

Seniorenwohnhaus/Bereich: Freisaal Haus B / Hellbrunn

Die erforderlichen Maßnahmen für die Umsetzung der Landes-Empfehlungen zur Qualitätssicherung, welche sich aus dem Aufsichtsbesuch im Zeitraum vom 10.-13.05.2016 ergeben haben, werden wie folgt erledigt:

Nr.	Empfehlungen zur Qualitätssicherung	Was wird umgesetzt (konkrete Maßnahme)	Wer ist für die Umsetzung verantwortlich	Bis wann erfolgt die Umsetzung
1.	<p><u>Beschreibung:</u> Bei einer Bewohnerin war keine Aufrichtehilfe vorhanden. Ist das Trapez hochgehängt oder gänzlich entfernt, weil es nicht mehr zweckmäßig verwendet werden kann (wie es laut Auskunft hier der Fall war), wird empfohlen dies zu dokumentieren. Da ein versehentliches Entfernen des Trapezes für den Bewohner/die Bewohnerin unter Umständen zur Folge hat, dass die Lage im Bett nicht selbstständig bzw. ohne Hilfe verändert werden kann oder eine selbstständige Bewegung aus dem Bett ohne fremde Hilfe unmöglich ist.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Ist das Trapez nicht vorhanden, weil eine zweckmäßige Verwendung durch den Bewohner/die Bewohnerin nicht möglich ist, wird dies in der Dokumentation vermerkt.</p>	<p>Im Jänner und im August werden alle Bewohner evaluiert und in der Klientenmaske „Persönlich“ unter der Rubrik „Hilfsmittel“ `Trapez bzw. `kein Trapez` vermerkt. Die Termine werden über den Ressourcenplan geplant. Kontrolle der Korrektheit durch die BL.</p>	BL	Sofort
2.	<p>Auf Grund der Organisation als Hausgemeinschaft sind laut Auskunft gesellige Unterhaltungs- und Beschäftigungsangebote nicht in den Hausgemeinschaften vorgesehen. Die im Seniorenheim Hellbrunn angebotenen Aktivitäten können jedoch auch von Hausgemeinschaft – BewohnerInnen in Anspruch genommen werden.</p>	<p>Alltagsbegleitung gestaltet in den HGs Feste im Jahreskreis, Feiern auf BewohnerInnenwunsch, Geburtstagsfeiern mit Angehörigen, Adventkranzweihe in jeder HG, biografieorientierte individuelle Angebote je HG.</p>	BL Pflege und BL Alltagsbegleitung	Sofort

3.	<p><u>Beschreibung:</u> Einzelne Zimmer von BewohnerInnen waren völlig kahl und ohne Erinnerungs- und Orientierungshilfen.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Besonders bei desorientierten Bewohnern/BewohnerInnen ist auf eine entsprechende Ausstattung der Zimmer mit Orientierungs- und Erinnerungshilfen zu achten. Sind weder die Angehörigen noch die Bewohner/BewohnerInnen in der Lage, für deren Zimmer einfache, gut lesbare Orientierungshilfen, wie beispielsweise gut sichtbare/lesbare Uhr, Kalender, jahreszeitliche Dekoration beizubringen, werden seitens des Heimes, das Einverständnis der Bewohner/BewohnerInnen vorausgesetzt, solche einfachen Orientierungshilfen zur Verfügung gestellt. Sollte der Bewohner/die Bewohnerin das ablehnen oder nicht mehr in der Lage sein, diese Orientierungshilfen zu interpretieren, wird dies in der Dokumentation vermerkt.</p> <p>Bewohner/BewohnerInnen bzw. deren Angehörige werden motiviert, persönliche Erinnerungshilfen, wie beispielsweise Möbelstücke, Bilder, Fotos beizubringen, das Einverständnis der Bewohner/BewohnerInnen vorausgesetzt. Sollte der Bewohner/die Bewohnerin das ablehnen oder nicht mehr in der Lage sein, diese Erinnerungshilfen zu interpretieren, wird dies in der Dokumentation vermerkt.</p>	<p>Praktikant besucht alle Bewohner im Zimmer und erstellt eine Liste, auf der vermerkt wird, in welchem Zimmer Kalender/Uhr fehlen. In Folge wird mit den Angehörigen Kontakt aufgenommen.</p> <p>Die sonstige Gestaltung der HG-Wohnungen soll gemeinsam mit den neuen BewohnerInnen und Angehörigen aufbauend stattfinden.</p> <p>Gestaltung der HGs soll gemeinsam im Laufe der Zeit mit den BewohnerInnen stattfinden. Orientierungshilfen werden auf Wunsch gemeinsam mit den BewohnerInnen angebracht. Der Bewohnerwunsch dazu wird berücksichtigt.</p>	BL PP AB	Sofort
4.	<p><u>Information und Beschreibung:</u> Gemäß § 18 Salzburger Pflegegesetz sind Pflegeleistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal im Sinn des GuKG zu erbringen. Laut Pflegebericht einer pflegebedürftigen Bewohnerin war dies jedoch nicht immer der Fall, da folgende Tätigkeiten mit Handzeichen von Pflegehilfen/Altenfachbetreuern dokumentiert wurden: 21.4.2016: „Infusion ist fertig, abgehängt', 30.4.2016: „Infusion ist fertig, Flasche u. Butterfly entfernt' und 4.5.2016: „2. Infusion durchgelaufen, nach Anweisung DGKS [Name der Pflegekraft] Butterfly entfernt."</p> <p><u>Verpflichtende Maßnahme:</u> Es ist sicherzustellen, dass alle zu erbringenden Pflegeleistungen von entsprechend qualifiziertem Personal im Sinne des GuKG durchgeführt werden.</p>	<p>Ein Schreiben wurde erstellt, auf dem vermerkt wurde, dass es Pflegehelfern/AFB nicht gestattet ist, einen Butterfly zu entfernen bzw. Infusionen abzuhängen. Jeder Mitarbeiter hatte die Pflicht mit Namen und Unterschrift dies zu kennzeichnen. Vorlage liegt in der Info-Mappe.</p> <p>Wird fortlaufend kontrolliert.</p>	BL	Sofort

