**Inhalt des Q-Stars und vier Illustrationen dazu**

Auf den folgenden Seiten sind die mit dem Q-Star beurteilten Gegenstände aufgeführt.

Zuerst sehen Sie alle 30 Gegenstände die in einer vollumfänglichen Heimbeurteilung beurteilt werden mit ihrem Titel. Dann bieten wir Ihnen als Beispiele vier Gegenstände mit den sogenannten SOLL-Vorgaben als Illustration an.

Qualität ist immer das Verhältnis SOLL : IST. Es wurde also das SOLL aufgeführt. Für das IST – als Ergebnis der Beurteilung – besteht Vertraulichkeit gegenüber dem beurteilten Heim.

Inhalt des Berichtes zu handen des beurteilten Heimes:

I. Hinweise zu Ihrer Position

II. Standardisierte Beurteilung

1. **Essen, Trinken, Diät (siehe Beispiel SOLL Vorgaben weiter hinten)**
2. Benützung von Angeboten ausserhalb des Heimes
3. Angebote im Heim
4. **Aktivierungstherapie und Aktivierung** **(siehe Beispiel SOLL Vorgaben weiter hinten)**
5. **Pflege und Betreuung – die Strukturen** **(siehe Beispiel SOLL Vorgaben weiter hinten)**
6. Pflege und Betreuung – die Prozesse
7. Pflegerische Herausforderungen
8. Konzeptuelle Elemente
9. Ärztliche Versorgung
10. Hauswirtschaft
11. Hygiene
12. Psychisch erkrankte Heimbewohnerinnen
13. Betreuung demenziell Erkrankter
14. Personal-, Weiter- und Fortbildung
15. **Individualität** **(siehe Beispiel SOLL Vorgaben weiter hinten)**
16. Rechte
17. Heimeintritt
18. Endstrecke des Lebens – Sterben – Sterbebegleitung – Tod – Trauer
19. Umgang mit Angehörigen, Verwandten und Bekannten
20. Freiwillige Helferinnen und Helfer
21. Betriebskommission und Qualitätsmanagement
22. Dokumentation und Betrieb des Qualitätssicherungs-Systems
23. Verankerung von Werten und Normen der Qualitätssicherung
24. Überprüfen der Resultatqualität
25. Planung der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung
26. Urteile von Bewohnerinnen und Bewohnern
27. Autonomie
28. Leitbild
29. Strategische Planung und Heimkonzept
30. Führung und Personalbetreuung

**1. Essen, Trinken, Diät**

**Gegenstand:**

Essen ist in mehreren Beziehungen wichtig: Es kann etwas Freude in den Tagesablauf brin­gen, es muss zum gesundheitlichen Wohlbefinden beitragen (Eiweiss, Vitamine, Mineralien, Fasern) und sollte – ohne dass jedes Mittag- und Abendessen zelebriert wird – Möglichkeiten zu sozialen Kontakten bieten.

Vorbild ist eine gute Hotelküche. Sie offeriert Wahlmöglichkeiten. Es wird nicht aus einem Topf geschöpft. Man nimmt Rücksicht darauf, ob jemand das Essen weichgekocht haben möchte oder al dente. Der Küchenchef hat Kontrolle darüber, welche Menüs oder Menübe­standteile beliebt, und welche etwas weniger beliebt sind.

Die Küche hat nachzuweisen, wie Urteile von Bewohnerinnen eingeholt werden, und welchen Stellenwert diese Urteile dann hatten und haben.

Unter den Köchen/Köchinnen hat es mindestens einen Experten/eine Expertin für Diät. Sie/ er weiss um die Herausforderung, dass bei diesen Speisen gelegentlich Spezielles (z.B. beim Dessert) geleistet werden muss.

Auch beim pürierten Essen sollte man darauf achten, dass es sich relativ attraktiv präsen­tiert. Und jenen, welche püriertes Essen erhalten, müsste von Zeit zu Zeit speziell (kompen­satorisch) etwas zubereitet werden.

Es ist sehr wichtig, dass Betagte ausreichend viel Flüssigkeit aufnehmen.

Über das Essen kann nicht geurteilt werden, ohne dass auch der Rahmen, in welchem ge­gessen wird, und die vom Personal geschaffene Atmosphäre mitgewichtet werden.

**4. Aktivierungstherapie und Aktivierung**

**Gegenstand:**

Für die Aktivierungstherapie existiert ein Konzept, welches erklärt, was man mit wem und mit welchen Mitteln zu erreichen trachtet und wie die Zielerreichung festgelegt wird.

Die Zielerreichung wird periodisch überprüft. Dabei ist dann klarzumachen, welche Konsequenzen gezogen wurden.

