



Patientensicherheit in der Langzeitpflege

Besonderheiten, Handlungsfelder und bestehende Aktivitäten

November 2016

Andrea Niederhauser, MPH

Manuela Füglister, lic. rer. pol.



Inhalt

1	Einleitung	3
2	Ausgangslage	3
3	Methodik	4
3.1	Definition zentraler Begriffe	4
3.2	Vorgehen	5
4	Was bedeutet Patientensicherheit im Kontext der Langzeitpflege?	6
4.1	Besonderheiten des Settings Langzeitpflege für die Patientensicherheit	6
4.2	Kernthemen der Patientensicherheit in der Langzeitpflege	8
4.3	Abwägung von Autonomie und Fürsorge und das bewusste Eingehen von Sicherheitsrisiken	11
5	Wo besteht dringlicher Handlungsbedarf?	12
5.1	Bestehende Projekte	12
5.2	Handlungsbedarf	12
6	Fazit	13
7	Literatur	14
8	Anhang	16



1 Einleitung

Patientensicherheit Schweiz möchte mit dem Projekt „Patientensicherheit in der Langzeitpflege“ die Besonderheiten und Themenbereiche der Patientensicherheit im Bereich der Langzeitpflege aufarbeiten und dringliche Handlungsfelder in der Schweiz aufzeigen. Im vorliegenden Bericht werden die wichtigsten Ergebnisse des Projekts präsentiert, welches zusammen mit einer interdisziplinär zusammengesetzten Gruppe von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Langzeitpflege und Patientensicherheit erarbeitet wurde.

2 Ausgangslage

Die professionelle ambulante und stationäre Langzeitpflege älterer Menschen ist ein bedeutender Pfeiler im schweizerischen Gesundheitswesen. Im Jahr 2013 wurden rund 142'000 Personen in einer Alters- oder Pflegeinstitution beherbergt und gepflegt (Kurz- und Langzeitaufenthalte). Von diesen Bewohnerinnen und Bewohnern waren drei Viertel 80 Jahre oder älter (1). Im selben Jahr wurden zudem rund 261'000 Personen von einer privaten oder öffentlichen Spitex-Organisation zu Hause betreut. Eine grosse Mehrheit der Klientinnen und Klienten (84%) bezog (unter anderem) pflegerische Leistungen (2). Etwa die Hälfte der Personen (48%), die ambulante Langzeitpflege beanspruchten, war über 80 Jahre alt (3). Gemäss dem Bundesamt für Statistik bedeutet dies gerechnet auf die Gesamtbevölkerung, dass 60 Prozent aller über 80-Jährigen entweder in einer Alters- und Pflegeinstitution wohnten oder Spitex-Leistungen in Anspruch nahmen. In der Langzeitpflege waren im Jahr 2013 zudem etwa 165'000 Personen beschäftigt, 42'000 in der Spitex und 123'000 in einem Pflegeheim (4). Aufgrund der demografischen, sozialen und technologischen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach professioneller Langzeitpflege in den kommenden Jahren weiter ansteigen und sich die Art der beanspruchten Pflegeleistungen verändern wird (5).

Patientensicherheit, das heisst das Bestreben, unerwünschte Ereignisse und Schädigungen durch die Behandlung und Pflege zu verhindern, ist als Thema aus der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken. Viele Studien und Projekte fokussierten bis anhin auf Probleme und Fragestellungen im Spitalbereich (6). Aber auch im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege kommt es zu Fehlern, Zwischenfällen und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen (7-9). Dazu zählen beispielsweise sturzbedingte Verletzungen, arzneimittelassoziierte Probleme, nosokomiale Infektionen, unbehandelte Schmerzen und Mangelernährung, Probleme im Zusammenhang mit medizintechnischen Geräten sowie physische und psychische Gewalt und sexuelle Übergriffe. An zwei Beispielen soll das Ausmass der Thematik in der Schweiz nachfolgend kurz illustriert werden:

- Stürze können besonders bei älteren Personen schwerwiegende Verletzungen zur Folge haben. Sie können zu einer raschen Verschlechterung der funktionalen Gesundheit der Betroffenen führen und einen Hilfs- und Pflegebedarf auslösen oder erhöhen (10;11). Nicht selten führt ein Sturz mit seinen Folgen zu starken Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung, was ein schwerwiegender Einschnitt für die Betroffenen darstellt. Im Laufe eines Jahres stürzen in der Schweiz 25 Prozent der zu Hause lebenden Personen und 39 Prozent der in Alters- und Pflegeinstitutionen lebenden Personen über 65 Jahre mindestens einmal (12). Gemäss Hochrechnungen der Beratungsstelle für Unfallverhütung ziehen sich im Schnitt jährlich über 80'000 Personen über 65 Jahre bei einem Sturz eine Verletzung zu; rund 1'200 Personen versterben an den Folgen eines Sturzes (13).
- Unerwünschte Arzneimittelereignisse sind Schädigungen, die im Zusammenhang mit einer Medikamenten-therapie auftreten. Dabei kann es sich um unerwünschte Nebenwirkungen der Medikamente handeln oder aber um die Folgen eines Fehlers bei der Verordnung, Abgabe oder Einnahme des Medikaments (14). Eine amerikanische Studie berichtet, dass 42 Prozent der aufgetretenen unerwünschten Arzneimittelereignisse in zwei Pflegeheimen auf Fehler im Medikationsprozess zurückgeführt werden konnten und somit als vermeidbar eingestuft wurden (15). Die gleichzeitige Verwendung von mehreren Medikamenten (Polymedikation) und die Einnahme von Medikamenten, die aufgrund ihrer pharmakologischen Wirkung und/oder möglicher Nebenwirkungen für ältere Menschen ungeeignet sein können (potentiell inadäquate Medikation), erhöhen das Risiko von unerwünschten Arzneimittelereignissen. In der Langzeitpflege ist die Prävalenz von Polymedikation und potentiell inadäquater Medikation besonders hoch. Rund drei Viertel (73%) der in Alters-



und Pflegeinstitutionen lebenden Personen nehmen regelmässig Medikamente ein; im Durchschnitt sind es pro Tag 7,1 Medikamente oder andere Heilmittel (16). Eine Studie bei zu Hause lebenden Personen in der Schweiz fand, dass 41,2 Prozent der über 65-Jährigen mehr als 5 Medikamente gleichzeitig einnahmen und bis zu 21,1 Prozent ein potentiell inadäquates Medikament erhielten (17).

