnisse aus dem Studium einschlägiger Literatur und älteren Planungen vom KZU.

2.1 Rechtliche Grundlagen

Im Prozess vom Erstellen dieses Versorgungskonzepts, wurde der persönliche Kontakt zu den Leistungserbringer/innen, welche mit der Gemeinde eine Leistungsvereinbarung aufrechterhalten, gesucht. Zur besseren Orientierung sind auf der linken Seite jeweils die Gesetzesartikel benannt, auf die sich der Inhalt des entsprechenden Abschnitts bezieht.

Die Leistungen wurden mit dem Gesetzestext verglichen (Ist-Soll-Analyse). Als Rahmenbedingung gelten:

- Pflegegesetz vom 22. November 2010: §§ 5-8
- Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010: §§ 1-13
- Verordnung über die Krankenversicherung: § 77

3. DEMOGRAFIE UND ANGEBOTSENTWICKLUNG

3.1 Wachstum

Die Gemeinde erwartet eine geringe Entwicklung im Bevölkerungswachstum von etwa 200 Personen in den nächsten 10 Jahren. Die Tendenz in der Bevölkerungsentwicklung zeigt entsprechend, dass mit einer Zunahme der über 65-jährigen gerechnet werden kann.

Gemäss den Angaben der Gemeindeverwaltung an das Statistische Amt des Kantons Zürich, gestaltete sich die Verteilung der primären Zielgruppen pro Altersklasse folgendermassen:

Tabelle 1: Einwohner/innen von Höri per 31.12.2010

Alter	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	65+	85+
Einwohner/innen (Total 2'457)	93	80	67	46	21	9	316	76
	3.8%	3.3%	2.7%	1.9%	0.9%	0.4%	12.9%	3.1%

3.2 Nutzung des bestehenden Angebots (Pflegequotient)

Bisherige Analysen familiendemographischer Perspektiven zeigen, dass Befürchtungen vor einem Rückgang des familialen Pflegepotentials übertrieben sind (HÖPFLINGER, BAYER-OGLESBY, & ZUMBRUNN, 2011). Der Anteil alte Menschen, die in einer Partnerbeziehung leben ist zurzeit eher steigend als sinkend, auch der Anteil alter Menschen ohne Nachkommen steigt erst allmählich. Soziologen zeigen auf, dass eine zunehmende Zahl Töchter und Söhne erst im Rentenalter mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils konfrontiert werden und nachberufliche Pflegeleistungen dürften bedeutsamer werden, speziell bei der Pflege alter Mütter (Abschwächung Konflikt von Berufstätigkeit und Versorgungspflichten). Umso mehr werden sich Modelle künftig in Richtung einer Co-Pflege (Lebenspartner/in und Spitex gemeinsam) verändern.

Neu ist es erst ab diesem Jahr für die Gemeinde möglich nachzuvollziehen, wo und welche Einwohner/innen ausserhalb der Gemeinde stationär betreut und gepflegt werden (vorausgesetzt die Institutionen fordern den Gemeindebeitrag ein). Der Pflegequotient beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen (ambulant oder stationär im Pflegeheim) an der Gesamtbevölkerung.

Nachfolgende Zahlen wurden von der Gemeinde und der Spitex zur Verfügung gestellt, sie können im Verlauf eines Jahres stark schwanken. Die Zahlen basieren auf den Zeitraum von Januar bis August 2011 (stationär) bzw. Januar bis Oktober 2011 (ambulant). Die Erfassung der Klient/innen erfolgt nicht in allen Betrieben in denselben Altersgruppen, weshalb hier die Gruppe „65+“ definiert wurde und gegen oben offen ist. Die Spitex hatte in diesem Zeitraum sechs Klient/innen unter 65 Jahren.

Tabelle 2: Pflegequote der Bevölkerung 65+ aus Höri

Alter	Altersgruppe 65+
Stationäre Pflege (Jan.-Aug. 2011)	25 Personen
	7.9%
Teilstationäre Pflege (Jan.-Okt. 2011)	Bisher keine Person
	0.0%
Ambulante Pflege (Jan.-Okt. 2011)	24 Personen
	7.6%

Pflegequotient in der Schweiz

Tabelle 3: Pflegequote für die Schweiz 2008

(HÖPFLINGER, BAYER-OGLESBY, & ZUMBRUNN, 2011)

Alter	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	85+
%	1.4	3.5	6.3	13.3	26.3	54.6	33.9

3.3 Bedarfsplanung Angebot Pflegeheimplätze

Situation und Annahmen für die Schweiz

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN, liefert in den statistischen Grundlagen für die regionale Pflegeheimplanung mehrere Szenarien für die Situation im Jahr 2030. Das optimistische Szenario rechnet für die Gesamtschweiz mit einer Zunahme bis 2030 auf 94'000 Pflegebetten. Im Vergleich dazu betrug im 2008 die Anzahl Pflegebetten 66'731. Dass der Unterschied regional sehr unterschiedlich ist, zeigen auch die Zahlen vom Anteil der Pflegebedürftigen, die stationär leben auf.

Tabelle 4: Entwicklung des Pflegebettenbedarfs (BAYER-OGLESBY & HÖPFLINGER, 2010 / OBSAN BERICHT 47)

Kanton	Referenzjahr 2008				2010		2015		2020		2025		2030	
	Pflegebedürftige				Pflege- betten	In- dex								
	Total (Schätzung 2008)	davon in APH ²⁾ (SOMED 2008)	In- dex	Quote stationär										
ZH	19'616													
BE	17'728	10'091	100	56.9	10'530	104	10'409	103	11'380	113	12'067	120	13'345	132
LU	5'140	3'400	100	66.1	3'569	105	3'517	103	3'864	114	4'133	122	4'620	136
UR	571	432	100	75.8	453	105	457	106	497	115	524	121	579	134
SZ	1'815	1'063	100	58.6	1'161	109	1'235	116	1'430	135	1'594	150	1'840	173
OW	478													
NW	539													
GL	646													
ZG	1'272	767	100	60.3	808	105	840	110	988	129	1'109	145	1'281	167
FR	3'261	2'382	100	73.0	2'472	104	2'482	104	2'819	118	3'147	132	3'724	156
SO	3'913													
BS	4'172	2'242	100	53.7	2'317	103	2'199	98	2'257	101	2'215	99	2'244	100
BL	4'199	1'979	100	47.1	2'134	108	2'231	113	2'515	127	2'708	137	2'992	151
SH	1'429	689	100	48.2	744	108	770	112	849	123	900	131	983	143
AR	940													
AI	225													
SG	6'865													
GR	3'054	1'636	100	53.6	1'709	104	1'709	104	1'895	116	2'035	124	2'267	139
AG	7'516	3'706	100	49.3	3'971	107	4'109	111	4'689	127	5'156	139	5'914	160
TG	3'562	1'532	100	43.0	1'641	107	1'675	109	1'875	122	2'042	133	2'339	153
TI	6'457	3'913	100	60.6	4'168	107	4'274	109	4'708	120	5'020	128	5'517	141
VD	10'114													
VS	4'306	2'434	100	56.5	2'635	108	2'777	114	3'199	131	3'560	146	4'106	169
NE	3'107	2'008	100	64.6	2'119	106	2'102	105	2'251	112	2'349	117	2'546	127
GE	6'462	3'336	100	51.6	3'529	106	3'500	105	3'829	115	4'044	121	4'428	133
JU	1'190	688	100	57.8	698	101	651	95	688	100	724	105	813	118
CH	118'577	66'731	100	56.3	70'589	106	71'082	107	78'648	118	84'168	126	93'786	141

¹⁾ohne Berücksichtigung von Leerbetten. Bei einer kantonalen Pflegeheimplanung werden oft 1-2% Leerbetten eingeplant

²⁾vgl. Tabelle A1.4, korrigierte Werte Pflegebedarf

Quellen: BFS, ESPOP 2008; BFS, Szenario AR-00-2005/09.; BFS, SGB2007; BFS, EGBI 2008/09; BFS, SOMED 2008

Überdies wird davon ausgegangen, dass 24% aller in Institutionen lebenden Personen nicht aufgrund altersbezogener Faktoren, sondern vielmehr aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen oder psychischen Problemen zu einer Betreuung in Institutionen führen. Hier steht vielmehr die Betreuung und geführte Tagesstruktur im Vordergrund. (BAYER-OGLESBY & HÖPFLINGER, 2010 / OBSAN BERICHT 47)

Im Kanton Thurgau ist die stationäre Quote am tiefsten mit 43,0%, im Kanton Uri hingegen schweizweit am meisten ausgeprägt mit 75,8%. Für den Kanton Zürich liegen aus dieser Quelle leider keine Zahlen vor.