Wenn Gruppen für demenziell Erkrankte geführt werden, ist dieser Tatbestand im Konzept zu erklären.

Die Ressourcenzuordnung mit Bezug auf das Führen von Gruppen und Kleingruppen (zwei, drei oder vier Bewohnerinnen) und das aktivierungstherapeutische Arbeiten mit Einzelnen werden periodisch überprüft und stehen mit dem Heimkonzept in Verbindung.

Die Beziehungen zum Pflegedienst müssen so institutionalisiert sein, dass beide Partner im Interesse der Bewohnerinnen profitieren.

Die Heimleitung begründet die Stellung der Aktivierungstherapie und der Aktivierung im Rahmen des Heimkonzeptes. Dabei ist auch die Verbindung der Aktivierungstherapie zu Aktivitäten zum Beispiel durch freiwillige Helferinnen und Helfer zu erklären.

**5. Pflege und Betreuung – die Strukturen**

**Gegenstand:**

Es braucht genügend ausgebildetes Personal. Diese Forderung muss in verschiedenen Re­lationen beurteilt werden: Es ist u.a. daran zu denken, dass nicht formal qualifiziertes Per­sonal durch Schulung und überlegte Anleitung befähigt wird, gute Leistungen zu erbringen. Die Ausbildung von Schülerinnen und Schülern wird als Herausforderung gewertet.

Es ist darauf zu achten, dass nicht nur einzelne Mitarbeiterinnen als „qualifiziert“ herausge­hoben werden; es geht vielmehr darum, dass das ganze Team befähigt wird und damit in der Lage ist, ein „therapeutisches Milieu“ zu gestalten.

Das Heim hat nachzuweisen, dass es über eine ausreichende Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfügt, um die Aufgaben qualitativ gut zu erfüllen.

Nachtwache und Pikett sind so geregelt, dass Aspekten der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung kontinuierlich Beachtung geschenkt wird.

**Orientierung:**

1. Es ist eine möglichst hohe formale Qualifikation des pflegenden Personals anzustreben.

2. Die beruflichen Kompetenzen (fachliche, methodische, sozial-kommunikative und personale) werden zielgerichtet gefördert.

3. Bei weniger qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern müssen klare Ansätze dazu vorhanden sein, Schwächen zu beheben.

4. Neuerungen (zum Beispiel Pflegevisite, Vorstellen einer Bewohnerin im Pflegerapport usw.) sind konsequent auszutesten.

5. Der Einsatz von teilspezialisierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (HöFa) ist zu würdigen.

**15. Individualität**

**Gegenstand:**

Dem Kollektivhaushalt „Heim“ ist eigen, dass der Tendenz nach für alle Bewohnerinnen gleiche Regeln gelten, (fast) allen Gleiches angeboten und (annähernd) allen ähnlich begegnet wird. Die Mehrzahl der Rollen, welche die meisten Bewohnerinnen einige Zeit vor dem Heimeintritt innegehabt haben, wird zwar nicht vollständig obsolet (sie ist z.B. bei Besuchen aktiviert); aber eine überwiegende Dominanz der Rolle „Heimbewohnerin“ ist latent gegeben.

Das Heim muss hier gegensteuern. Das Personal soll darauf trainiert sein, jeder einzelnen Bewohnerin als unverwechselbarem Individuum zu begegnen und Arrangements anzulegen, damit die Persönlichkeit des betagten Menschen gewürdigt werden kann. In diesem Sinne ist die Bezugspflege wahrscheinlich erfolgversprechender als die Gruppenpflege.

Das Heim hat zu zeigen, was es vorgekehrt hat, damit Strukturen und Prozesse neben dem notwendigen Gemeinsamen auch das Individuelle nicht nur ermöglichen sondern fördern.

Das Heim hat Ausweise zu erbringen, wie nach dem Eintritt die Persönlichkeit der Bewohnerin „gestärkt“ wird, damit mit (einigem) Selbstbewusstsein das nicht abgelegt wird, was die jeweilige Bewohnerin zur Persönlichkeit macht.

Da mit dem Eintritt in einen Kollektivhaushalt das Wunschvermögen (noch stärker als bis anhin) zurückgenommen wird, hat ein Heim energisch anzuzeigen, dass dem nicht so sein muss. Obwohl jedem Heim ökonomische Limiten gesetzt sind, muss versucht werden, das Wunschvermögen zu stärken, und über Tatbeweise klar zu machen, dass hier für das Heim eine wichtige Norm vorliegt.

Einzelzimmer sollen für jene verfügbar sein, welche sich ein Einzelzimmer wünschen.

Im Heim sollen Möglichkeiten zum Rückzug vorhanden sein – und dies obwohl auf den öffentlichen Flächen das Gemeinsame und das Gemeinschaft Stiftende klar dominieren muss.