Eine kanadische Übersichtsstudie kam zum Schluss, dass zwar Untersuchungen zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen in der Langzeitpflege existieren, aber nur wenige Studien sich gezielt mit Handlungsfeldern und möglichen Verbesserungsmassnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit in diesem Setting befassen (18). Auch für die Schweiz gibt es bis heute wenige systematischen Studien, die sich mit dem Thema beschäftigen. Ein kürzlich erschienener Bericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Die Bewohnersicherheit wurde in der Studie in den drei Dimensionen Teamwork, Sicherheitsklima und Stresserkennung abgefragt und zeigte, dass besonders die Aspekte eines positiven Sicherheitsklimas (z.B. die Möglichkeit, Fehler zu besprechen) vom Personal gemischt beurteilt wurden. Die Studie thematisierte auch die Folgen von Ressourcenknappheit auf Seiten des Personals, beispielsweise wenn freiheitseinschränkende Massnahmen oder sedierende Medikamente eingesetzt werden, weil die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zu viel Zeit kosten würde (19).

Vor diesem Hintergrund hat Patientensicherheit Schweiz das Projekt „Patientensicherheit in der Langzeitpflege“ konzipiert. Übergeordnetes Ziel des Projekts war es, das Thema Patientensicherheit für die Schweiz praxisbezogen, interdisziplinär und sektorenübergreifend aufzuarbeiten. Dabei wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachrichtungen diskutiert, was Patientensicherheit im Kontext der Langzeitpflege bedeutet, welche Bestrebungen in der Schweiz bereits heute bestehen, um die Patientensicherheit in diesem Setting zu verbessern und wo dringlicher Handlungsbedarf besteht.

3 Methodik

3.1 Definition zentraler Begriffe

Um dem Projekt einen klaren Bezugsrahmen zu geben und die Thematik einzugrenzen, wurden die zentralen Begriffe vorgängig definiert. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass das Thema vor einem gemeinsamen Verständnishintergrund erfasst und diskutiert werden kann.

Langzeitpflege

Unter Langzeitpflege wird im Rahmen dieses Projekts die professionelle Betreuung und Behandlung von pflegebedürftigen älteren Menschen in Altes- und Pflegeinstitutionen und zu Hause durch die Spitex verstanden. Aus Gründen der Praktikabilität wurden andere wichtige Bereiche der Langzeitpflege nicht in den Fokus genommen, wie beispielsweise die Langzeitbetreuung durch Angehörige, die Betreuung Sterbender im Hospiz, die Versorgung jüngerer pflegebedürftiger Menschen und Langzeiteinrichtungen für Kinder, behinderte Personen oder psychisch erkrankte Menschen. Ebenfalls ausgeklammert wurde die Frage, ob die Patientinnen und Patienten bei Bedarf überhaupt Zugang zu professioneller Versorgung haben.

Patientensicherheit

Patientensicherheit beinhaltet die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ereignissen und Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben (20). Zentrales Ziel der Patientensicherheit ist die Reduktion der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse (21). Unerwünschte Ereignisse können physische und emotionale Folgen für die Patienten haben (22).

Eine Besonderheit der Langzeitpflege ist, dass die Menschen dort leben und wohnen, wo sie betreut, gepflegt und auch medizinisch behandelt werden. Die oben aufgeführte allgemeine Definition der Patientensicherheit wurde dennoch nicht um die Begriffe der „Bewohnerin/Bewohner“ oder „Klientin/Klient“ und „Betreuung“ erweitert, um das Projekt explizit auf die Anliegen der Patientensicherheit zu fokussieren und um weitere sicherheitsrelevante Bereiche wie Feuerschutz- oder Diebstahlvorkehrungen, sowie auch Arbeits- und Gesundheitsschutz auszuklammern.



3.2 Vorgehen

Erster Roundtable

In einem ersten Schritt wurde eine halbtägige, interdisziplinäre Gesprächsrunde mit 17 Fachpersonen durchgeführt. Primäres Ziel der Gesprächsrunde war es, in einer offenen Fachdiskussion das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln in seinen verschiedenen Facetten zu beleuchten und breit zu diskutieren. Dabei wurde diskutiert, durch welche Fragestellungen, Themen und Besonderheiten sich die Patientensicherheit im Bereich der Langzeitpflege auszeichnet. Die Gesprächsrunde hatte zudem zum Ziel, die Fachpersonen untereinander zu vernetzen die Sensibilisierung für das Thema zu erhöhen und eine Fachdiskussion in der Schweiz anzustossen. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen relevanten Fachrichtungen und Tätigkeitsfeldern zusammenzubringen. Die Diskussionsrunde setzte sich schliesslich aus Personen aus den Bereichen Pflege, Ärzteschaft, Qualitätsmanagement, Physiotherapie, Logopädie und Sozialwissenschaften aus unterschiedlichen öffentlichen und privaten Versorgungsbereichen (Alters- und Pflegeinstitutionen und Spitex) und Organisationen (Dachverbände, Lehre und Forschung, Stiftung Patientensicherheit, Zertifizierungsstelle) zusammen.

Die von den Fachpersonen eingebrachten Argumente und Aspekte wurden in Anschluss an den ersten Roundtable reflektiert und gebündelt. Die Erkenntnisse wurden in einem Arbeitsdokument festgehalten und wo nötig durch gezielte Literaturrecherchen vertieft (vgl. Kapitel 4).

Kurzbefragung zu den bestehenden Projekten

Um einen Überblick über laufende Bestrebungen zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege zu erhalten, wurde den Teilnehmenden des ersten Roundtables ein Kurzfragebogen zugestellt, den sie auch an weitere Fachpersonen weiterleiten konnten. Die Fachpersonen wurden gebeten, ihnen bekannte Projekte zur Patientensicherheit anzugeben. Projekte wurden definiert als "Bestrebungen, die direkt oder indirekt zum Ziel haben, die Patientensicherheit in der Langzeitpflege zu verbessern. Es kann sich beispielsweise um Strategien, Forschungsprojekte, Initiativen, Richtlinien oder kleinräumige Verbesserungsprojekte zu konkreten Themen (Medikationssicherheit, Infektionen, Stürze usw.) handeln. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Projekte national, regional oder lokal umgesetzt werden." Es ging nicht um Qualitätsprojekte im weiteren Sinne, sondern um Projekte, die die Vermeidung von Schaden oder Schadensrisiken zum Ziel haben. Insgesamt gaben 12 Fachpersonen eine Rückmeldung zur Kurzbefragung. Die genannten Projekte dienten als Grundlage für die weitere Diskussion und die Identifizierung des dringlichsten Handlungsbedarfs im nächsten Arbeitsschritt.

Zweiter Roundtable

Schliesslich wurde eine zweite Diskussionsrunde durchgeführt. Diese hatte zum einen zum Ziel, die Erkenntnisse aus dem ersten Roundtable zu plausibilisieren und zu vertiefen. Zum anderen sollte vor dem Hintergrund der vier identifizierten Kernthemen der Patientensicherheit in der Langzeitpflege diskutiert werden, wo aus Sicht der Fachpersonen aktuell der grösste Handlungsbedarf besteht und wo die notwendigsten Projekte ansetzen müssten.