Im Kanton Zürich wurden für das Jahr 2010 folgende Zahlen ermittelt:

Tabelle 5: Anteil der in den Langzeitinstitutionen lebenden Personen an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen per 31.12.2009 (KANTON ZÜRICH GESUNDHEITSDIREKTION, 2011)

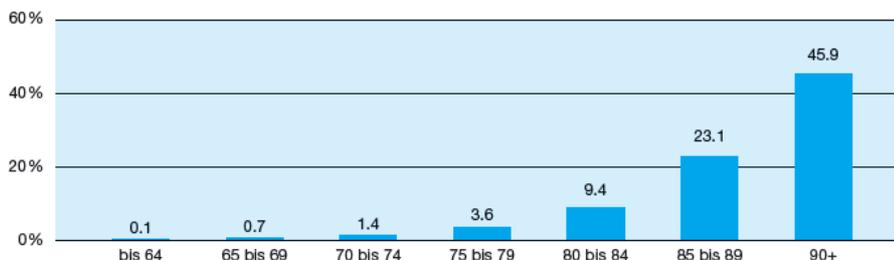


Tabelle 6: Bedarf Pflegeplätze für Höri 2010

Alter	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Total
Anstieg	0.7%	1.4%	3.6%	9.4%	23.1%	45.9%	
Platzbedarf	0.7	1.1	2.4	4.3	4.9	4.1	17.5

Für Höri (auf Basis der Zahlen vom Kanton Zürich) gehen der rechnerische und tatsächliche Bedarf auseinander, im Bereich der stationären Pflegeplätze wurden im 2011 bisher 25 benötigt (vgl. Tabelle 2). Aufgrund der Berechnungsgrundlage vom kantonalen Durchschnitt wären es 17.5 Plätze gewesen. Die in Höri eher überdurchschnittlich ausfallenden Nutzungszahlen im stationären Bereich (wobei die Zahl Ende Jahr nochmals bereinigt werden müsste, da Anzahl Personen der Anzahl Plätze gleichgestellt wurde) könnte ein Hinweis darauf geben, dass das Wohnangebot ein Älterwerden in den eigenen vier Wänden zu wenig Rechnung trägt.

Die Nutzungszahl im ambulanten Bereich ist tief (vgl. Tabelle 2). „Werden Doppelzählungen abgezogen, beanspruchen um die 7% der 65- bis 79-jährigen Personen ambulante Leistungen der Spitex, und bei den 80-jährigen und älteren Menschen sind es etwa 26 bis 27%“ (HÖPFLINGER, BAYER-OGLESBY, & ZUMBRUNN, 2011). Gestützt auf diesen schweizweiten Vergleich müssten in Höri 16.8 (65-79 Jahre) bzw. 19 (80 Jahre und älter) Personen die Leistungen der Spitex nutzen.

Trends für Höri

In der Vergangenheit gestellte Prognosen stammen aus folgenden Quellen und beinhalten kurz zusammengefasst:

- Federas Bericht, Auftraggeber Krankenhausverband Zürcher Unterland KZU, 2001
 - o Prognosen des Bedarfs an Pensionärs- und Pflegeheimplätzen
 - „Unterdeckung“ im Jahr 2000 mit -82 Plätze, berechnetes SOLL betrug 769 Plätze (entspricht 100%)
 - Entwicklung des Bedarf an Plätzen bis ins Jahr 2020 auf 1237 Plätze, das entspricht einer Zunahme um 161%

- Statistiken Gemeinden Verbandsgebiet, erstellt vom Krankenhausverband Zürcher Unterland, 2008
 - o Entwicklung der Gruppe „Einwohner/innen 80+“ im Bezirk Bülach bis 2020 um 175%
 - o Zunahme der Gruppe 65-79 für Höri bis ins Jahr 2015 auf 341 Personen, bis ins Jahr 2020 auf 383 Personen
 - o Zunahme der Gruppe 80+ für Höri bis ins Jahr 2015 auf 103 Personen, bis ins Jahr 2020 auf 129 Personen
 - o Bedarf an **Betreuungsplätzen** für die Bevölkerung von Höri
 - Variante 1 (nach kantonalem Bedarfsrichtwert):
26 (2010) – 33 (2015) – 41 (2020) – 51 (2025)
 - Variante 2 (nach Kenndaten Langzeitpflege Kt. Zürich):
26 (2010) – 31 (2015) – 37 (2020) – 43 (2025)
 - Variante 3 (Mittelwert der Varianten 1 und 2, abzüglich 6% pro 10 Jahre gem. Höpflinger/Hugentobler):
24 (2010) – 30 (2015) – 34 (2020) – 39 (2025)

Bedarfsberechnung für Höri

Abgeleitet vom schweizerischen Index (vgl. Tab. 4) gemäss Bayer-Oglesby und Höpflinger. Verbunden mit der Annahme, dass der Pflegequotient für Höri relativ stabil bleibt. Sind Berechnungen auf mehr als 10 Jahren nur als mögliche Richtschnur zu betrachten.

- 2011 (= 2010) 25 Plätze
- 2020, 29.5 Plätze, 118%
- 2025, 31.5 Plätze, 126%
- 2030, 35.25 Plätze, 141%

Die Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an ambulantem und stationärem Dienstleistungsangebot kann allein auf Grund der Datenlage nicht abschliessend prognostiziert werden. Zu viele Unsicherheiten machen zuverlässige Aussagen auf Jahre hinaus unmöglich. Nicht abzuschätzen sind beispielsweise die Entwicklungen in der Medizin, die Wirkung greifender Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und strategische / lenkende Entscheidungen in der Politik, vor allem auch im Hinblick auf die Finanzierung. Höri kann aufgrund seines moderaten Wachstums daher mit einer relativ konstanten Entwicklung rechnen. Trotzdem – oder gerade wegen den kleinen Fallzahlen, wird der Bedarf relativ grossen Schwankungen unterworfen sein.

Die Zusammenarbeit mit Leistungserbringer zu suchen, die gewisse Schwankungen bei der Nachfrage auffangen können, ist deshalb für Höri von zentraler Bedeutung. Die Zeitspanne bis 2020 sollte dazu genutzt werden die intensive Nutzung im stationären Bereich zu analysieren und eine Strategie zu entwickeln, welche eingreifen kann.

4. KOMMUNALER VERSORGUNGS-AUFTRAG & LEISTUNGSERBRINGER/INNEN

PfG § 5 Die Gemeinde verpflichtet für die Pflegeversorgung der Einwohner/innen Dritte und stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen aus der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes, Akut- und Übergangspflege und solche für die Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in Pflegeheimen bzw. im hauswirtschaftlichen und betreuenden Bereich für Personen die wegen Krankheit, Mutterschaft, Alter, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen, erbracht werden. Die Gemeinde nimmt Kontrollfunktionen im Aufsichtsrat vom KZU (gemäss Taxordnung), in der Verwaltungskommission vom Altersheim Eichi bzw. als Delegierte bei der Spitex wahr. Damit sorgt sie für eine bedarfs- und fachgerechte ambulante und stationäre Pflegeversorgung mit dem vorgegebenen Leistungsspektrum, dazu gehören auch Leistungen für Personen mit dementiellen Erkrankungen oder mit onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen, die palliative Pflegeversorgung sowie im ambulanten Bereich pädiatrische Leistungen für ihre Einwohner/innen. **Somit entspricht dies vollumfänglich den gesetzlichen Vorgaben.**

PfG § 7 Die Auskunfts- / Informationsstelle betreibt die Gemeinde nach einem Gemeinderatsbeschluss eigenständig, in Person durch Frau Saluz, Leiterin Sozialamt und Kontaktperson für Altersfragen. Die Thematik rund um die Versorgungslage im Bereich der Gesundheit ist auf der Ebene vom Gemeinderat dem Ressort „Gesundheit und Soziales“ eingegliedert. Die Gemeinde informiert die Bevölkerung über wichtige Entscheidungen / Veränderungen via die Gefässe Homepage, Mitteilungsblatt und Gemeindeversammlung.

VPV § 13 Die Gemeinde hat das Erstellen des Versorgungskonzept dem KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit in Auftrag gegeben. Es berücksichtigt neben dem Leistungsangebot auch die Nahtstellen zwischen den Leistungserbringern. Details dazu sind bei den jeweiligen Leistungserbringern erwähnt.

4.1 Stationäre Anbieter

PfG §§ 5-6 In Höri wurde das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU) mit einer „Grundleistungsvereinbarung Version 1.3“ mit der stationären Pflegeversorgung betraut. Das Leistungsspektrum beinhaltet alle gesetzlich geforderten Leistungen und darüber hinaus weitere, mit dem Ziel, die Selbstständigkeit zu erhalten / wieder herzustellen und das eigenständige Wohnen zu unterstützen. Mit dieser Verbindung ist Höri auch Mitglied bei Gerinet (Onlineplattform, „Bettenbörse“) und Gerihelp (Gerontologisches Beratungsangebot für Betroffene und Fachpersonen).

Ebenso ist das Altersheim Eichi Leistungserbringerin und bietet den älteren Einwohner/innen aus Höri eine Wohnalternative. Die Gemeinde lässt es den Einwohner/innen offen, in welcher Institution sie sich pflegen lassen wollen.

