

Stellungnahme zum Prüfbericht vom 06.05.2013

Zu den Punkten Qualitätsempfehlung:

II.3.1 soziale Betreuung

Unsere Sozial-Pädagogin als Leitung des Sozialen Dienstes ist mit 50% Arbeitszeit beschäftigt, nicht wie irrtümlich von Ihnen ausgewiesen mit 30 % .

Die Arbeitszeiten unserer Mitarbeiter der sozialen Betreuung befinden sich im Mitarbeiterzimmer, direkt unter dem Dienstplan.

Die Tafel für die Bewohneraktivitäten wurde bereits für einen besseren Überblick neu gestaltet. Es ist jeder Wochentag einzeln benannt, mit Betreuungsmitarbeiter und deren Aktivität. Um weitere Abwechslung und Orientierungshilfen zu geben, wurde eine neue Tafel neben dem Fahrstuhl angebracht. Diese dient der bildhaften Darstellung aktueller Themen und bietet interessantes zum Lesen an. Die Tafel wird regelmäßig von einer Mitarbeiterin verwaltet, so dass Abwechslung gegeben ist.

Vorlieben der Bewohner und biografische Daten sind der Dokumentation und Planung der sozialen Betreuung zu entnehmen. Was tatsächlich der Bewohner annimmt und wo er teilnimmt, befindet sich auf dem Dokumentationsblatt. Diese Art der Dokumentation wurde eigens für unsere Bewohner entwickelt, um die individuelle Betreuung angemessen dokumentieren zu können.

Diese Dokumentation entsprach der Empfehlung des MDK bei seiner letzten Prüfung. Wir werden bei jedem Bewohner die Planung einzeln prüfen und vervollständigen.

Das von ihnen angesprochene Dokumentationsblatt der Fa. DAN wurde in den vergangenen Jahren von uns getestet und für unseren Einsatz als nicht sinnvoll erachtet. Die von uns momentan eingesetzte Dokumentation hat sich bewährt und wurde auf Empfehlung des MDK umgesetzt.

II.3.2 Hygiene

Die Sauerstoffflasche wurde mittlerweile abgedeckt, die Mitarbeiter sind angehalten worden, diese Hygienemaßnahme einzuhalten.

Ebenfalls wurden die Mitarbeiter informiert, benutze Dienstkleidung in den dafür vorgesehenen Dienstkleidungsabwurf zu geben, die Schuhablage wurde besprochen. Zukünftig werden die Schuhe entweder im oder auf dem Schrank gelagert, hier ist die Reinigung ebenfalls informiert worden.

Um den stetig wachsenden Hygieneanforderungen gerecht zu werden ist unsere Hygienebeauftragte geschult worden. Sie führt nun selbstständig Kontrollen durch und schult die Kollegen.

Auf die Schwerpunkte bei den Lagerungsmaterialien wurde das Pflorgeteam hingewiesen.

Dieses wurde im Teamgespräch am 28.05.13 erläutert und protokolliert. Die Kontrolle seitens der Leitung wird bei den zukünftigen Umgebungsvisiten mit einbezogen.

II.3.3

Pflege und Dokumentation

Wir werden prüfen, ob eine Doppel-Dokumentation bzgl. der Bedarfsmedikation sinnvoll und übersichtlicher ist. Sollte ein Bedarfsmedikament aus verschiedenen Gründen häufiger gebraucht werden, nehmen wir dies bereits im Behandlungspflegenachweis mit auf und besprechen eine evtl. dauerhafte Anwendung mit dem Hausarzt.

Betreffende Bewohnerin haben wir mit einem entsprechenden druckentlastenden Lagerungsmittel versorgt.

II.3.4

Arzneimittel

Da es sich bei unseren Bewohnern um chronisch Kranke handelt, sind die verordneten Medikamente relativ stabil. Veränderungen gibt es nach Krankenhausaufenthalten oder der Tagesklinischen Behandlung. Diese Veränderungen werden aktuell berücksichtigt.

Um mögliche Fehlerquellen zu vermeiden, wurde der stationsinterne Ablauf geändert. Zusätzlich kontrolliert der Nachtdienst täglich die Tabletten mit Bewohnerakte für den Folgetag. Diese Vorgehensweise hat sich bisher bewährt.

II.3.5. Qualitätsmanagement

Fallbesprechungen betreffen das ganze Team, deshalb sind die Protokolle im Ordner „Teamsitzungen“ abgeheftet. Sicherlich wurde dies übersehen. 2012 wurden 2 Fallbesprechungen und bis März 2013 eine Fallbesprechung abgehalten.

Regelmäßig finden kleinere Fallbesprechungen während der Übergabe statt. Hier ist der Informationsfluss im gesamten Team mittels des Tagesprotokolls gegeben.

Ein internes Informationsgespräch „wo finde ich was“, mit schriftlicher Ausfertigung und Aushang ist geplant.

Alle Besprechungen die im Pflegeheim stattfinden, besitzen eine klare Struktur und ein Dokumentationsblatt. Dies ist zutreffend für die Fallbesprechung, Teamsitzung,

Therapiebesprechung, Angehörigengespräch mit verantw. PFK und Bewohnereinzgespräch mit verantw. PFK.