Zur zweiten Gesprächsrunde wurden alle Teilnehmenden des ersten Roundtables eingeladen sowie weitere Fachpersonen, die aus terminlichen Gründen an der ersten Sitzung nicht teilnehmen können. Vorgängig zur Sitzung wurde das Arbeitsdokument, welches die Erkenntnisse aus der ersten Diskussionsrunde zusammenfasst, an alle involvierten Fachpersonen zugestellt. Diejenigen Personen, die nicht am zweiten Roundtable teilnehmen konnte, nutzten die Gelegenheit, ein schriftliches Feedback zu den Erkenntnissen zu geben. Insgesamt waren 14 Fachpersonen am zweiten Roundtable anwesend.

Bericht

Der vorliegende Bericht fasst die Erkenntnisse aus allen Arbeitsschritten zusammen und wurde den beteiligten Fachpersonen zur Validierung vorgelegt.



4 Was bedeutet Patientensicherheit im Kontext der Langzeitpflege?

Aus der ersten Diskussionsrunde mit den Fachpersonen konnten drei wichtige Erkenntnisse festgehalten werden. Einerseits zeichnet sich das Setting Langzeitpflege durch bestimmte Merkmale aus, welche von besonderer Relevanz für die Patientensicherheit sind, die aber nicht (ohne weiteres) verändert werden können. Diese Besonderheiten oder Voraussetzungen des Settings werden in Abschnitt 4.1 beschrieben. Neben diesen Besonderheiten gibt es in der Langzeitpflege konkrete Aspekte, die, wenn sie optimal ausgestaltet sind, zu viel Sicherheit beitragen können und umgekehrt bei schlechter Ausgestaltung die Patientensicherheit gefährden. Diese verschiedenen Aspekte können in vier Themenbereiche gebündelt werden, die in Abschnitt 4.2 vorgestellt und anhand von Beispielen illustriert werden. Schliesslich wurde deutlich, dass sich Bestrebungen zur Erhöhung der Patientensicherheit in diesem Setting in besonderem Masse mit Abwägungen zwischen Autonomie und Fürsorge, Freiheit und Sicherheit auseinandersetzen müssen und dabei unter Umständen Sicherheitsrisiken auch bewusst eingegangen werden. Diese besondere Fragestellung wird in Abschnitt 4.3 erläutert.

4.1 Besonderheiten des Settings Langzeitpflege für die Patientensicherheit

In diesem Abschnitt werden wichtige Merkmale des Langzeitpflegebereichs beschrieben, die in der ersten Roundtable-Diskussionsrunde genannt wurden und welche für die Patientensicherheit von besonders hoher Relevanz sind.

4.1.1 Sicherheit wird erwartet

Fragile und pflegebedürftige Menschen, die im Alter professionell betreut werden, sind grundsätzlich lebenserfahrenere und mündige Personen. Gleichzeitig sind sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vollständig und/oder dauerhaft ausreichend in der Lage, für sich selber zu sorgen. Eine Motivation, sich professionell in Pflegeheimen oder zu Hause mit Spitex betreuen lassen, ist unter anderem die damit in Verbindung gebrachte erhöhte Sicherheit, zum Beispiel der Schutz vor Stürzen und deren Auswirkungen. Dies bedeutet, dass sich diese Menschen mehr oder weniger bewusst in ein Setting begeben, von dem sie gute Betreuung und Sicherheit in der Regel bis zu ihrem Lebensende erwarten. Gleichwohl kann es sein, dass sich die Vorstellungen und Einschätzungen, wie Sicherheit erreichbar ist, unterscheiden zwischen der individuellen Patienten- und Angehörigenperspektive und der Sicht der Organisation, welche die Sicherheit im Alltag für viele verschiedene Personen und die Mitarbeitenden zu gewährleisten hat.

4.1.2 Versorgung und Wohnen finden am selben Ort statt

Ein weiteres Merkmal der Langzeitpflege ist es, dass die Menschen dort wohnen, wo sie über weite Strecken auch medizinisch versorgt und gepflegt werden. Aus diesem Zusammentreffen von professioneller Pflege und Wohnen kann sich zum einen eine erwünschte Vertrautheit zwischen den Fachpersonen und den Patientinnen und Patienten ergeben. Die Pflegefachperson kennt die Patientin/den Patienten und kann Veränderungen des Allgemeinzustandes genau beobachten. Der vertraute Rahmen des eigenen Zuhauses kann auch eine sicherheitsfördernde Wirkung haben, wenn sich Personen beispielsweise trotz Scheinbussen gut zurechtfinden können. Zum anderen entsteht dadurch, dass die Person dort lebt, wo sie auch betreut und gepflegt wird, auch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass Betroffene oder Angehörige sich zurückhalten, sicherheitsrelevante Beobachtungen oder Kritik einzubringen. Zudem kann es sein, dass es aufgrund der tatsächlichen oder empfundenen weitreichenden Konsequenzen nicht ohne weiteres möglich ist, das Pflegeheim oder den Spitex-Anbieter bei Unstimmigkeiten, Problemen oder Sicherheitsbedenken zu wechseln. In den Alters- und Pflegeinstitutionen kommt dazu, dass die Patientin/der Patient in einem Kollektiv leben. Für die professionelle Pflege bedeutet dies, dass die individuellen Interessen und Bedürfnisse auch denjenigen der Gemeinschaft gegenübergestellt werden müssen. So kann es beispielsweise nötig sein, gewisse Massnahmen nicht nur zum Eigenschutz, sondern auch zum Schutz der anderen Bewohnenden zu treffen. Bei der Spitex sind die Mitarbeitenden zu Gast bei den Klientinnen und Klienten. Diese entscheiden über ihre Wohnumgebung und Lebensweise, was wiederum massgeblich die erbrachte Pflege und Betreuung bestimmt.