Höri hat keine ausserkantonale Leistungserbringer verpflichtet.

4.2 Ambulante Anbieter

Leistungserbringer von Spitex- Leistungen in Höri ist der Spitex- Dienst von der Stiftung Alterszentrum Bülach. Als Rahmenregelung dient eine Leistungsvereinbarung, gültig vom 01.01.2012. Der Leistungsauftrag und die Vereinbarung ermöglichen einen eigenverantwortlichen und unternehmerischen Führungsstil der Spitex- Organisation und stimulieren die Bestrebungen, effizient und kostensparend zu agieren. Inhaltlich stellt die Vereinbarung die Finanzierung und Erbringung gesetzeskonformer Dienstleistungen sicher. Die Gemeinde stellt ein/e Vertreter/in in den Spitex-Ausschuss.

4.3 Selbstständige Pflegefachpersonen

Selbstständige Pflegefachpersonen benötigen für ihre Berufsausübung eine gültige Konkordatsnummer und die Mitgliedschaft in einem Berufsverband. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) hat die entsprechenden Tarife ausgehandelt.

Über den Weblink <http://www.freiberufliche.ch/pflege/search.shtm> (Stand Nov. 2011) wird folgende Pflegefachfrauen mit Höri als selbst deklariertes Einzugsgebiet geführt:

- Frau Gabriela Senn-Fröhlich aus Bülach,
Fachlicher Schwerpunkt: Wundpflege

Bis zu diesem Zeitpunkt gab es auf der Gemeinde keinen Antrag für Kostenübernahme von einer freiberuflichen Pflegefachperson. Dies spiegelt den geringen Bekanntheitsgrad freiberuflich tätiger Pflegefachpersonen wieder. Die eher unattraktive Entlohnung, abhängig von den vereinbarten Tarifen, und die geografische Lage der Gemeinde, könnten weitere Gründe für die schwache Nachfrage in Höri sein.

Die Gemeinde hat keine selbstständigen Pflegefachpersonen mit der Leistungserbringung betraut. Sie sind sich bewusst, dass freiberufliche Pflegefachpersonen eine Lücke in der Pflege zu Hause schliessen und so beispielsweise die Spitex ergänzen oder entlasten können. Freiberufliche Pflegefachpersonen sind anerkannte Leistungserbringer und die Gemeinde ist verpflichtet, sich am Aufwand, der ihnen in Rechnung gestellt wird, zu beteiligen.

4.4 Private Spitex- Dienste

Bis zu diesem Zeitpunkt gab es auf der Gemeinde keinen Antrag für Kostenübernahme von einem privaten Spitex- Dienst. Die Gemeinde legt Wert auf die Zusammenarbeit mit der lokalen Spitex, gewährt ihren Einwohner/innen aber grundsätzlich die Wahlfreiheit.

Das Tummelfeld der privaten Pflegeanbieter wird zunehmen unübersichtlich, neue Anbieter schiessen förmlich wie Pilze aus dem Boden oder verschwinden rasch wieder von der Bildfläche. Aktuell ist beobachtbar, dass sich Private eher für den Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen und Serviceleistungen spezialisieren. Eher weniger für hochtechnische oder spezialisierte Pflege, die durch Pflegefachpersonal ausgeführt wird.

Generell bewertet sind Private eine zunehmend wichtige Ergänzung zur lokalen Spitex – beispielsweise um Einsatzspitzen zu brechen oder wenn die Spitex an die gesetzten Rahmenbedingungen stösst. Nicht zu unterschätzen sind die in der Tagespresse regelmässig thematisierten eher schlechten Arbeitsbedingungen für die (hauptsächlich weiblichen) Arbeitnehmerinnen, kritisch betrachtet werden muss neben der Entlohnung auch die zeitliche Arbeitsbelastung und das Mittragen des unternehmerischen Risikos.

4.5 Senio'pair

Im Unterschied zu den privaten Pflegedienstleistern, bieten Senio'pair in aller Regel keine Pflege an. Unsere Einschätzung gemäss eigenen Beobachtungen, ist das Konzept so aufgebaut, dass – vornehmlich Frauen, charakteristischerweise nachdem eigenen Kinder aus dem Haus sind, für ein paar Wochen oder Monate im selben Haushalt leben und hauswirtschaftliche und / oder überwachende Tätigkeiten übernehmen. Hier liegt auch der spürbare Wert dieses Dienstes. Angehörige von Demenz betroffenen Menschen berichten von einer wichtigen Entlastung. Auffallend oft sind die Senio'pair Ausländerinnen aus Osteuropa.

Die Suche nach einer geeigneten Person geschieht auf eigene Faust, dann sind die Suchenden in der Pflicht, die nötigen Formalitäten zu erledigen (Einreiseformalitäten, Visa, AHV- Anmeldung, Versicherungsschutz, ...). Oder sie engagieren eine der zahlreichen Vermittlungsagenturen. Ein Qualitätslabel an dem sich Angehörige und Betroffene orientieren können existiert nicht.

Ein Überblick zu aktuellen Zahlen gibt es nicht. Senio'pairs werden statistisch nicht erfasst. Die Vermutung liegt nahe, dass dieser Dienstleistungsbereich in eine Grauzone abrutscht. Schwarzarbeit, fehlende soziale Absicherung, Ausbeutung und Verständigungsprobleme aufgrund fehlender oder ungenügender Sprachkenntnissen sind Phänomene, die in der Literatur im Zusammenhang mit Senio'pairs beschrieben werden (Schilliger, Jahrbuch 2009). Im Weiteren ist die Entwicklung kritisch zu beurteilen, dass sich inzwischen ein globalisierter Markt entwickelt hat. So etablieren sich beispielsweise neue globale Abhängigkeiten und Ungleichheiten. Die Konsequenzen, wenn diese Personen in ihren Ursprungsländern fehlen, sind nicht absehbar.

4.6 Familiäre und ausserfamiliäre Unterstützungsnetzwerke (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011)

Pflegende Angehörige sind keine homogene Gruppe und die Leistungsfähigkeit ist abhängig von einer Vielzahl individueller Faktoren. Beispielsweise gelten für die Leistungserbringung in Partnerschaften andere Regelungen wie bei intergenerationeller Unterstützung durch die Töchter, Söhne und Schwiegertöchter. Konzeptuell differenzieren Soziologen Hilfe- und Pflegeleistungen, weil diese nicht nur andersartig ausgerichtete Unterstützung beinhalten sondern auch unterschiedlichen Bestimmungskonstellationen unterliegen – hier verweisen Soziologen auf Erkenntnisse zur intergenerationellen Hilfe und Pflege aus der SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) - Erhebung aus dem Jahr 2004. Hilfeleistungen sind demnach eher von sporadischem Charakter und geprägt als spezifische und inhaltlich begrenzte Unterstützungsleistungen. Einerseits der

Bereich von praktischer Hilfe im Haushalt (wie Gartenarbeiten, Einkaufen, Reinigungsarbeiten, kleine Reparaturen) andererseits Hilfe im Umgang mit Behörden, Ämtern und finanziellen / rechtlichen Angelegenheiten. Im Unterschied dazu sind Pflegeleistungen in der Regel ortsgebundene, regelmässige, körperbezogen und oft sozialmedizinisch anspruchsvolle Leistungen.

Charakteristisch bezeichnend deckten diese Pflegeleistungen Bedürfnisse basaler Alltagsaktivitäten ab und sind eher weniger im fachlichen Sinne einer medizinischen Pflege.

Die genaue Zahl pflegender Angehöriger in der Schweiz ist nicht bekannt. Schätzungen weichen je nach Quelle stark voneinander ab. Bekannt ist allerdings, dass ein grosser Teil Pflegeleistungen durch Angehörige erbracht wird. In erster Linie sind das die Ehepartner (aufgrund dem Alter in der Regel die jüngere Partnerin). In zweiter Linie die Kinder, wobei festgestellt wurde, dass Töchter und Schwiegertöchter Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich und der Pflege leisten und Söhne eher im hauswirtschaftlichen Bereich unterstützen.

In Zukunft, wird die Co- Pflege, als das Zusammenspiel von Angehörigen und professioneller Pflege, zunehmend wichtiger werden. Insofern ist es wichtig, traditionelle Denkmodelle zu korrigieren. Es wäre falsch, formelle und informelle Hilfesysteme in Konkurrenz zueinander zu betrachten, vielmehr betonen neue Denkmodelle den ergänzenden Charakter beider Systeme. Der gesellschaftliche Trend, geht in Richtung einer starken informellen Hilfe, gekoppelt mit ausgebauter formeller Pflege. In der Praxis sind damit die Spitex, aber auch Angebote wie beispielsweise die Tages- und Nachtklinik mit flexiblem Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger und im Notfall auch zeitnahe Krisenintervention gemeint.

