

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

Angaben zur Einrichtung:

Psych. Pflegeheim "Min to Hus"
 Straße des Friedens 8-18
 19294 Neu Kaliß

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner in der Einrichtung:

Frau Freitag

Tag der Prüfung:

20.03.2014

Name des Prüfenden:

Frau Wiedecke

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	0	Kriterien von	2	Kriterien erfüllt **
4. Qualitätsmanagement	5	Kriterien von	* 5	Kriterien erfüllt 100,00%
5. Hygiene	4	Kriterien von	4	Kriterien erfüllt 100,00%
7. Verpflegung	8	Kriterien von	* 8	Kriterien erfüllt 100,00%
8. Soziale Betreuung	12	Kriterien von	12	Kriterien erfüllt 100,00%
9. Freiheitsentziehende/Freiheitseinschränkende Maßnahmen	1	Kriterium von	* 1	Kriterium erfüllt 100,00%
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	1	Kriterien von	* 1	Kriterien erfüllt 100,00%

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

** Prüffragen nicht bewertet

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**

1. Allgemeine Angaben

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"/>
d. •	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 zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. •	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. •	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. •	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein t.n.z

2. Aufbauorganisation Personal

Ja Nein

2.9 •	Erfüllt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 EQG MV?		
--------------	--	--	--

3. Ablauforganisation

Ja Nein

3.3 •	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohnerinnen/Bewohner adäquat?		
--------------	---	--	--

3.4 •	Sind die Dienstübergaben (Informationsweitergaben) transparent?		
--------------	--	--	--

4. Qualitätsmanagement

Ja Nein t.n.z

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 • **Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?**

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

7. Verpflegung

7.1 **Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?**

Ja Nein

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

Ja Nein t.n.z.

a. Wahlmöglichkeiten

b. • Wird Diätkost angeboten?

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

e. • Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohnerinnen/Bewohner orientiert (z.B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?

g. • 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

a. Bewohnerinnen/Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert

b. • Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

c. • Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar

7.7 •	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohnerinnen/Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Einzelangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. •	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. •	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. •	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 •	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohnerinnen/Bewohner ausgerichtet?	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.5 •	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"/>
c. •	für Bewohnerinnen/Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägl. Angebot zur Tagesstrukturierung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.6 •	Werden diese Angebote den Bewohnerinnen/Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	Ja	Nein
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.8 •	Wird die Eingewöhnung der Bewohnerinnen/Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	Ja	Nein
a. •	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in der Pflegeeinrichtung (z.B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. •	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.9 •	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wahrung der Selbständigkeit

10.1 • Wird das Recht auf Schutz der Privatsphäre soweit wie möglich geachtet?

Ja Nein

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 Barbetragverwaltung 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?