4.1.3 Komplexe Patientensituationen

Charakteristisch für die Langzeitpflege ist weiter, dass die Patientensituation häufig sehr komplex ist, da sich mit zunehmendem Alter die gesundheitlichen Probleme kumulieren. Chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Polymedikation sowie Demenz und Depression sind häufig. Im höheren Alter treten vermehrt sensorische Einschränkungen (Hör- und Seheinsbussen), reduzierte Mobilität und kognitive Beeinträchtigungen (z.B. eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit, Gedächtnisverluste oder Probleme mit der Orientierung) auf. Auch kann herausforderndes Verhalten (z.B. Isolation, Aggressivität oder auffälliges Verhalten) auftreten. Ältere Menschen haben zudem ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung und Harninkontinenz und leiden häufig an chronischen Schmerzen (11;23-25). Für die Patientensicherheit bedeutet dies, dass das Patientenkollektiv per se mit erhöhter Vulnerabilität verbunden ist. Bei kognitiven oder körperlichen Einschränkungen kann es zudem sein, dass die betreuten Personen ihre eigenen Sicherheitsbedenken nicht mehr äussern oder nicht mehr für ihre eigene Sicherheit sorgen können. Die professionelle Betreuung ist vor besondere Herausforderungen gestellt, beispielsweise weil bei ohnehin reduziertem Allgemeinzustand Veränderungen schwieriger beobachtbar oder interpretierbar sind. Auch besteht die Gefahr, dass Risiken aufgrund von bestehenden Krankheiten oder aufgrund des Alters nicht erfasst werden. Bei Multimorbidität müssen teilweise widersprüchliche Therapien gegeneinander abgewogen werden und Komplikationen können häufiger auftreten. Altersbedingte physiologische Veränderungen können dazu führen, dass Medikamente anders wirken als bei jüngeren Menschen. Für viele Erkrankungen und therapeutischen Massnahmen ist ausserdem nicht untersucht, ob und in welcher Form sie beim alten Menschen interagieren. Schliesslich kann es aufgrund der komplexen Gesamtzusammenhänge schwierig sein, die Vermeidbarkeit unerwünschter Ereignisse zu beurteilen oder die genauen Ursachen eindeutig zu identifizieren.

4.1.4 Heterogene Organisationsformen

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege ist in der Schweiz historisch gewachsen. Die Alters- und Pflegeinstitutionen unterscheiden sich in der Grösse, der Organisationsstruktur und Rechtsform, der Versorgungsschwerpunkte und der Anzahl des angestellten Pflege- und Betreuungspersonals auf unterschiedlichen Qualifikationsstufen (Skill- und Grademix) voneinander (19). Weiter unterscheiden sich die einzelnen Heime und Spitex-Organisationen darin, wie sie mit verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten und auf spezifisches Knowhow zurückgreifen können (bspw. Belegärzte- und Heimarztmodelle, geriatrische Konsiliardienste, pharmazeutische Betreuungsmodelle) und wie die Kommunikation und der Informationsaustausch an den Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern geregelt ist. Diese unterschiedliche Gestaltung der Langzeitpflege ist auch für die Patientensicherheit von Bedeutung. Die Zusammensetzung des Pflegepersonals ist beispielsweise entscheidend dafür, welche Mitarbeitenden für welche Arten von Aufgaben eingesetzt werden können und welche Fachexpertise zu welchen Themen vorhanden ist. Auch die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen den Versorgungsstrukturen ist von Bedeutung für die Art und Weise, wie die verschiedenen Leistungserbringer in sicherheitsrelevanten Themen miteinander zusammenarbeiten können.

4.1.5 Unterschiedliche finanzielle und gesetzliche Rahmenbedingungen

Die unterschiedlichen finanziellen Ressourcen, die den Institutionen und Organisationen zur Verfügung stehen, wie auch die kantonal unterschiedlichen Finanzierungsmodelle und gesetzlichen Vorgaben haben einen Einfluss darauf, ob und in welchem Ausmass sich Alters- und Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen mit dem Thema Patientensicherheit befassen und sicherheitsrelevante Prozesse ausgestalten können. In einigen Institutionen können aufgrund von beschränkten finanziellen oder personellen Ressourcen beispielsweise keine Stellenprozente für ein professionelles Qualitätsmanagement aufgewendet werden oder keine Mitarbeitenden dafür eingesetzt werden, sich eigens dem Thema Patientensicherheit anzunehmen. Unabhängig von den finanziellen Voraussetzungen hängt aber die Stärke des Engagements auch davon ab, inwiefern das Thema Patientensicherheit durch Führungspersonen ins Zentrum gestellt wird (siehe dazu auch Abschnitt 4.2.2).



4.1.6 Die Langzeitpflege ist starken Veränderungen unterworfen

Die Langzeitpflege befindet sich im Umbruch und ist einigen grundlegenden Veränderungen unterworfen. In den letzten Jahren konnte ein Rückgang bei Heimeintritten zugunsten von anderen Betreuungsformen festgestellt werden. Die Versorgungsstrukturen werden differenzierter und neben der stationären und der ambulanten Pflege gewinnen vermehrt auch intermediäre Strukturen (z.B. betreutes Wohnen, Tagesstrukturen) und spezialisierte Angebote in den Bereichen Demenz und Palliative Care an Bedeutung (26-28). Die erhöhte Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen, das breitere Spektrum an Pflegebedürftigkeit bei den betreuten Personen sowie die Diffusion anspruchsvoller medizintechnischer Geräte und Massnahmen in die Versorgung zu Hause (z.B. Beatmungsgeräte oder Heimdialyse) stellen neue Anforderungen an die Qualifikationen der professionellen ambulanten Pflege und bergen neben den Vorteilen auch neue Risiken.

Der Wunsch, so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen zu bleiben, trägt dazu bei, dass der Eintritt in eine Alters- und Pflegeinstitution häufig erst in einem hohen Alter und gegen das Lebensende hin erfolgt (5). Es wird konstatiert, dass die Aufenthaltsdauer in einer Alters- oder Pflegeinstitution kürzer wird. Zudem verändern sich die Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsbedürfnisse in den Heimen: Patientinnen und Patienten werden nach einer Einweisung in ein Akutspital oder die Akutpsychiatrie schneller wieder zurück ins Heim oder nach Hause entlassen. Es treten auch häufiger Patienten aus Spitälern für befristete Aufenthalte in ein Heim ein, da sie noch so viel Pflege oder Betreuung oder Behandlungen brauchen, dass ein Austritt nach Hause noch nicht möglich ist. Das Heim übernimmt in diesen Fällen die Übergangspflege und die weiteren Rehabilitationsmassnahmen. Dazu kommen neue Patientengruppen, die ebenfalls ins Heim einziehen, beispielsweise jüngere Patienten am Lebensende, für die keine Pflegeplätze in anderen Institutionen bestehen. Zunehmend wohnen auch Personen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung oder mit einer Behinderung in Alters- und Pflegeinstitutionen. Letztere haben sehr oft zuvor schon in einer Institution gelebt und werden dann möglicherweise durch ihr hohes Alter und durch die Zunahme an Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim eingewiesen. Schliesslich steigt auch in der stationären Langzeitpflege der Bedarf nach fachgerechtem Umgang mit anspruchsvollen medizintechnischen Geräten und Verrichtungen. Alle diese Veränderungen wirken sich entscheidend auf die benötigten personellen Ressourcen, die Fachkompetenzen und die Infrastruktur in Alters- und Pflegeinstitutionen aus, um die Menschen weiterhin adäquat und sicher zu betreuen.