5. VERSORGUNGSLAGE STATIONÄRE PFLEGE

5.1 KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Erstellt im September 2011 gemäss den Angaben von
 Silvia Meier, Leiterin Pflege, Pflegezentrum Bächli und Pflegewohnungen Nürensdorf
 Peter Stutz, Leiter Pflege, Pflegezentren Embrach und Kloten
 Röbi Holzer, Leiter Restauration und Verpflegung
 Corinne Stamm, Leiterin Ökonomie

Analyse & Bewertung

Angebot Pflege und Betreuung

- VPv § 1 Das KZU hat seine Leistungen in der Tarifordnung vom 02.07.2011 festgelegt und erbringt sie so, dass die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden. Gleichzeitig werden stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und der Austritt nach Hause unterstützt. Es erbringt die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen für Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und der Akut- und Übergangspflege (AÜP) und ergänzt sie zusätzlich. Das Standardangebot umfasst die gesetzlich vorgeschriebenen KLV Leistungen, welche auf ärztliche Verordnung hin erbracht werden. Die individuelle Pflege und Betreuung wird insbesondere durch die zwei dem / der Bewohner/in zugeordneten Bezugspersonen (eine Pflegefachperson und ein/e Pflegeassistent/in resp. Pflegehilfe) gewährleistet. Die Verantwortlichkeit der Bezugspersonen ist in einem Konzept festgehalten und basiert auf den Grundelementen: Verantwortung, Kontinuität, Kommunikation und Bewohner/innen- bezogene Zuteilung (nach Manthey). die Umsetzung dieses Konzeptes stellt ein wichtiger Grundpfeiler der Pflege und Betreuung dar und wurde im Jahr 2010 erstmals mit dem Instrument IzEP evaluiert. Im Weiteren stellen die Leistungen vom KZU die Versorgung über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit sicher.
- VPv § 4
- VPv § 9
- VPv § 4
- VPv § 6 Das gesetzlich geforderte Standardangebot in den Bereichen Alltagsgestaltung und Betreuung wird erfüllt. Die gesetzlichen Ansprüche bilden hier ein Minimum, darüber hinaus bietet das KZU kulturellen Veranstaltungen, die je nach Schwerpunkt des jeweiligen PZ entweder mehr auf den Pflegewohngruppen oder in Gemeinschaftsräumen durchgeführt werden. Die Organisation der kulturellen und gesellschaftlichen Anlässe

VPv
§ 11 obliegt der Kulturgruppe, welche interprofessionell zusammengesetzt ist. Der Kulturgruppe steht ein Jahresbudget zur Verfügung. Die Veranstaltungen sind auf einem Monatsplan ersichtlich und werden am Durchführungstag auf den Informationstafeln der Pflegegruppen zusätzlich angeschlagen.

PfG
§ 5 Das KZU hält fest, dass es in den vergangenen neun Jahren nie zu einer Einstellung der Leistungserbringung hat kommen müssen. Selbstverständlich würde in solchen Fällen das Involvieren des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin veranlasst. Die Erfahrung zeigt, dass in solchen Situationen die Stabilisierung der Situation gelingt indem Fallbesprechungen im Behandlungsteam, eine interne Umplatzierung oder ein externer temporärer Aufenthalt erfolgversprechend sind.

VPv
§ 5

Angebot Unterkunft und Verpflegung, Besuchszeiten

Das geforderte Standardangebot an Unterkunft und Verpflegung wird erfüllt. Im KZU werden die Zimmer inkl. Nasszellen von Montag bis Freitag täglich gereinigt und Abfälle entsorgt (umfasst Abstauben, Reinigen, Böden feucht oder nass wischen). An Samstagen werden die Zimmer feucht gewischt, Abfälle entsorgt, die Böden in den Nasszellen nass aufgenommen und die Nasszellen gereinigt. Sonntags werden in den Zimmern die Abfälle entsorgt und eine Blickkontrolle durchgeführt, eine Reinigung erfolgt nur bei sichtbarer Verschmutzung. Die Betten werden täglich durch eine Pflegeperson (ggf. unter Mithilfe von Bewohner/in) gebettet. Wandschränke und Ablageflächen sind grosszügig vorhanden. Die sanitären Einrichtungen entsprechen einem hindernisfreien Standard. Die Bett- / Frottier- und Leibwäsche werden in der Wäscherei professionell gewaschen und gebügelt. Einzelstücke für chemische Reinigung werden in der Regel durch die Angehörigen besorgt.

VPv
§ 6

Das KZU kennt keine fixen Besuchszeiten. Besucherinnen und Besucher sind jederzeit willkommen. In 2er- Zimmer erwarten wir jedoch die gebotene Rücksichtnahme (eine differenzierte Regelung ist in der Hausordnung abgebildet).

VPv
§ 6

Seelsorge und Spiritualität

Die ref. und kath. Seelsorger/innen haben innerhalb des KZU eine Ansprechperson auf Ebene der Geschäftsleitung und organisieren ihre Tätigkeiten in enger Zusammenarbeit. Werden von den Bewohner/innen andere religiöse oder spirituelle Bedürfnisse angesprochen, werden die entsprechenden Personen resp. Institutionen kontaktiert.

Für Sterbende und ihre Angehörigen gestaltet das KZU einen möglichst individuellen Rahmen. Nach einem Todesfall unterstützen wir Angehörige einerseits persönlich. Andererseits mit einer übersichtlichen Broschüre, damit sie in Ruhe Abschied nehmen können ohne den Überblick über die administrativen Arbeiten zu verlieren, welche sie in den nächsten Tagen erwartet. Die Pflegegruppe gestaltet einen individuellen Tisch, dekoriert mit persönlichen Gegenständen der/s Verstorbenen, um den Mitbewohner/innen ein Abschied nehmen möglich zu machen. Durch eine schlichte Anzeige wird auch im Eingangsbereich des PZ auf den Todesfall aufmerksam gemacht.

Patientenverfügung

VPv
§ 10

Das KZU erfragt systematisch bei jeder Anmeldung, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Wird dieser Punkt nicht ausgefüllt, wird im Verlauf der ersten Wochen des Aufenthaltes nachgefragt. Der KZU akzeptiert jede mögliche Form einer Patientenverfügung, stellt jedoch auch eine eigene zur Verfügung, in der die spezifischen Punkte eines Heimaufenthaltes explizit erfragt werden. Falls für die betroffenen Personen ein umfassendes Dokument als zu aufwändig erachten, können auch einzelne Punkte in ein spezielles Dokument („Leben bis zuletzt“) eingetragen werden. Die Patientenverfügung resp. das Dokument „Leben bis zuletzt“ sind schriftlich verfügbar und jederzeit einsehbar.

Qualitätssicherung

VPv
§ 9

KVV
§ 77

Der Gesetzgebung wird das KZU vollumfänglich gerecht. Es gewährleistet, dass die Qualität der Pflegeversorgung sorgfältig und unter Einbezug der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt. Dazu stehen dem KZU u. a. pflegespezifische Standards (mit Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität) zur Verfügung. Das KZU hat in verschiedenen Kernthemen Fachgruppen eingesetzt, welche mit Vertreter/innen der Pflegepraxis zusammengesetzt sind und vom Qualitätsmanagement geleitet werden. Beispiele dazu sind die Fachgruppe Pflege, Supporter/innen Patientenverfügung, Inkontinenzprodukteverantwortliche, Hygiene usw.). Das KZU beteiligt sich seit 2003 an einem RAI- Benchmarking mit vergleichbaren Institutionen (Pflegezentrum Rotacher Dietlikon, Geratrium Pfäffikon, Geeren Seuzach) und vergleicht über 20 Qualitätsindikatoren (Stürze, Zeichen einer Depression, Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz, Dauer- Urinableitung, Bettlägerigkeit, Verlust von ADL-Fähigkeiten, Einnahme von Antipsychotika, Dekubitalulzera, gravierende Schmerzen usw.). Nach der Analyse der eigenen Daten und der Auswertung mit den anderen beteiligten Institutionen leitet das KZU Zielsetzungen ab, welche in den nächsten zwei Jahren gezielt verfolgen. Verantwortlich für diesen Prozess sind die Mitarbeiterinnen des Qualitätsmanagements unter der Leitung einer Pflegewissenschaftlerin. Ferner beteiligt sich das KZU am Curaviva Qualitätsreporting, welches im Jahr 2010 pilotiert wurde und im 2011 fortgesetzt wird. Das Instrument wurde von der Berner Fachhochschule Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement entwickelt und basiert auf dem Reporting der Gesundheitsdienste des Departementes Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau. Ferner werden alle Betriebe des KZU einem jährlichen Hygiene- Audit durch eine Fachfrau für Hygiene und Infektionsprophylaxe unterzogen.

