

Bewertung der Prüfung nach § 8 Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) für Einrichtungen nach SGB XI

Angaben zur Einrichtung:

Katholisches Altenpflegeheim St. Nikolaus
 Invalidenstraße
 19370 Parchim

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Herr Köhler, Einrichtungsleiter

Tag der Prüfung:

15./16.10.2014

Name des Prüfenden:

Herr Völsch, Heimaufsicht Landkreis Ludwigslust-Parchim

Qualitätsbereich	* Anzahl erfüllter Kriterien			Erfüllungsgrad	
1. Allgemeine Angaben	6	Kriterien von	* 6	Kriterien erfüllt	100,00%
2. Aufbauorganisation Personal	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
3. Ablauforganisation Dienstpläne/Organisation	2	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt	100,00%
4. Qualitätsmanagement	4	Kriterien von	* 4	Kriterien erfüllt	100,00%
5. Hygiene	4	Kriterien von	4	Kriterien erfüllt	100,00%
6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten	2		* 3		66,67%
7. Verpflegung	7	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt	87,50%
8. Soziale Betreuung	12	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt	100,00%
9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	0	Kriterium von	* 1	Kriterium erfüllt	0,00%
10. Wahrung der Selbständigkeit	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
11. Bauliche Mindestanforderungen	1	Kriterium von	1	Kriterium erfüllt	100,00%
12. Verwaltete Gelder/Wertsachen	1	Kriterium von	* 1	Kriterium erfüllt	100,00%
13. Spenden	0	Kriterium von	* 0	Kriterium erfüllt	t.n.z.
14. Mitwirkung der Bewohnerinnen/Bewohner	2	Kriterien von	* 2	Kriterien erfüllt	100,00%

* Anzahl der Kriterien ändert sich, wenn ein Bewertungskriterium für die Einrichtung nicht zutrifft

erfüllt 100 % - 90 %	dunkelgrün
überwiegend erfüllt 89 % - 75 %	hellgrün
teilweise erfüllt 74 % - 50 %	orange
nicht erfüllt unter 50 %	rot
trifft nicht zu t.n.z.	keine

**Protokoll der Prüfung nach § 8 Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V)
für Einrichtungen nach SGB XI**

Ja Nein t.n.z

1.2 •	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen/Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?			
a. •	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. •	Wirken die Bewohnerinnen/Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:			
a. •	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. •	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. •	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. •	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein t.n.z

2. Aufbauorganisation Personal

2.9 •	Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 EQG MV?		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

3. Ablauforganisation

3.3 •	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 •	Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

4. Qualitätsmanagement

4.1	Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?			
a. •	Fortbildungsplan Pflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. •	Fortbildungsplan soziale Betreuung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. •	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. •	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.5 •	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?			
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ja Nein t.n.z

Ja Nein

5. Hygiene

5.1 • Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)

Ja Nein

5.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Ja Nein

a. • innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut

b. • Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände

c. • Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft

6. Ordnungsrechtliche Sicherheit beim Umgang und der Gabe von Medikamenten

6.4 • Werden die Medikamente durch Pflegefachkräfte gestellt?

6.5 • Werden die Medikamente grundsätzlich von Pflegefachkräften verabreicht?

6.6 • Wird ein ordnungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmittel gewährleistet?

7. Verpflegung

7.2 Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?

Ja Nein t.n.z.

a. • Wird Diätkost angeboten?

b. • Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohnerinnen/Bewohner mit Demenz?

c. • Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert ?

d. • Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohnerinnen/Bewohner?

7.4 • Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?

Ja Nein

7.5 • Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohnerinnen/Bewohner zuzahlungsfrei statt?

Ja Nein

b. • Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

c. • Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

7.7 • Werden die Mahlzeiten in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

Ja Nein

8. Soziale Betreuung

8.1 • Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?	Ja	Nein
a. • Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. • Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. • Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. • Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. • Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 • Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	Ja	Nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 • Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?	Ja	Nein
a. • Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. • für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 • Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	Ja	Nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 • Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	Ja	Nein
a. • Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. • Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.11 • Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	Ja	Nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen

9.3 • Liegt für jede freiheitsentziehende Maßnahme ein richterlicher Beschluss vor, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht einwilligungsfähig, aber nicht vollständig immobil ist?	Ja	Nein	t.n.z.
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wahrung der Selbständigkeit

10.1 • Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?	Ja	Nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bauliche Mindestanforderungen

11.1 • Sind die Anforderungen der EMindBauVO M-V erfüllt bzw. liegen Ausnahmegenehmigungen bzw. Befreiungen vor?

Ja Nein t.n.z.

12. Verwaltete Gelder/ Wertsachen

12.3 • Erfolgt die Barbetragsverwaltung ordnungsgemäß? (Auszahlungsbelege bewohnerbezogen abgeheftet)?

Ja Nein t.n.z.

13. Spenden

13.1 • Sind eingegangene Spenden gemäß § 6 Abs.2 Nr.3 EQG M-V angezeigt?

Ja Nein t.n.z.

14. Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner

14.5 • Sind die Entscheidungen und Beschlüsse des Mitwirkungsremiums nachweislich dokumentiert?

14.6 • Werden Beschlüsse und wesentliche Informationen veröffentlicht?