

|  |
| --- |
| **SELBSTDEKLARATIONSFORMULAR BB** |

**Erneuerung der Betriebsbewilligung (BB)**

**eines Pflegeheims**

**durch das Kantonsarztamt (KAA)**

Basierend auf den Rahmenbedingungen für den Betrieb eines Pflegeheims vom 25. Juli 2023

KANTONSARZTAMT – VILLARS-SUR-GLANE

Oktober 2023

**Einleitung**

Das KAA gewährleistet die Aufsicht über die Pflegequalität in den Pflegeheimen durch regelmässige und systematische Kontrollen. Diese Kontrolle erfolgt auf der Grundlage der Rahmenbedingungen für den Betrieb eines Pflegeheims (Anhang).

Jede Einrichtung, die über eine Betriebsbewilligung des Kantons Freiburg verfügt, obliegt vor Ablauf der Bewilligung einer Kontrolle. In der Regel werden alle fünf Jahre die Kriterien zur Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen, zur Pflegequalität und zur Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner über­prüft.

Diese Kontrolle erfolgt anhand des Dossiers auf Antrag des KAA. Eine Kontrolle vor Ort – je nach Situ­ation angekündigt oder unangekündigt, gezielt oder umfassend – kann jederzeit durchgeführt werden. Insbesondere aber bei Beschwerden, einem neuen Auftrag, baulichen Veränderungen oder spezifischen Problemen, die bei der Analyse der übermittelten Unterlagen festgestellt oder aufgedeckt wurden. Falls nötig, werden Korrekturmassnahmen veranlasst.

**Selbstdeklarationsformular**

Dieses Formular dient der Überwachung der Leistungen in Pflegeheimen. Es kann durch das «Inspekti­onsformular BB» ergänzt werden, dass bei durchgeführten Kontrollen vor Ort im Rahmen der Erneue­rung der BB genutzt wird.

Durch ihre Unterschrift bestätigen die Verantwortlichen der Einrichtung die Richtigkeit ihrer Angaben. Dieses Dokument ist Teil des Dossiers zur Erneuerung der BB.

**Vorgehen**

Das «Selbstdeklarationsformular» wird von den Verantwortlichen der Einrichtung ausgefüllt. Es wird vollständig ausgefüllt, unterzeichnet und unter Beilage der mit einem **X** gekennzeichneten Dokumente **innert einem Monat** ab Eingang der Anfrage per Post oder E-Mail an folgende Adresse geschickt:

Kantonsarztamt

Sektor Pflege

Route de Villars 101

1752 Villars-sur-Glâne

[smc@fr.ch](mailto:médecin.cantonal@fr.ch)

**Abkürzungen:**

BB Betriebsbewilligung

KAA Kantonsarztamt

AVAO Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung

SAD Spezialisierte Abteilung für Demenzkranke

CAS *Certificate of Advanced Studies*

DAS *Diploma of Advanced Studies*

MAS *Master of Advanced Studies*

VFAS Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen und Spitex

MFÄF Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg

IP In Planung

T Teilweise**INFORMATIONSERHEBUNG**

Bitte füllen Sie das Formular aus und kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen ⌧ an.