Umgang mit Reklamationen

VPv
§ 9

Das KZU besitzt ein schriftliches Konzept zum Feedbackmanagement. Um den Feedbackprozess zu unterstützen, erhalten alle eintretenden Bewohner/innen resp. ihre Angehörige beim Eintritt eine Feedbackkarte ("Ihre Meinung ist uns wichtig"). Die Karten liegen zusätzlich im Eingangsbereich der PZ auf und können dort auch gleich in einen gut sichtbaren Briefkasten geworfen werden. Ferner können Mitarbeitende online ein Feedback-Formular ausfüllen, damit auch mündlich erhaltene Feedbacks einfließen. Alle Feedbacks werden zentral, jedoch unter Einbezug der entsprechenden Mitglieder

der erweiterten Geschäftsleitung, bearbeitet. Die Feedbacks werden jährlich ausgewertet, damit ersichtlich wird, wo sich allfällige Stärken und Schwächen kumulieren. Damit trägt das KZU der unter § 9 der Verordnung Geforderten Rechnung.

Zusätzliche Kommentare & Erklärungen der Leistungserbringerin

PfG
§ 5
VPv
§ 9

Die geforderten Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind wenig attraktiv und werden im KZU ergänzt durch ein Angebot im Bereich der geriatrischen Rehabilitation. Im Weiteren bestehen mit einzelnen Krankenversicherern Verträge zur Überbrückungspflege. Diese sind für die betroffenen Personen gegenüber der AÜP attraktiver, da der Versicherer den Anteil der Hotellerie ebenfalls trägt. Jede Anmeldung für einen Aufenthalt im KZU erfolgt durch ein Arztzeugnis des zurzeit behandelnden Arztes. Das geriatrische Assessment erfolgt mit dem Instrument RAI-RUG, welches auch eine Pflegebedarfsabklärung beinhaltet. Der Arzt unterschreibt den RAI/RUG Pflege- und Behandlungsausweis für die Krankenversicherer. Das KZU ist grundsätzlich offen für alle Pflegebedarfsstufen. Personen mit hohem Pflegeaufwand werden aufgenommen, auch mit Tracheostoma, einfachen Infusionstherapien, Port-A-Cath, herausforderndem Verhalten usw.

VPv
§ 5

Die Unterkunft in den Pflegezentren geschieht wahlweise im 1er- oder 2er- Zimmer. Die Komfortstufe in den Zimmern ist gestuft und kann sofern verfügbar gewählt werden. Die Verpflegung erfolgt in allen drei PZ durch ein internes KZU- Verpflegungsteam. Auf allen Pflegegruppen wird das Frühstück in Form eines Buffets angeboten, so dass diese Mahlzeit zeitlich individuell eingenommen werden kann. Für das Mittag- und Nachtessen stellen die Bewohner/innen aus unterschiedlichen Komponenten (Stärkebeilagen, Gemüse usw.) ihr Menü zusammen. Für Bewohner/innen welche dazu nicht in der Lage sind, wird ein Menü zusammengestellt. Dieses basiert auf persönlichen Vorlieben, welche von den Angehörigen erfragt wurde. Das Mittagessen wird als warme Mahlzeit serviert, das Abendessen warm oder kalt. Wasser in Mineralwasserqualität steht den Bewohner/innen zur freien Verfügung, ebenfalls Kaffee in der Qualität aus einer Kolbenmaschine, Tee und Sirup. Die Betreuung ist in der Tarifordnung KZU (2.7.) genau definiert und enthält als wesentliche Punkte die Tagesstruktur und Tagesgestaltung, die Förderung und Unterstützung sozialer Kontakte und die 24h Std. Präsenz.

VPv
§ 6

PfG
§ 1

Bei jedem/r Bewohner/in wird bei Eintritt die individuelle Situation erfasst. Dazu gehören die Erfassung der biografischen Elemente, die Erstellung einer Pflegeplanung und die Absprache im interprofessionellen Team (Pflege, Therapien, ärztlicher Dienst) in Form eines Zielgesprächs. Im Rahmen der Anmeldungen wird systematisch geprüft, ob ein Aufenthalt in einem PZ aus unserer Sicht gerechtfertigt ist, oder ob eine Situation mit zusätzlichen stützenden Massnahmen zu Hause stabilisiert werden kann. Damit KZU intern kritisch reflektiert werden kann, welche Bewohner/innen mit einem tiefen Pflegebedarf aufgenommen wurden, wurde ein spezielles Monitoring eingerichtet. Dieses erfasst die Personen in den Pflegestufen PA0, PA1, PA2, BA1 und wird monatlich hinsichtlich der Gründe für einen Aufenthalt im PZ ausgewertet.

Das KZU führt seit einigen Jahren eine Pflegegruppe mit der Spezialisierung für temporäre Aufenthalte. Um die Koordination der involvierten Personen (Angehörige, Hausarzt, Spitex, KZU usw.) zu gestalten ist in diesem Bereich eine Care und Case Managerin tätig. Die Intensität der Pflegetrainings, die ergo- und physiotherapeutischen Interventionen und interprofessionellen Absprachen sind auf dieser Pflegegruppe erhöht.

2011 eröffnete das KZU die erste von zwei Pflegewohnungen. Dieses Angebot erweitert die möglichen Wohnformen. Sie bieten Personen Platz, welche auf Unterstützung angewiesen sind und kennzeichnen sich durch den überschaubaren und familiären Rahmen. Es ist eine Wohnform, die dem früheren selbstständigen Wohnen am nächsten kommt. Selbstbestimmung, Eigenverantwortung sowie Mitspracherecht prägen die Alltagsgestaltung und tragen dazu bei, dass die bisherigen Lebensgewohnheiten wie auch die Selbstständigkeit erhalten bleiben. Ausgebildetes Pflegepersonal ist rund um die Uhr für eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung im Einsatz. Ein KZU-eigenes Therapieteam steht ebenfalls zur Verfügung. Die ärztliche Betreuung erfolgt weiterhin durch den Hausarzt.

5.2 Altersheim Eichi

Erstellt gemäss den Angaben von Hansruedi Felchlin, Heimleiter, Altersheim Eichi Niederglatt vom November 2011

Unterkunft & Verpflegung

PfG
§ 5
VPv
§§ 1, 4,
5, 6

Das Altersheim Eichi bietet insgesamt 41 Einzelzimmer mit Balkon, Sitzplatz oder Terrasse und eigenem WC / Dusche. Die Zimmer sind so gestaltet, dass bei Pflegebedürftigkeit Pflege im Zimmer geleistet werden kann. So stellt das Eichi auch Bett / Nachttisch. Die gemeinschaftlich nutzbare Infrastruktur rundet das Raumangebot ab. Die Räumlichkeiten werden durch das Altersheim gereinigt. Dabei ist die Mithilfe der Bewohner/innen erwünscht und wird als eine der Möglichkeiten geschätzt, wie sich die Bewohner/innen einbringen können und ein Stück Eigenständigkeit erhalten werden kann. Die Besorgung der Leibwäsche gehört zu den Dienstleistungen des Altersheims und ist im Pensionspreis inbegriffen. Waschen und Reinigen von Oberbekleidung ist Sache der Bewohner/innen. Es steht dafür eine vollausgerüstete Waschküche zur Verfügung. Falls sie dazu nicht oder nicht mehr in der Lage sind, bietet das Heim Lösungen an.

Das Essen wird als Aktivität von besonders hoher Wichtigkeit wahrgenommen. Entsprechend wird ihm Aufmerksamkeit gezollt. Das tägliche Standardangebot umfasst ein reichhaltiges Frühstücksbuffet von 07.30 bis 09.00 Uhr, ein Salatbuffet ab 11.30 Uhr, das Mittagessen mit Suppe, Hauptgang und Dessert oder Früchten wird ab 12.00 Uhr serviert. Das Abendessen (Menü oder Alternative) gibt es ab 18.00 Uhr. Am Morgen stehen den Bewohner/innen Getränke (Tee und Mineralwasser) zur freien Verfügung.

Eintritt

VPv
§ 10

Das Team nimmt die Zeit um den Eintritt einer Bewohnerin / eines Bewohners als gestaltbarer Prozess wahr, der mit den Vorbereitungen ins Altersheim beginnt. Hierfür unterstützt die Heimleitung mit Merkblätter und einer „offenen“ Tür, um Unsicherheiten und offene Fragen abholen zu können.

Bedrohungen / Beschimpfungen

VPv
§ 11

Im Ausmass, dass Leistungen hätten eingestellt werden müssen, gab es bisher keine Beschimpfungen oder Belästigungen seitens der Bewohner/innen. Die Heimleitung nimmt zu Kenntnis, dass sie in diesem Fall gefordert wären, die Sachlage gegenüber der betroffenen Gemeinde frühzeitig anzukündigen und sich an der Lösungssuche zu beteiligen. Falls erforderlich, müsste Rücksprache mit dem Arzt gehalten werden.