4.2 Kernthemen der Patientensicherheit in der Langzeitpflege

Aus Sicht der Patientensicherheit geht es in erster Linie darum, vermeidbare, unerwünschte Ereignisse zu minimieren, um körperliche und seelische Schäden zu reduzieren sowie den frühzeitigen Verlust an Selbständigkeit zu verhindern. Im Folgenden interessieren daher diejenigen Aspekte, die im System so gestaltet werden können, dass möglichst wenige unerwünschte Ereignisse mit negativen Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten auftreten. In der ersten Roundtable-Diskussion wurden viele solcher Aspekte genannt, die sich in die vier übergeordneten Kernthemen *Prozesse*, *Personal*, *bauliche Gegebenheiten* und *Sicherheitskultur* einteilen lassen. Nachfolgend wird für jeden der vier Themenbereiche beschrieben, wie eine optimale Ausgestaltung zugunsten der Patientensicherheit aussehen könnte. Dazu werden mögliche Praxisbeispiele aufgelistet, die zeigen, dass in diesem Bereich Verbesserungspotential bestehen kann.

4.2.1 Prozesse

Der Begriff Prozesse bezieht sich generell auf definierbare Arbeitsabläufe und Vorgehensweisen. Für eine hohe Patientensicherheit ist *eine gute Zusammenarbeit und Koordination unter den Fachpersonen und den verschiedenen Leistungserbringern* zentral. Dazu zählen zum Beispiel die folgenden Aspekte:

- ausreichende Rück- und Absprachen unter den Fachpersonen, damit alle auf einer einheitlichen Basis an relevanter Information auf die gleichen Ziele hinarbeiten;
- der koordinierte und reibungslose Übertritt von Heimen oder von zu Hause in eine andere Versorgungsstruktur und umgekehrt;
- eine zeitnahe und transparente Kommunikation an den Schnittstellen zu Spitälern, Hausärzten, Spezialisten, Apotheken usw.;
- eine klare Aufgabenteilung und eindeutig definierte Zuständigkeiten unter den involvierten Fachpersonen;



- die einheitliche Dokumentation und Weitergabe von Informationen (Patientendossiers, Austrittsberichte, Medikationslisten, usw.).

Beispiel: Bei Spitaliaustritt erhält ein Spitex-Klient eine Medikationsliste. Diese entspricht nicht der, die er vor dem Spitalaufenthalt hatte, einige Medikamente sind weiter aufgeführt, andere nicht mehr, aber die Änderungen sind nicht begründet. Er entscheidet, nur die ihm bereits bekannten Medikamente einzunehmen.

Zu den optimal ausgestalteten Prozessen gehört auch *die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und den Angehörigen*. In diesen Bereich fallen die folgenden Aspekte:

- die kompetente sprachliche und kulturelle Verständigung zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohnenden;
- die Aufklärung und der aktive Einbezug der Patientinnen und Patienten bei Therapieentscheiden (informed consent);
- die kontinuierliche Klärung des Willens und der Wünsche der Patienten (z.B. mittels einer Patientenverfügung);
- geeignete Gefässe für die Entscheidungsfindung unter Einbezug der Patienten und Angehörigen, beispielsweise bei der Abwägung von Sicherheitsrisiken oder beim Übertritt von einer Versorgungsstruktur in eine andere mit den daraus resultierenden Konsequenzen für die Patientensicherheit.

Beispiel: Da mit einer Bewohnerin keine vorausschauende Planung besprochen wurde, muss in einer Akutsituation zusammen mit der vertretungsberechtigten Person nach dem mutmasslichen Willen der Bewohnerin entschieden werden, welche medizinischen Massnahmen getroffen werden. Im Nachgang stellt sich heraus, dass nicht nach dem Willen des Patienten gehandelt worden ist. Da das Übergehen des Patientenwillens einen emotionalen Schaden herbeiführen kann, kann dies im weiteren Sinne auch aus Sicht der Patientensicherheit ein Problem darstellen.

Schliesslich sind *klar definierte klinische* Prozesse wichtig für die Patientensicherheit. Dazu gehören:

- standardisierte Abläufe (z.B. in Form von Richtlinien und Behandlungspfaden);
- klare Entscheidungsgrundlagen in kritischen Situationen;
- die regelmässige Überprüfung der korrekten Umsetzung der Vorgaben in der Praxis und die Optimierung deren Einhaltung. Wesentlich ist auch, dass die Prozesse auf Institutionsebene so definiert sind, dass sie optimal in den gegebenen Strukturen umgesetzt werden können.

Beispiel: Die Medikamente werden den Bewohnern eines Pflegeheims in einem Becher neben den Teller gestellt, damit diese zum Essen eingenommen werden können. Eines Morgens nimmt eine Bewohnerin mit Demenz versehentlich die Medikamente ihrer Tischnachbarin ein.

4.2.2 Personal

Das Vorhandensein von adäquatem Knowhow in der Organisation ist für die Patientensicherheit von zentraler Bedeutung, denn die Fachpersonen können durch kompetentes, sicherheitsbewusstes Handeln Sicherheit schaffen. Die folgenden Aspekte gehören zu diesem Themenbereich:

- Personen in leitenden Funktionen, die sich dem Thema Patientensicherheit explizit annehmen, die Herausforderungen kennen und Lösungen anbieten;
- eine ausreichende Anzahl an qualifiziertem Personal, welches für die Betreuung und Pflege eingesetzt werden kann;
- medizinisches und pflegerisches Personal mit spezifischem geriatrischen, gerontologischen, psychiatrischen und pharmazeutischen Fachwissen zum Umgang mit komplexen Patientensituationen;
- der kompetenzgerechte Einsatz des Pflegepersonals mit klar definierten Verantwortungs- und Aufgabenbereichen und Tagesabläufen;



- zielgerichtete und praxisrelevante Trainings- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu sicherheitsrelevanten Themen;
- die Befähigung aller Mitarbeitenden zur Identifikation von möglichen Risiken;
- der kompetente Umgang mit technischen Geräten und Equipment;
- das gute Zusammenspiel des Teams in kritischen Situationen.

Beispiel: Einer Patientin, die bereits mehrere Medikamente einnimmt, wird ein neues Psychopharmaka verordnet. Erst nachdem die Patientin wiederholt gestürzt ist, wird das neue Medikament als mögliche Ursache dafür diskutiert und die Dosierung entsprechend angepasst.