Die Empfehlung die Risikoliste mit der Art der FeM und der Legitimation zu erweitern, nehmen wir gern an.

III.1 Qualitätsbereich: Pflege und Dokumentation

III.1.1.1

Die Bewohner werden je nach Wunsch, aber mind. einmal in der Woche geduscht. Um das zu gewährleisten wurden mit den Bewohnern Duschtage vereinbart, diese sind fest in der Tagesstruktur hinterlegt. Die Mitarbeiter wurden angehalten, diese im Hygieneblatt zu dokumentieren. Hier planen wir eine Umstrukturierung der Dokumentation.

III.1.1.2

Die Dokumentation werden wir überprüfen und nachvollziehbar aufzeigen. Mit Einbezug des internen Wundexperten werden wir bis Juli 2013 eine für uns geeignete Dokumentation erstellen und damit die zukünftigen Wundbehandlungen verbessern.

III.1.1.3

Die geprüfte Bewohnerin äußert keine Schmerzen und bekam / bekommt kein Schmerzmittel. Daher ist ein Schmerzmittelerfassungsbogen nicht relevant.

III.1.1.4

Bei Fieber oder konzentrierten Urin haben wir bei fast allen Bewohnern die ärztliche Anordnung der zusätzlichen Flüssigkeitszufuhr. Wie viel und zu welchem Zeitpunkt der Bewohner zusätzlich Flüssigkeit bekommt, wird im Berichtsblatt dokumentiert. Die regelmäßige Flüssigkeitszufuhr (besonders bei Bewohner, die eine PEG/PEJ haben) ist in der Tagesstruktur und in der Pflegeplanung hinterlegt.

III.2 Qualitätsbereich: Arzneimittel

III.2.1.1

Überprüfung der ärztlichen Anordnungen auf ihre Vollständigkeit. Bis Ende Juli 2013 werden die Anordnungen vollständig dokumentiert sein.

III.2.1.2

Nicht angeordnete Medikamente werden entsorgt. Die Überprüfung der Bedarfsmedikamente wird in Zukunft über regelmäßige Kontrollen geregelt.

III.2.1.3

Die Tropfen, die wir regelmäßig (mehrmals täglich) benötigen, werden auf dem Tropfentablett gelagert. Da diese eben mehrmals täglich benutzt werden, haben sie keine lange Haltbarkeit.

Laut Empfehlung des MDK vom letzten Jahr reicht es, wenn wir eine Übersicht der Haltbarkeitsdaten im Schrank haben und diese ständig erweitern, so dass die Pflegefachkräfte nachschauen können, wann welches Medikament verfällt. Auf der Verpackung reicht dann lediglich das Anbruchs-Datum. Die Übersicht der Haltbarkeitsdaten sind im Medikamentenschrank innen, rechte Tür befestigt. Der Eintrag mit Kugelschreiber zeigt, dass die Übersicht auch ergänzt wird.

III.2.1.4

Es fand dieses Jahr eine Veränderung des Dokumentationsblattes der Medikamentenblätter statt. Auf Grund dieser Veränderung haben einige Ärzte die Dokumentationsblätter noch nicht unterzeichnet. Deshalb verbleibt ein Medikamentenblatt solange in der Akte (trotz eines aktuellen Übertragungsblattes), bis der Arzt unterschrieben hat. Im Anschluss werden die unterschriebenen Medikamentenblätter in den vorgesehenen Bewohnerordner abgeheftet. Das aktuelle verbleibt in der Bewohnerakte.

III.2.1.5

Die Medikamenten-Dispenser sind mit Vor- und Zuname beschriftet.

III.2.1.6

Die Temperaturkontrolle des Medikamentenkühlschranks im Dienstzimmer erfolgt nur, wenn Medikamente darin gelagert werden. Das war bisher nicht der Fall. Seit März 2013 werden Medikamente aus unserem Notfallkoffer darin gelagert. Um einen besseren Überblick zu behalten und das „vergessen“ zu verhindern, wurde die Unterschriftenliste in Augenhöhe angebracht.

III.3.1. Qualitätsbereich Hygiene

III.3.1.1

Die Mitarbeiter sind angehalten, die Hilfsmittel nach ihrer Haltbarkeit einzusetzen und zu verbrauchen. Dies wird durch die verantw. PFK kontrolliert.

III.3.1.2

die Mitarbeiter sind unterrichtet worden, die Sauerstoffflasche hygienisch für den Notfall herzurichten. Eine Fortbildung zum Medizinproduktegesetz und darin enthaltene Vorschriften ist für November 2013 geplant.

Bewohnerbegutachtung:

Frau B.:

Unsere Bewohner sind unter den Fachkräften in der sogenannten“ Bezugspflege“ eingeteilt. Es werden ihm zusammen der Tagesablauf und die Pflege geplant. Die Mitarbeiterin, die Frau B. betreut, war immer wieder abwesend. Daraus schließt sich die nicht ganz so aktuelle Dokumentation hinsichtlich Informationssammlung und der Pflegeplanung. Um dies zu vermeiden, werden wir Umstrukturierungen vornehmen, die eindeutig klären, wer welche Bewohner in der Zeit betreut, wenn die Bezugspflegefachkraft länger ausfällt.