Pflege und Betreuung

PfG
§ 5
VPv
§§ 1, 4,
5, 6

In erster Linie ist das Altersheim eine alternative Wohnform zum Wohnen zu Hause. Entsprechend gehören Pensionäre / Pensionärinnen, welche nicht pflegebedürftig sind, zum Zielpublikum. Das Heim bietet in der Regel Pflege und Betreuung bis zur BESA-Stufe 4 an. Hierbei ist wichtig zu beachten, dass die Pflegebedürftigkeit bei Eintritt in den Stufen 1 bis 2 liegen muss, damit dem Anspruch des Eichi, ein Altersheim mit Leichtpflegemöglichkeit und nicht ein Alters- und Pflegeheim zu sein, Rechnung getragen wird. Eine, sich während des Aufenthaltes erhöhende Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen wird nicht zwingend zu einem Ausschlusskriterium. Bei fortgeschrittener Demenz mit Weglaufgefahr erreicht die Institution ihre Auftrags- und Leistungsgrenze und es müssen individuelle, der Situation angepasste Lösungen geprüft werden. Akut- und Übergangspflege gehören nicht ins das Leistungsspektrum vom Eichi.

Das Altersheim lädt regelmässig zu kulturellen Veranstaltungen, die allen Interessierten offen stehen und auch öffentlich sind. Es bietet der älteren Bevölkerung einen Mittagstisch mit ansprechenden Mahlzeiten zu günstigen Preisen. Das Angebot ist so ausgelegt, dass die Eigenverantwortung der Bewohner/innen betont und die Selbstständigkeit so weit wie möglich erhalten wird. In Bezug auf die Dosierung von Hilfe- und Pflegeleistungen gilt im Haus der Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Mit dem Wochenplan erhalten die Bewohner/innen eine Übersicht zu den geplanten Aktivitäten im Haus.

VPv
§ 10

Das Altersheim pflegt Abschiedsrituale, wenn ein/e Bewohner/in verstorben ist. Eine Kerze brennt solange der / die Verstorbene aufgebahrt ist (was in der Regel im eigenen Zimmer ist). Ein Tisch mit Bild, einem passenden Ausspruch und der genannten Kerze wird aufgestellt. Auch der Umgang mit Sterbeorganisationen ist klar geregelt. Mitglieder von Sterbeorganisationen werden als Bewohner/innen im Haus aufgenommen. Auf Beschluss der Verwaltungskommission ist jedoch der begleitete Suizid im Hause nicht erlaubt. Eine Patientenverfügung wird noch nicht in allen Situationen erhoben. Eine, dem Heim angepasste Version steht per Ende Jahr zur Verfügung und entsprechende Angehörigen-Informationsveranstaltungen sind für das erste Quartal 2012 geplant. Das ist eines der Ziele für das kommende Jahr.

Qualität

VPv
§ 9

Die Heimleitung orientiert sich an der „ethischen Grundlagen für das Handeln in Heimen“ der Curaviva. Sie pflegt eine Prozessdokumentation (Organisationshandbuch) mit regelmässiger Evaluation. Die Qualität der Leistungserbringung wird sicher gestellt, indem qualifiziertes Personal mit Berufsabschlüssen eingestellt wird (EFZ, DN I / DN II). Zudem wird die Zufriedenheit der Bewohner/innen alle zwei Jahre mit einem selbst entwickelten Instrument erhoben.

Die Heimleitung pflegt ein „offenes Büro“, Reklamationen und Verbesserungsvorschläge erreichen sie in der Regel direkt oder über den „Kummerkasten“ bei den Briefkästen. Die letzten beiden Rückmeldungen betrafen das Essen. Ein Projekt zur Erhöhung der Individualisierung im Bereich Verpflegung, welches die Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen mit einbezieht, wurde im November gestartet und wird 2012 zu Abschluss gebracht werden.

6. VERSORGUNGSLAGE AMBULANTE PFLEGE

6.1 Spitex- Dienste

Erstellt gemäss den Angaben von Gabriella Brülisauer, Leiterin Spitex, Stiftung Alterszentrum Bülach im Oktober 2011

Analyse & Bewertung

PfG Die Spitex erbringt die geforderten Pflegeleistungen (inkl. Akut- und Übergangspflege) und nichtpflegerische Spitex- Leistungen und versteht dies als Kernauftrag.
§ 5 Dort wo sie fachlich an Grenzen stösst, werden ausgewiesene Fachspezialist/innen hinzugezogen. Aktuell sind das in onkologischen und komplexen palliativen Pflegesituationen die Onko Plus, Stiftung für mobile onkologische und palliative Pflege und kispex, Kinderspitex Kanton Zürich. Für die Bedarfsabklärung setzt die Spitex seit 2008 das anerkannte Instrumente „RAI Homecare“ ein. Bei den nichtpflegerischen Spitex- Leistungen wird das geforderte Spektrum abgedeckt. Die Zielgruppen sind klar deklariert in der Leistungsvereinbarung und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

VPv
§§ 1, 4,
7, 8

Die Leistungen werden subsidiär erbracht. Durch Einbezug von Eigenleistung durch die Leistungsempfänger/innen, dessen Bezugspersonen (Angehörige, Nachbarschaft, Freiwillige) und den Hausarzt / die Hausärztin will die Spitex die Eigenverantwortung fördern und stationäre Aufenthalte vermeiden oder hinauszögern. Die Subsidiarität wird sichergestellt durch das Abklärungsinstrument und die Einsatzdokumentation. Mit der Hilfe- und Pflegeplanung werden Ziele und Wirkung in regelmässigen Abständen evaluiert und ggf. korrigiert. Massgeblich trägt der Kunde / die Kundin mit seinem / ihrem Verhalten dazu bei – wer den eigenen Beitrag innerhalb der individuellen Leistungsgrenze leistet, findet bei der Spitex die nötige Unterstützung, zu Hause bleiben zu können. In solchen Fällen deklariert die Spitex ihre Motivation und Willen, Betroffenen Leistungen über das gesetzlich definierte Minimum hinaus zur Verfügung zu stellen.

Die Spitex deklariert ihr Leistungsangebot auf Prospekten, Flyer und auf der Homepage. Sie nutzt aber auch die jeweiligen Organe der angeschlossenen Gemeinden. Der Dienst hat organisatorisch die Stiftung Alterszentrum Bülach im Hintergrund.

VPv § 11 Unter § 11 der Verordnung erwähnt der Gesetzgeber Bedingungen die gelten, wenn das Einstellen von Leistungen erwogen wird. Aus der Erfahrung, entwickeln sich solche Situationen in der Spitex langsam, sind eher vorhersehbar und selten. In der Vergangenheit liess das Spielraum um Lösungen entwickeln zu können. Mindestens zweimal pro Jahr tagen Vertreter/innen der Spitex und angeschlossenen Gemeinden, um unter anderem herausfordernde, aktuelle Thematiken zu diskutieren. Das trägt dazu bei, dass die nötigen Personen einander bekannt sind und im Ausnahmefall unverzüglich Kontakt hergestellt werden kann.

VPv § 9 Die Spitex richtet sich und ihre Dienstleistung nach dem Qualitätsmanual des Schweizerischen Spitex- Verbandes aus und arbeiten mit Instrumente aus dem internen Qualitätsmanagement der Stiftung. Für die Sicherung der Qualität beteiligen sie sich am QMS WinFEE und legen Wert auf die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen.

Reklamationen und Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen und von der Spitex-Leiterin persönlich bearbeitet.

Zusätzliche Kommentare & Erklärungen der Leistungserbringerin

VPv § 7 Die in der Verordnung unter § 7, Abschnitt c) genannten Leistungen werden im Vergleich zu den übrigen nichtpflegerischen Leistungen anders gehandhabt.

§ 7 Einkäufen mit Leistungsbezüger/innen, auswärtige Besorgungen und Gehbegleitung ausserhalb der Wohnräumlichkeiten werden nur erbracht, wenn dadurch ein zusätzlicher Nutzen wie Bewegungstraining oder Förderung sozialer Kontakte / Alltags-training erwartet werden kann. Für die Säuglings- und Kinderbetreuung versteht sich die Spitex als absoluten Notnagel und kann oft auch nicht dem Bedürfnis entsprechen (Betreuung über mehrere Stunden oder in der Nacht sind beispielsweise nicht möglich), bei solchen Anfragen wurden in der Vergangenheit Kontaktadressen vermittelt bzw. die Situation mitgetragen, in dem die Spitex ergänzend und zeitlich begrenzt im Einsatz war.

6.2 Einsätze von Onko Plus und kispex in Höri

Im Rahmen der Leistungsvereinbarung hat der Spitex-Dienst die volle unternehmerische Freiheit und Verantwortung. In diesem Sinne koordiniert die Spitex in Situationen die ihre eigenen Möglichkeiten übersteigen mit Onko Plus und kispex Einsätze oder holen sich punktuell fachliche Beratungen / Coachings ab. Im Folgenden werden die beiden Dienste kurz portraitiert und deren Nahtstellen beleuchtet.