4.2.3 *Bauliche Gegebenheiten*

Gebäude, Wohnungen und Räume können so konzipiert und designt werden, dass sie ebenfalls zur Sicherheit der Bewohnenden in Heimen und im eigenen Zuhause beitragen:

- Dazu gehört die Minimierung von Gefahren und die Erhöhung des Sicherheitsgefühls für die Bewohnenden durch eine unterstützende Architektur und bauliche Massnahmen (schwelfreie Räume, Lift usw.) und eine angepasste Inneneinrichtung (Bodenbelag, Beleuchtung, Signaletik, Farbe, lärmämmende Materialien, die Schaffung von Sinneserfahrungen durch Bilder, Gärten, Kontraste usw.).
- Weiter können Gefahren für die Bewohnenden antizipiert werden, wenn ein Heim umgebaut wird oder ein Umzug ansteht, beispielsweise ein erhöhtes Stressempfinden, Lärmbelastung oder die fehlende Orientierung.
- Auch die optimale Gestaltung der Arbeitsräume und Arbeitsplätze des Pflegepersonals kann dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit von Fehlern zu reduzieren (z.B. gute Beleuchtung und Ruhe in Räumen, in denen die Medikamente gerichtet werden).

Beispiel: Die glatte Oberfläche eines Flurs in einem neu gebauten Alterszentrum reflektiert das Licht der Deckenlampen unkontrolliert. Ein Bewohner mit eingeschränktem Sehvermögen kann sich dadurch schlecht orientieren und stürzt.

4.2.4 *Sicherheitskultur*

Schliesslich kann eine starke Sicherheitskultur einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit leisten. Hierzu gehören die folgenden Aspekte:

- ein Management, welches Sicherheit als klare Priorität definiert; eine starke sicherheitsorientierte Führungskultur;
- ein Meldesysteme für Zwischenfälle;
- ein konstruktiver Umgang mit Fehlern in Sinne von „Lernen aus Fehlern“;
- ein gemeinsames Verständnis darüber, dass Sicherheitsbedenken und Probleme angesprochen werden können;
- ein sorgfältiges, systematisches und systemisches Vorgehen nach Zwischenfällen, um latente Fehlerquellen zu erkennen und wo möglich beheben und Folgefehler zu vermeiden.

Beispiel: Mitarbeitende, denen ein Fehler unterlaufen ist, wissen nicht, an wen sie sich vertrauensvoll wenden können. Dadurch kann die Institution nicht aus dem Fehler lernen.



4.3 Abwägung von Autonomie und Fürsorge und das bewusste Eingehen von Sicherheitsrisiken

In der Langzeitpflege müssen in konkreten Situationen verschiedene Interessen, Bedürfnisse und Ziele gegeneinander abgewogen werden, um immer wieder neu eine bestmögliche Lebensqualität für die betreuten Personen zu erreichen. Dabei kann es sein, dass nicht immer zugunsten der Sicherheit entschieden wird, da diese im Zielkonflikt zu anderen Faktoren steht. Ein Beispiel, welches diese Abwägungen gut illustriert, ist die Einrichtung von Wohnbereichen, wo sich die Frage stellt: soll ein Teppich liegen bleiben, weil er für den Bewohner ein bedeutendes biografisches Erinnerungsstück darstellt, oder soll er entfernt werden, weil er die Sturzgefahr wesentlich erhöht? Ein weiteres Beispiel ist, dass die Sterilität von Räumen und Einrichtungen in Alters- und Pflegeinstitutionen zur Verhinderung von nosokomialen Infektionen im Gegensatz zum Spital nicht identisch wünschbar und realisierbar ist, da sie die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner beeinträchtigen würde. Sehr ausgeprägt ist diese Abwägung auch beim Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen. Diese können in bestimmten Situationen dazu dienen, Bewohnende oder Dritte vor Schäden zu schützen, stellen allerdings auch einen einschneidenden Eingriff in die Autonomie der Bewohnenden dar (29). Diese Beispiele zeigen, dass es in der Langzeitpflege immer wieder zu Situationen kommt, in denen Autonomie und Fürsorge in Widerspruch zueinander stehen können, in denen Kompromisse bei der Patientensicherheit in Abwägung zur Lebensqualität und dem psychischen Wohlbefinden eingegangen und Sicherheitsrisiken in manchen Fällen auch bewusst in Kauf genommen werden.

In vielen Fällen entscheiden die betreuten Personen selber, welche Risiken sie eingehen oder wo sie keine Einschränkung zugunsten der Sicherheit eingehen möchten. Sind jedoch die Personen selber nicht in der Lage, solche Entscheidungen zu treffen, sind es häufig die Angehörigen, die abwägen müssen, wie viel Risiko sie bereit sind, für ihre Nächsten zu tragen oder die betreuenden Fachpersonen, welche die Verantwortung für solche Entscheidungen übernehmen müssen.¹ Da die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich sind, werden die Lösungen aus diesem Abwägungsprozess sehr individuell ausfallen. Die Fachpersonen waren unterschiedlicher Meinung darüber, inwieweit die Entscheidungsfindung auf klaren, standardisierten Grundkriterien beruhen soll und in welchem Masse sie individuell definiert werden muss. Die Entscheidungsfindung sollte aber auf jeden Fall transparent und nachvollziehbar durchgeführt und auch dokumentiert werden.

¹ Bei Urteilsunfähigkeit regelt das neue Erwachsenenschutzrecht, das seit dem 1. Januar 2013 in Kraft ist, wer bei medizinischen oder pflegerischen Massnahmen entscheidungsberechtigt ist und unter welchen Bedingungen bewegungseinschränkende Massnahmen zulässig sind.



5 Wo besteht dringlicher Handlungsbedarf?

In diesem Kapitel werden die Diskussionen und Erkenntnisse aus dem zweiten Roundtable präsentiert.