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Verantwortliche Personen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Heimleiterin oder des Heimleiters:  *(Die Heimleitung kann auf mehrere Personen aufgeteilt werden. In diesem Fall geben Sie die Namen und Verantwortlichkeiten an.)* | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Name der Pflegedienstleiterin oder des Pflegedienstleiters:  *(Die Verantwortung für die Pflege wird zwingend einer Person mit einem Titel als diplomierte/r Pflegefachfrau/-mann FH oder einem als gleichwertig anerkannten Titel übertragen.)* | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Name der/des zuständigen Ärztin/Arztes:  *Inhaber/in einer Praxisbewilligung im Kanton, der/die über Kompetenzen oder Erfahrung in Geriatrie verfügt.* | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Vertrag mit der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt: | | | | | Ja | Nein | | | | Wenn ja: Art des Vertrags  «Standard» (VFAS/MFÄF)  Option Pikett-/Bereitschaftsdienst (VFAS/MFÄF)  andere, welche Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | |
|  |  | | | |
| Name der beratenden Apothekerin oder des beratenden Apothekers: | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Name der/des Link Nurse Infektionsprävention:  Ad-hoc-Ausbildung *(Espace Compétences oder H+)* | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Ja  *Ausbildungsbescheinigung ist an das KAA weiterzuleiten* | | | | | | | laufend | | | | | Nein |
| Wenn SAD:  Name der/des zuständigen Ärztin/Arztes der SAD:  Name der Pflegefachperson mit Fachausbildung:  Unterschrift der/des Verantwortlichen der Supervision: | | | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | |
| Wenn SAD:  Liaison-Vereinbarung mit dem FNPG oder mit Psychogeriater/in mit eigener Praxis | | | | | Ja | | | | | | | | | Nein | | | |
| **Bemerkung/en:** Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. ORGANISATION UND FUNKTIONSWEISE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Verschiedene Elemente der Kontrolle** | | | | | | | Ja | | | | Nein | | In Erarbeitung | | | Vorzulegendes Dokument | Hinweis |
| Bitte legen Sie dem KAA die Statuten vor, wenn sie seit der Gewährung der vorherigen BB geändert wurden. | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Anerkannter Auftrag: | | | | | | | anerkannte Betten  zugelassene Betten  Tagesstätte  Kurzzeitaufenthalt  AVAO  SAD  andere Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | |
| Anzahl bewilligter Betten/Plätze | | | | | | | anerkannte Betten Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  zugelassene Betten Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  Tagesstätte Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  Kurzzeitaufenthalt Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  AVAO Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  SAD Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  andere Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | |
| Das Organigramm zeigt die Hierarchien und Stellvertretungen auf. Es entspricht den tatsächlichen Gegebenheiten und ist den Mitarbeitenden bekannt. | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Für jede Funktion gibt es ein Pflichtenheft/einen Funktionsbeschrieb, für deren Inhalt die Einrichtung verantwortlich ist. | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Bitte übermitteln Sie die Dienstpläne des Pflegefachpersonals der letzten drei Monate. Die Pläne sollen eine monatliche Übersicht (Tag- und Nachtpläne) sowie eine Unterscheidung nach den verschiedenen Kategorien des Pflegefachpersonals ermöglichen, und eine Legende der Arbeitszeiten beinhalten.  *(Das KAA überprüft insbesondere die Anwesenheit von Pflegepersonal Tag/Nacht oder die Planung von Pikettdiensten, die Anzahl der Nachtwachen)* | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Anwesenheit von mindestens einer diplomierten Pflegefachperson ist jederzeit sowohl tagsüber als auch nachts gewährleistet. | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X[[1]](#footnote-1)** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Ein schriftliches Konzept für Pflege und Betreuung ist vorhanden.  *(Es steht im Einklang mit dem Auftrag. Die Eigenarten im Zusammenhang mit besonderen Betreuungsformen, insbesondere für Kurzzeitaufenthalte und die Demenzabteilung, müssen klar beschrieben und von den herkömmlichen Langzeitaufenthalten unterschieden werden. Es hat das Lebensprojekt zum Ziel und umfasst mindestens Elemente betreffend Pflegetheorie/-philosophie, Interdisziplinarität, das Aufnahmeverfahren und die Sterbebegleitung.* | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zusatzausbildungen des Personals, die mit Zertifikat abgeschlossen werden (Nachdiplom)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausbildung /  Thema | Direktor/in | Arzt/Ärztin | Pflege-leitung | Stations-leitung | | | | Pflegefach-personen | | | | Aktivierungs-therapeut/in | | | Köchin/Koch  Haus-wirtschafts-leiter/in | | Art |
| Gerontologie  Geriatrie  Psychogeriatrie[[2]](#footnote-2) |  |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[3]](#footnote-3) |
| Psychiatrie |  |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[4]](#footnote-4) |
| Palliative Care | ☐ |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[5]](#footnote-5) |
| Verwaltung |  |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[6]](#footnote-6) |
| Ernährung in Pflegeheimen |  |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[7]](#footnote-7) |
| andere  (bitte angeben) |  |  |  |  | | | |  | | | |  | | |  | | CAS  DAS  MAS  [[8]](#footnote-8) |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Es gibt eine schriftliche Planung der angebotenen und besuchten Kurse für das gesamte Pflegepersonal.  *(Umfasst: Jahr, Bezeichnung/Thema der angebotenen Kurse und Dauer, Teilnehmerzahl/Ausbildung)* | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Bei Betrieb einer **SAD** gibt es einen Plan für die Sonderausbildung des Pflegepersonals der SAD. | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Bei Betrieb einer **SAD** gibt es einen Plan für die Supervisionen (Häufigkeit, Inhalt). | | | | | | |  | | | |  | |  | | | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die ärztliche Visite erfolgt regelmässig und auf Abruf; jede Bewohnerin oder jeder Bewohner wird bei ihrer/seiner Aufnahme und mindestens zwei Mal pro Jahr untersucht. | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personalführung – HR-Kennzahlen für Pflege und Betreuung (QUAFIPA-Basis)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluktuationsrate des Personals | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Rate Mitarbeitende mit Absenzen | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Absenzenrate Stunden | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Rate Stunden sehr kurze Absenzen (≤3 Tage) | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Weiterbildungsrate (% Mitarbeitende) | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Weiterbildungsrate (% Stunden) | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Fortbildungsrate (% Mitarbeitende) | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| Fortbildungsrate (% Stunden) | | | | | | | | | % (Jahr:       ) | | | | | | | | |
| **Bemerkung/en:** Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Qualität** | | | | | |
| **JA** |  | Ausweis durch anerkannte Organisation oder kontinuierlicher Verbesserungsprozess (Selbstbewertung...) | | Organisation: Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | |
| Auditierte Norm:Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | |
| Gültigkeit: Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | |
| **IP** |  | Prozess läuft | | Welcher: Bitte hier klicken, um Text einzugeben.  Frist: Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | |
| **T** |  | Prozess für unbestimmte Zeit aufgeschoben | | | |
| **NEIN** |  | kein laufender Prozess | | | |
| Name der/des Qualitäts-verantwortlichen | | | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | |
| Bitte geben Sie dem KAA die QUAFIPA-Bestätigung oder eine andere erhaltene «Qualitätsbestätigung» ab | | | | | **X** |
| **Bemerkung/en:** Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | |

| **Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verschiedene Elemente der Kontrolle** | Ja | Nein | In Erarbeitung | Vorzulegendes Dokument | Bemerkung |
| Die Bewohner/innen, die allfälligen Personen, die in einer Tagesstätte betreut werden, und gegebenenfalls ihre Angehörigen werden über die Patientenrechte informiert; ihnen steht eine Dokumentation zur Verfügung. Wenn ja, bitte angeben:  Broschüre «Die Patientenrechte im Überblick»  Gesundheitsgesetz  Ethik-Charta der VFAS  Dokument «Rechte und Schutz von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern» der VFAS  Andere: bitte angeben Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Das Personal wird über die Patientenrechte informiert; ihm steht eine Dokumentation zur Verfügung. Wenn ja, bitte angeben:  Broschüre «Die Patientenrechte im Überblick»  Gesundheitsgesetz  Ethik-Charta der VFAS  Dokument «Wahrung und Schutz der Integrität und der Rechte von HeimbewohnerInnen» der VFAS  Andere: bitte angeben Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung gewährleistet eine individuelle, auf den/die Bewohner/in ausgerichtete und seine/ihre Selbstbestimmung fördernde Pflege auf kontinuierlicher Basis; bei Urteilsunfähigkeit der/des Bewohnerin/Bewohners orientiert sich das Pflegepersonal an der Patientenverfügung oder dem mutmasslichen Willen, der bei den Angehörigen erhoben wurde, gemäss geltendem Recht (Zivilgesetzbuch). |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat einen Unterbringungsvertrag mit der Einrichtung abgeschlossen, der von ihr/ihm selbst oder dem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet wurde.  *(Mindestinhalt: Leistungen, finanzielle Bedingungen, Rechte und Pflichten jeder Partei, Vertragsdauer und Kündigungsmodalitäten)* |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung hat ein Datenschutzkonzept entwickelt:  *(Darin werden mindestens die geltenden Grundprinzipien, die Massnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit, die Rechte der Betroffenen, Anweisungen zur Vorgehensweise und eine Beschreibung der Verantwortlichkeiten dargelegt.)* |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Ein Dokument beschreibt das interne und externe Vorgehen für den Umgang mit Beschwerden.  *(Interne Referenzpersonen, Beschwerdemanagement, Nachverfolgbarkeit und Feedback an die beschwerdeführende Person;3 externe Anfechtungsmöglichkeiten präzisiert nach Einrichtung)* |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung hat ein Präventionskonzept zu Misshandlungen.  *(Es umfasst mindestens die eingeführten Präventions- und Erkennungsmassnahmen, die geplanten Interventionen und die Ausbildung des Personals.)* |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung hat ein Konzept erstellt, in dem sie ihre Haltung zum Einsatz von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit (eingesetzte Massnahmen, Prävention, Dokumentation und Schulung des Personals) erläutert. Dieses Konzept wird die Sturzprävention einbeziehen. |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung führt ein Register, in dem alle Maßnahmen erfasst sind, die eine Erstellung eines Protokolls über eine Zwangsmaßnahme oder eine Maßnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei einer urteilsunfähigen Person zur Folge haben.  *(Es enthält die Kontaktdaten des Bewohners/der Bewohnerin, das Datum der Einführung und der Aufhebung; die Daten sind jederzeit verfügbar.)* |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| Die Einrichtung hält sich an die Empfehlungen des KAA und der Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen und Spitex (VFAS) betreffend Sterbehilfe in Pflegeheimen (Stand: 21. November 2019). |  |  |  |  | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Bemerkung/en:** Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. AUSSTATTUNG UND RÄUMLICHKEITEN** | | | | | |
| **Verschiedene Elemente der Kontrolle** | Ja | Nein | In Erarbeitung | Vorzulegendes Dokument | Bemerkung |
| Ein Fumoir (Raucherraum) wird den Bewohnerinnen und Bewohnern zur Verfügung gestellt gemäss Weisungen vom 15. Dezember 2009 über das Rauchverbot in Einrichtungen, die dem dauernden Verbleib oder einem längeren Aufenthalt dienen. In diesem Fall ist dem KAA eine Erklärung zu übermitteln über die Bereitstellung eines solchen Raumes, der ausschliesslich von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden darf. |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben |
| Wird ein Fumoir zur Verfügung gestellt, muss dieses die Bestimmungen der Verordnung vom 3. Juni 2009 über den Schutz vor dem Passivrauchen erfüllen. Bitte dem KAA eine vor weniger als fünf Jahren durch eine Fachperson ausgestellte Konformitätsbescheinigung für die Lüftung einschliesslich der Einhaltung der Norm SIA 382/1 aushändigen. |  |  |  | **X** | Bitte hier klicken, um Text einzugeben. |
| **Bemerkung/en:** Bitte hier klicken, um Text einzugeben. | | | | | |

Ort: Bitte hier klicken, um Text einzugeben.

Datum: Bitte hier klicken, um Text einzugeben.

Name, Vorname der Heimleiterin oder des Heimleiters: Bitte hier klicken, um Text einzugeben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beilage: Rahmenbedingungen für den Betrieb eines Pflegeheims

1. Im Falle einer negativen Antwort ist dem KAA eine Kopie des aktuellen Sicherheitskonzepts (Pikettdienst) zu übermitteln. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Wenn SAD, Kopie des CAS in Psychogeriatrie, sofern Personalwechsel seit Anerkennung/letzter BB [↑](#footnote-ref-2)
3. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-3)
4. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-4)
5. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-5)
6. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-6)
7. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-7)
8. Bitte angeben [↑](#footnote-ref-8)