Onko Plus Stiftung für mobile Onkologie- und Palliativ- Pflege

Der Dienst erbringt Leistungen im Sinne einer palliativen Pflege, die in erster Linie die Linderung des Leids und die Erhöhung der Lebensqualität schwerkranker und sterbender Menschen anstrebt. Onko Plus ergänzt das Leistungsspektrum der jeweiligen lokalen Spitex und ergänzt wo nötig mit Fachwissen und der langjährigen Erfahrung in der Betreuung Schwerkranker zu Hause. Die Dienstleistung umfasst die direkte Pflege, die Beratung der Betroffenen und der Angehörigen, die Beratung, Schulung und Begleitung der lokalen Spitex in konkreten Situationen vor Ort. Onko Plus wird von der Spitex in der Regel vor allem in technik- / pflegeintensiven Situationen hinzugezogen.

Onko Plus beteiligt sich an der Entwicklung von evidenzbasierten Assessmentinstrumenten für den ambulanten und palliativen Pflegebereich und legt einen grossen Wert auf spezifisches Fachwissen und den Einsatz ausgewiesener Expert/innen. Das Angebot umfasst zusätzlich eine Erreichbarkeit rund um die Uhr, Einsätze zu Randzeiten oder in der Nacht (Pikettdienst). Die Stiftung gründete AURIS und finanziert den Freiwilligendienst von ausgebildeten Begleitpersonen, die Sterbende im Prozess des Trauerns und des Abschiednehmens zur Seite stehen. In besonders komplexen Situationen mit zusätzlich schwerwiegenden sozialen Kernthemen zieht Onko Plus eine Casemanagerin bei. Mit dem betriebenen Nahtstellenmanagement soll der „Drehtür-Effekt“ möglichst vermieden, die ambulanten Handlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und Einweisungen in Institutionen vermieden oder hinausgezögert werden. Noch während dem stationären Aufenthalt, wird die Rückkehr nach Hause sorgfältig vorbereitet. Dazu gehören Fach- und Beratungsgespräche im Spital oder Heim, das Erstellen interdisziplinärer Betreuungspläne, individuellen Patientenverfügungen, eine differenzierte Risikoeinschätzung in Bezug auf das Auftreten krankheitsbedingter Probleme und Symptome, entsprechende Vorkehrungen und das Organisieren der gesamten Materialien und Geräte für die Pflege zu Hause.

Nahstellen von Onko Plus, die wichtigsten Professionals im Netzwerk:

stationär

ambulant



Kispex, Kinder-Spitex Kt. Zürich

„Dihei isch es eifach schöner“ ... Unter diesem Motto ermöglicht es die Kinder-Spitex Kt. Zürich seit 16 Jahren, dass auch schwer kranke, behinderte und sterbende Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche zu Hause gepflegt werden können - in der Geborgenheit ihrer Familie. Dort, wo sie sich am wohlsten fühlen. Dazu gehört auch die Schulung und Beratung der Eltern in der Pflege ihres Kindes.

Die Einsätze durch diplomierte und qualifizierte Pflegefachpersonen erfolgen im ganzen Kanton Zürich und angrenzenden Gebieten. Und zwar an 365 Tagen, rund um die Uhr, auch nachts. Dank dieser professionellen Pflege zu Hause und einer engen Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich, weiteren Kinderkliniken sowie Kinder- und Hausärzten können Spitalaufenthalte verkürzt oder sogar vermieden werden.

Das Angebot der kispex umfasst auch technikintensive Pflege (z.B. Beatmung) sowie die kispex-Helpline, die Angehörigen und Fachleuten rund um die Uhr (24 Std./365 Tage) sofortige Hilfestellung in Krisensituationen und bei Fragen zu Palliative Care für Kinder gibt.



6.3 Freiberuflich tätige Pflegefachpersonen in Höri

Die Spitex gab an, bei Bedarf jeweils eine freiberufliche Pflegefachperson in besonders speziellen pflegerischen Situationen einzuschalten. Die anfallenden Kosten werden über die Spitex abgerechnet (Vorgehen analog zu Onko Plus und kispex).