5.1 Bestehende Projekte

Bestehende Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege, die in der Kurzbefragung oder an einer der beiden Diskussionsrunden genannt wurden, lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen. Auf der einen Seite gibt es in vielen Alters- und Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen *interne Bestrebungen* zur Prävention und Reduktion von Schäden bei den Bewohnern/innen und Klienten/innen. Dazu zählen Standards zu bestimmten Themen (z.B. Hygiene, Sturzprävention, Gewalt), präventive Massnahmen beispielsweise im Rahmen von Mobilisierung und Sturzprophylaxe, Projekte mit interdisziplinärer Beteiligung (z.B. Verblisterung der Medikamente durch Apotheken, Qualitätszirkel, pharmazeutische Betreuungsmodelle) und das systematische Erfassen sowie Melden und Auswerten von kritischen Vorfällen oder unerwünschten Ereignissen (z.B. Stürze, Medikamentenabgabefehler, Wunden). Die Konzipierung und Umsetzung dieser Art von Projekten beschränkt sich zumeist auf einzelne Institutionen oder Organisationen, oder, wie beispielsweise im Falle der pharmazeutischen Betreuung auf einzelne Kantone, und ist sehr heterogen. Auf der anderen Seite gibt es einige *breit angelegte, übergeordnete Projekte*, die allerdings nur indirekt die Verbesserung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege zum Thema haben. Das bereits eingangs erwähnte Forschungsprojekt, welches die Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen von Alters- und Pflegeinstitutionen mit Ergebnissen von Bewohnerinnen/Bewohnern und dem Pflegepersonal untersucht (19), sowie die komplementär dazu durchgeführte Studie zur Pflegequalität aus der Sicht der Bewohnerinnen/Bewohnern von Pflegeheimen (30) können dazu gezählt werden. Zu erwähnen ist zudem die Erarbeitung von medizinischen Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeheime durch einen interdisziplinären Ausschuss. Für die einjährige Pilotphase im Jahr 2016 wurden die vier Qualitätsindikatoren *Gewichtungsverlust, bewegungseinschränkende Massnahmen, Polypharmazie* und *Schmerzen* ausgewählt und definiert (31). Weiter bilden auch nationale Strategien einen konzeptionellen Rahmen für die schweizweite Koordination und Weiterentwicklung von Aktivitäten, die auch die Patientensicherheit erhöhen können. Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 beispielsweise benennt den Bedarf an ausreichend demenzspezifisch geschultem Personal zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit und –qualität (32). Die Strategie NOSO definiert als eines von vier Globalzielen „die Reduktion healthcare-assoziiertes Infektionen sowie die Verhinderung der Ausbreitung potenziell gefährlicher Erreger in Spitälern und Pflegeheimen, um damit die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals zu erhöhen“ (33). Das Projekt „koordinierte Versorgung“ des Bundes schliesslich hat zum Ziel, die Qualität der Behandlung von (hoch-)betagte, multimorbide Menschen über die gesamte Behandlungskette hinweg sicherzustellen. Die Betreuung an der Schnittstelle Spital/Pflegeheim/zu Hause ist eines von vier zentralen Handlungsfelder, die im Frühjahr 2016 definiert wurden (34).

5.2 Handlungsbedarf

Am zweiten Roundtable wurde vertieft diskutiert, wo unter den aktuellen Gegebenheiten prioritär angesetzt werden müsste, um die Patientensicherheit in der Langzeitpflege zu verbessern. Es zeichneten sich drei Bereiche ab, in denen dringlicher Handlungsbedarf gesehen wird. Diese drei Bereiche werden im nachfolgenden Abschnitt skizziert. Sie beruhen auf der Einschätzung der Fachpersonen und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Sensibilisierung und Wissensvermittlung

Für die Gewährleistung der Patientensicherheit in der Langzeitpflege braucht es genügend und entsprechend qualifiziertes Personal in allen Berufsgruppen und auf allen Ebenen.

Fachpersonen, die in der ambulanten und stationären Langzeitpflege arbeiten, müssen verstärkt für die Themen und Herausforderungen der Patientensicherheit sensibilisiert werden. Es wurde diskutiert, dass gute Inputs, beispielsweise in Form von Erfahrungsberichten und wissenschaftlichen Daten, das Problembewusstsein und das Engagement des Personals stärken können. Angeregt wurde zudem, dass auch interdisziplinäre Fallbesprechungen oder die systematische Analyse von Zwischenfällen eine Gelegenheit bieten, mögliche Risiken und Fehlerquellen anhand von konkreten, fassbaren Beispielen für das Personal sichtbar zu machen.



Zudem besteht Bedarf an Aus- und Weiterbildungsangeboten zu sicherheitsrelevanten Themen und der Stärkung von Fachkompetenzen im Umgang mit möglichen Risiken. Fachpersonen auf allen Qualifikationsstufen sollten dazu befähigt werden, Patientensicherheit zu gewährleisten. Es wird insbesondere als wichtig erachtet, dass auch das Wissen und die Handlungskompetenzen von Führungskräften zu den Themen der Patientensicherheit gestärkt werden. Die Inhalte der Aus- und Weiterbildungsangebote sollten praxisrelevant und für die jeweilige Berufsgruppe angepasst sein. Definiert werden müsste, welche Schulungen heimspezifisch durchgeführt werden müssten, welche Inhalte institutionsübergreifend vermittelt werden können, beispielsweise indem sie in bestehende Aus- und Weiterbildungscurricula integriert werden, und wie die Finanzierung der Aus- und Weiterbildungsangebote sichergestellt werden kann.

Standards

Vierorts werden bereits heute Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umgesetzt, beispielsweise in den Bereichen Hygiene oder Sturzprävention. Allerdings fehlen für viele Themenbereiche einheitliche Standards, welche die Minimalanforderungen für die Umsetzung von solchen Massnahmen definieren. Handlungsbedarf wird deshalb vor allem bei der Erarbeitung und Verbreitung von schweizweit akzeptierten und verbindlichen Standards gesehen. Damit die Vorgaben tatsächlich korrekt und wirksam umgesetzt werden, müssen sie zudem systematisch überprüft werden können.

Interprofessionelle und organisationsübergreifende Lösungen

Die Betreuung und Pflege von Personen in Alters- und Pflegeinstitutionen oder durch die Spitex wird durch viele verschiedene Fachpersonen gewährleistet, die sich zudem häufig an unterschiedlichen Orten befinden. Risiken für die Patientensicherheit werden nicht selten auf Informations- und Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern zurückgeführt. Es wird deshalb als dringlich erachtet, Massnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit zukünftig verstärkt interprofessionell und organisationsübergreifend anzugehen. Vorab sollte analysiert werden, was bereits besteht und gut funktioniert, damit wirksame Lösungen gestärkt werden können. Auch soll eruiert werden, welche Barrieren die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen erschweren, damit diese zielführend angegangen werden können. Zudem könnte eine verstärkte Vernetzung der verschiedenen Fachpersonen durch die Schaffung von gemeinsamen Austauschgefässen, Fallbesprechungen oder Qualitätszirkeln erreicht werden.

6 Fazit

Mit diesem Projekt wurde das Thema Patientensicherheit in der Langzeitpflege aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Dadurch konnte eine Übersicht über die Besonderheiten, zentralen Fragestellungen und wesentlichen Brennpunkte der Patientensicherheit in diesem Setting geschaffen werden. Es zeigt sich, dass Patientensicherheit in der stationären wie auch in der ambulanten Langzeitpflege ein Thema von hoher Priorität ist, welches in der Schweiz noch mehr Beachtung finden sollte. Es besteht insbesondere ein Bedarf an national koordinierten Lösungen. Der vorliegende Bericht kann mögliche Stossrichtungen dafür vorgeben und Entscheidungsträger und Fachpersonen aus der Praxis dazu anregen, in einen Dialog zu treten und beispielsweise im Rahmen von Arbeitsgruppen oder einer nationalen Fachveranstaltung gemeinsam konkrete nächste Schritte zu definieren.



7 Literatur

- (1) Bundesamt für Statistik. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2013 - Standardtabellen. Definitive Resultate. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2015.
- (2) Bundesamt für Statistik. Statistik der Hilfe und Pflege Zuhause (Spitex). Synthese nach Leistungserbringertyp 2011-2014. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2016.
- (3) Bundesamt für Statistik. Statistik der Hilfe und Pflege Zuhause (Spitex). Langzeitpflege nach Leistungserbringertyp 2011-2014. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2016.
- (4) Bundesamt für Statistik. Medienmitteilung. Pflege zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen: Privater Sektor legt zu. 2014. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- (5) Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbunn A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz. 1. Auflage ed. Bern: Huber; 2011.
- (6) Castle NG, Sonon KE. A culture of patient safety in nursing homes. Qual Saf Health Care 2006 Dec;15(6):405-8.
- (7) Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. Int J Qual Health Care 2013 Jan 2.
- (8) Gruneir A, Mor V. Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. Annu Rev Public Health 2008;29:369-82.
- (9) Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. Int J Qual Health Care 2010 Apr 1;22(2):115-25.
- (10) Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Sturzprävention - Orientierungshilfe und Empfehlungen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2008.
- (11) Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2014.
- (12) Bundesamt für Statistik. Gesundheit im Alter - Daten, Indikatoren. Gehvermögen und Stürze. [cited 2016 Feb 22]; Available from: URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/05.html>
- (13) Beratungsstelle für Unfallverhütung. STATUS 2015: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz, Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung; 2015.
- (14) Jaehde U, Thürmann PA. Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2012;106(10):712-6.
- (15) Gurwitz JH, Field TS, Judge J, Rochon P, Harrold LR, Cadoret C, et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. The American Journal of Medicine 2005 Mar;118(3):251-8.
- (16) Bundesamt für Statistik. Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2012.
- (17) Blozik E, Rapold R, von Overbeck J, Reich O. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in the Adult, Community-Dwelling Population in Switzerland. Drugs Aging 2013;30(7):561-8.



- (18) Rust TB, Wagner LM, Hoffman C, Rowe M, Neumann I. Broadening the Patient Safety Agenda to Include Safety in Long-Term Care. *Healthcare Quarterly* 2008 Mar 15;11(Sp):31-4.
- (19) Zuniga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel: 2013.
- (20) Vincent C. Das ABC der Patientensicherheit. Schriftenreihe Nr. 4. Zürich: Patientensicherheit Schweiz; 2012.
- (21) Schwappach D. Patientensicherheit. In: Egger M, Razum O, editors. *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. 2. Auflage ed. Berlin: de Gruyter; 2014. p. 123-5.
- (22) Sokol-Hessner L, Folcarelli PH, Sands KEF. Emotional harm from disrespect: the neglected preventable harm. *BMJ Quality & Safety* 2015 Jun 17.
- (23) Kruse A, Gaber E, Heuft G, Oster P, Re S, Schulz-Nieswandt F. *Gesundheit im Alter*. 2002. Berlin: Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- (24) Gasser N, Knöpfel C, Seifert K. Erst agil, dann fragil. Übergang vom "dritten" zum "vierten" Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Zürich: Pro Senectute Schweiz; 2015.
- (25) Kaeser M. *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/2009)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS); 2012.
- (26) Werner S, Kraft E, Mohagheghi R, Meuli N, Egli F. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. (Obsan Dossier 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2016.
- (27) Dutoit L, Füglistler-Dousse S, Pellegrini S. Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. *Evolutions 2006-2013 (Obsan Bericht 69)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2016.
- (28) Schweizerische Eidgenossenschaft. Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates. [cited 2016 Jul 27]; Available from: URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>
- (29) Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie. *Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen*. Komplett überarbeitete Neuauflage. 2011. Bern, Schweizerisches Gesellschaft für Gerontologie.
- (30) Berner Fachhochschule. *RESidents Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. [cited 2016 Jul 27]; Available from: URL: <https://www.gesundheit.bfh.ch/de/forschung/aktuell/respons.html>
- (31) Curaviva Schweiz. *Medizinische Qualitätsindikatoren*. [cited 2016 Jul 27]; Available from: URL: <http://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Qualitaet-Lebensqualitaet/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/>
- (32) Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*. Bern: BAG und GDK; 2013.
- (33) Bundesamt für Gesundheit. *Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2016.
- (34) Bundesamt für Gesundheit. *Koordinierte Versorgung. Patientengruppe 1: (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen. Handlungsfelder und Massnahmen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2016.



8 Anhang

An diesem Projekt waren die folgenden Fachpersonen beteiligt:

- Susanne Aeschlimann, Prozessmanagement, Angehörigenupport, Altersheim Reichenbach
- Dr. med. Christian Ambord, Kantonsarzt Wallis
- Paula Bezzola, Geschäftsführerin, EQUAM Stiftung, bis 31.12.15 stv. Geschäftsführerin Patientensicherheit Schweiz
- Hanna Bischofberger, Leiterin Therapien, Regionales Pflegezentrum Baden AG
- Irene Kobler, Stiftung Patientensicherheit Schweiz
- Jessica Graber, Consultante clinique, Fondation pour l'aide et les soins à domicile de la Sarine
- Ursula Ledermann Bulti, Leiterin Bildung, Mitglied Geschäftsleitung, Spitex Verband Schweiz
- Elsbeth Luginbühl, Geschäftsführerin, Concret AG
- Brigitte Marthaler, Physiotherapeutin, Geschäftsleitung Physiotherapie Elfenaupark
- Benno Meichtry, Fachbereich Menschen im Alter, Ressortleiter Gerontologie, CURAVIVA Schweiz
- Mechthilde Schmidhofer, Pflegedienstleitung, Aktiva Melchnau
- Dr. med. Regula Schmitt, Heimgärtin, Tilia Köniz/Zentrum Schönberg
- Christian Streit, Geschäftsführer, senesuisse
- Arda Teunissen, Zentrumsmanagement, Mitglied der Geschäftsleitung, Spitex Zürich Limmat AG
- Magdalena Tschudi, Qualitätsbeauftragte, Altersheim Hottingen und Rehalp
- Claudia Weigand, Mitarbeiterin Qualitätsmanagement, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit
- Franziska Zúñiga, Pflegewissenschaftlerin, Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft
- Charlotte Vogel, Stiftung Patientensicherheit Schweiz