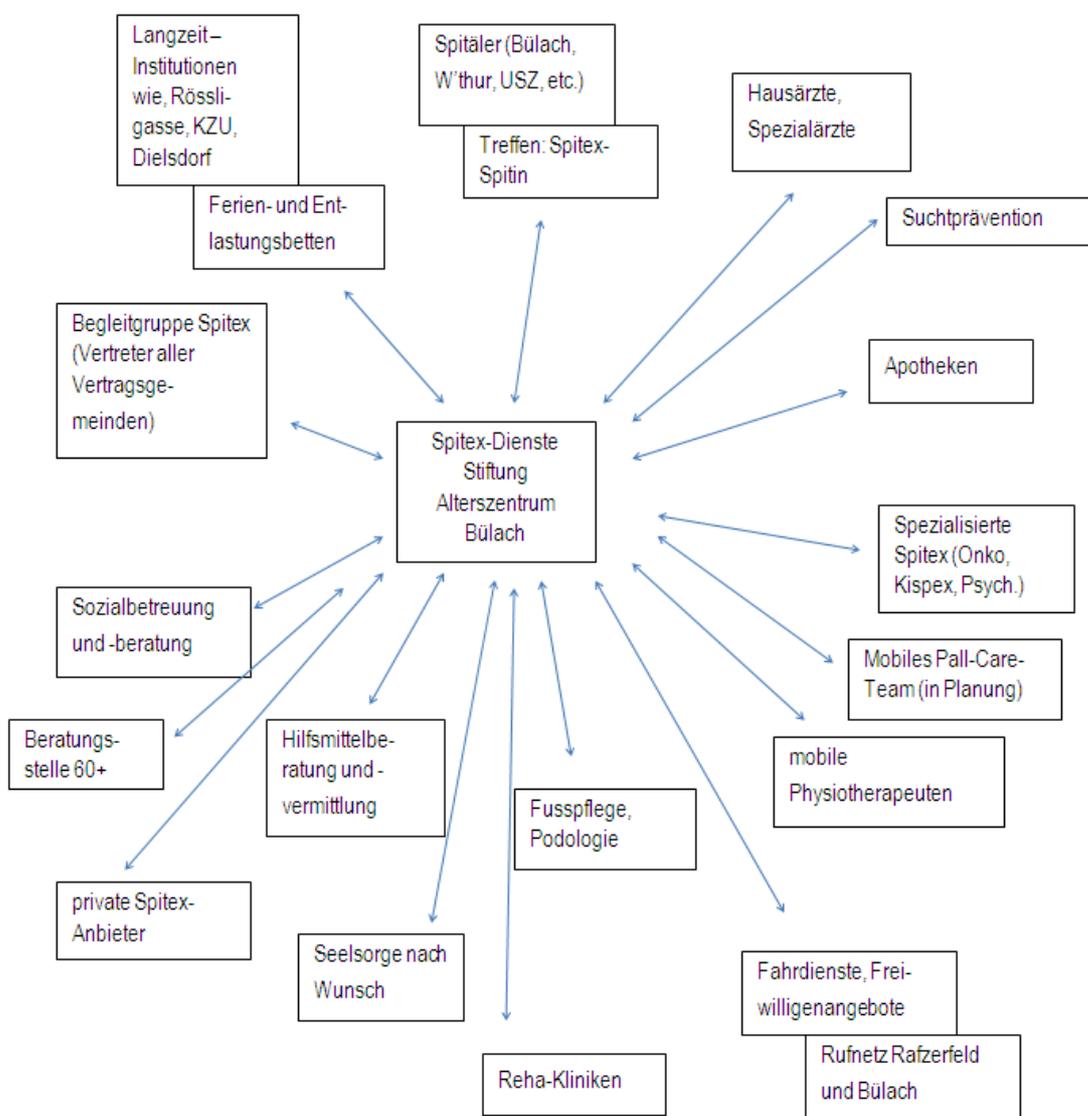
7. NAHTSTELLEN

VPv
§ 3

7.1 Stationär – ambulante Zusammenarbeit (Pflegezentren – Spitex)

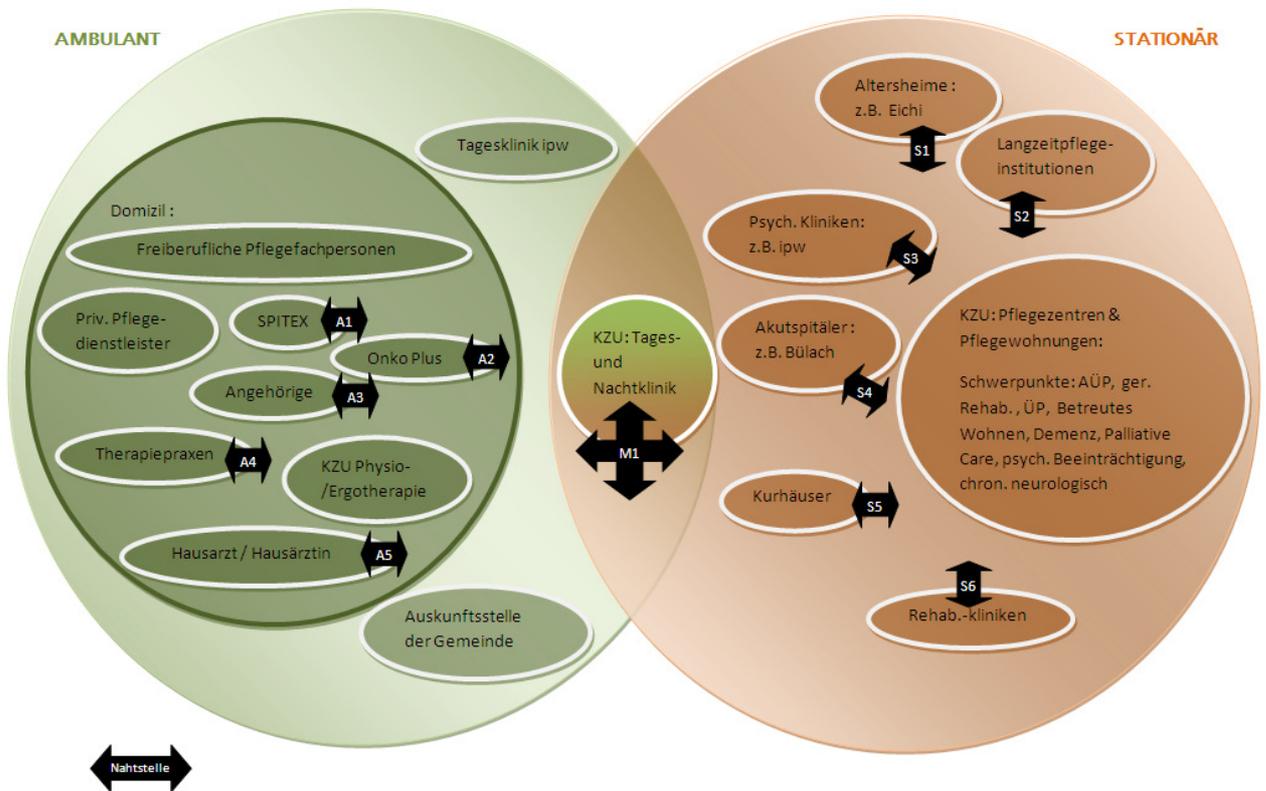
Spitex

Die Spitex versteht sich selbst als Teil einer Versorgungskette. Sie sind bestrebt, hierfür ihren Beitrag zu leisten. Lokal ist die Spitex verankert und gut vernetzt, was die Nahtstellen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ebnet.



KZU

Das KZU setzt Prozesse aus dem Disease Management um. Das Care und Case Management unterstützt die Pflegeteams in der Bewältigung besonders komplexer Lösungssuchen und pflegt den Kontakt zu den anderen Leistungserbringern im Verbandsgebiet bzw. denjenigen, die für die Gäste und Bewohner/innen wichtig sind.



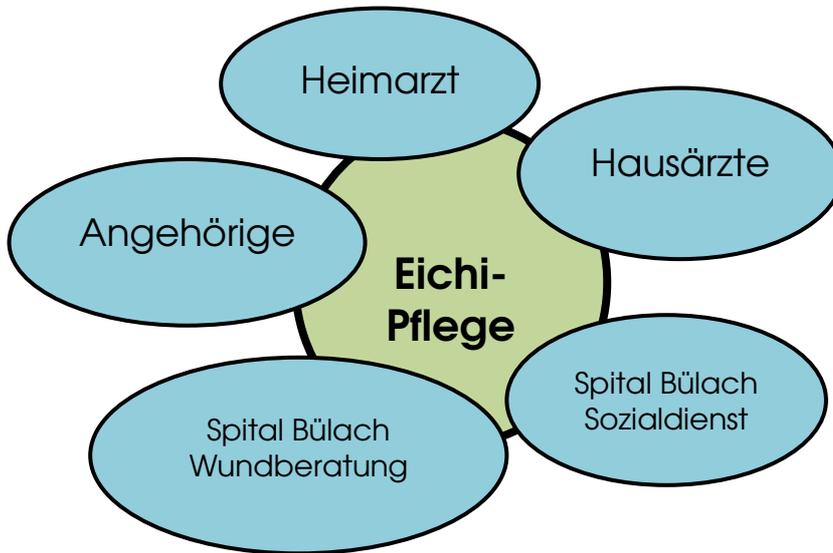
Die wichtigsten Merkmale aus dem Nahtstellenmanagement:

- A1 Spitem Bülach: mit der Spitem wird eine rege Zusammenarbeit und Austausch gepflegt. Die Wege sind kurz und die Ansprechpersonen / Zuständigkeiten bekannt. Die Spitem wird in der konkreten Betreuungssituation frühzeitig für die Austrittsplanung eingeladen.
- A2 Onko Plus: Zusammenarbeitsvertrag mit den Fachspezialist/innen, die punktuell und im Auftrag von KZU hinzugezogen werden.
- A3 Angehörige des/der Bewohner/in bzw. Gäste: Einladungen zur Veranstaltung für Angehörige z.B. Informationsveranstaltung nach dem Eintritt
- A4 Therapeut/innen: Physio-/Ergotherapie, Logopädie.
- A5 Hausarzt / Hausärztin: gezielter fachlicher Austausch.

- M1 KZU Tages- und Nachtklinik.
- Informationsaustausch mit betr. Hausarzt / Hausärztin via Fax, ggf. auch mit der betr. Spitex.
 - Informationsaustausch mit Angehörigen, Hausarzt / Hausärztin und Spitex via Kontaktheft.
- S1 Altersheim: hier Altersheim Eichi in Niederglatt.
- S2 Andere Institutionen aus der Langzeitpflege.
- S3 Psychiatrische Klinik: hier ipw.
- KZU kommuniziert Erwartungen: Anmeldung mit Arztzeugnis und Überweisungsrapport, Medikamentenabgabe für drei Tage.
 - Telefonischer Kontakt zur Klärung offener Fragen.
 - Ggf. Kund/innenbesuch oder Fallvorstellung in der ipw.
 - Telefonische Abklärungen zwischen den Berufsgruppen untereinander (Pflege, Ärztlicher Dienst, Therapien)
 - Feedback an Überweiser falls Übertritt Komplikationen verursachte.
- S4 Akutspitäler: hier am Beispiel vom Spital Bülach.
- Regelmässige Netzwerktreffen in versch. Gefässen.
 - KZU kommuniziert Erwartungen: Anmeldung mit Arztzeugnis, mit Überweisungsrapport, Freiwilligkeit / Einverständnis Patient/in.
 - Kund/innenbesuch während dem Aufenthalt in komplexen Situationen, wie: herausf. Verhalten, komplexe Wundbehandlung, Tracheostoma, künstl. Beatmung usw.). Ggf. telefonische Abklärungen zwischen den Berufsgruppen untereinander (Pflege, Ärztlicher Dienst, Therapien).
 - KZU kommuniziert Erwartungen: bei Austritt Medikamentenabgabe für drei Tage, Einverständnis vorliegend.
 - Feedback mit Kopie aus Pflegebericht an Überweiser falls Übertritt Komplikationen verursachte („Lernen aus Fehlern“).
- S5 Kurkliniken: spielen eine untergeordnete Rolle.
- S6 Rehabilitationskliniken: insbesondere Wald und Zuzach, in komplexen Situationen erfolgt ein Kund/innenbesuch vor Ort.

Altersheim Eichi

Die Pflege vom Altersheim Eichi gibt folgende Schnittstellen an, die mit Überweisungsrapport oder telefonischen Kontakten überwunden werden:



7.2 Pflege- und Akutversorgung

Die Leistungserbringer der Gemeinde streben eine enge Zusammenarbeit untereinander an, damit die Versorgung möglichst schwellenlos klappt. Die finanziellen Aufwände hierfür tragen die Betriebe alleine, da sie als Leistung nicht anerkannt und gelten gemacht werden können gegenüber den Krankenkassen. Für die Leistungsbezieher/innen sind funktionierende Nahtstellen aber elementar und vermögen seine / ihre Compliance und Eigenverantwortung zu stärken.

Da die Gemeinde keinen Einfluss auf die Akutversorger/innen nehmen kann, berücksichtigt das Konzept deren Anteil nicht.

GLOSSAR

ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
IzEP	Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen
KZU	KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit
PfG	Pflegegesetz vom 22. November 2010
PZ	Pflegezentrum / Pflegezentren
RAI	Resident Assessment Instrument
SBK Spitex	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner meint die lokale Spitex mit Leistungsauftrag von der Gemeinde
VPv	Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010

LITERATURVERZEICHNIS

Bayer-Oglesby, & Höpflinger. (2010 / OBSAN Bericht 47). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Höpflinger, L. B.-O. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Bern: Hans Huber (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums).

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion. (Oktober 2010). *Langzeitversorgung Kenndaten 2009*.

Schilliger, S. G. (Jahrbuch 2009). "Ein Engel aus Polen": Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. *151 Denknetz*.