5.	<p><u>Beschreibung:</u> Für den durch das Pflegepersonal durchgeführten Dauerkatheterwechsel gab es laut Auskunft keine schriftliche ärztliche Anordnung — diese wurde noch während des Aufsichtsbesuches eingeholt.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Diplompersonal (z.B. "Katheterwechsel — Legen bzw. Entfernen") werden nur nach schriftlicher ärztlicher Anordnung (ausgenommen: Sonderanordnungsformen laut GuKG) durchgeführt.</p>	<p>Bei der Bewohnerin wurde von der zuständigen angestellten Ärztin in den med. Diagnosen ein Katheterwechsel von DGKP vermerkt. Siehe CC- Eintrag „Wechsel alle 4-6 Wochen durch Diplompflegepersonal“</p>	BL	Erledigt am 13.5.
6.	<p><u>Information und Beschreibung:</u> Lautet die ärztliche Anordnung für die Verabreichung von Medikamenten beispielsweise "Früh- Mittags-Abends" ist damit auch häufig ein bestimmtes Intervall beabsichtigt. Die verschreibungsgemäße Verabreichung war möglicherweise nicht sichergestellt, denn einzelne Medikamente wurden einmal nach 10 Uhr und das zweite Mal um ca. 11:50 Uhr verabreicht.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Es wird empfohlen, die Medikamente verschreibungsgemäß, also auch zu den vorgeschriebenen Zeiten, z.B. Morgens, Mittags, Abends zu verabreichen. Sollte beispielsweise aus Gründen der Wahrung der Individualität die Verabreichung der Morgenmedikamente erst am Vormittag oder zu Mittag möglich sein, wird dringend empfohlen, dies mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.</p>	<p>Info an den Arzt erfolgt, wenn der Bew. die Med. nicht zu den geplanten Zeitpunkten einnehmen kann (z.B. schläft länger) um weitere Med.- Gaben abzusprechen. Wird per Mail an die MA weitergeleitet. Kontrolle durch die BL</p>	BL und alle DGKP	Sofort

7.	<p><u>Information und Beschreibung:</u> Es gab Bewohner/innen, bei welchen die verordneten Medikamente laut Auskunft gemörsert verabreicht wurden. Darunter waren jedoch auch beispielsweise "Quetialan XR 50 mg Retardtabletten", welche laut Packungsbeilage „nicht zerteilt, zerkaut oder zerkleinert“ werden dürfen.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Es wird empfohlen (keine gegenteilige ärztliche Anordnung vorausgesetzt), die vom Hersteller vorgegebenen Verabreichungsformen einzuhalten und Medikamente, welche laut Hersteller und der Empfehlung eines Pharmazeuten nicht zerrieben werden sollen, nicht gemörsert oder zerrieben zu verabreichen.</p>	<p>Dies erfolgte bei 3 Bewohnern: 1 Bewohner werden die Med. nicht mehr gemörsert, bei 2 Bewohnern wurde erneut die ärztliche Unterschrift dafür eingeholt.</p> <p>Keinesfalls dürfen die Verabreichungsvorschriften umgangen werden (keine gegenteilige ärztliche Anordnung vorausgesetzt). Infobuch der Landesapotheke diesbezüglich liegt in den Bereichen auf. Schulung der MitarbeiterInnen in der nächsten Teamsitzung.</p>	BL	Sofort - bereits erledigt
8.	<p><u>Information und Beschreibung:</u> 1. In der Medikamentenbox eines Bewohners war eine Creme gelagert, deren Haltbarkeitsdatum überschritten war (02-2016). 2. In der Medikamentenbox eines anderen Bewohners befand sich ein Plastikbehälter mit losen Tabletten, welcher zwar mit dem Namen des Medikaments beschriftet war, jedoch nicht mit dem Haltbarkeitsdatum.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Es wird empfohlen, Medikamente, deren Haltbarkeitsdatum überschritten ist, einer geeigneten Entsorgung zuzuführen. Es wird empfohlen, Arzneimittel so zu verwahren, dass das Haltbarkeitsdatum ersichtlich ist.</p>	<p>Wurde an dem Tag der Einschau bereits verworfen. MA werden per Mail erneut informiert. Regelmäßige KO auf Ablaufdatum, Gebarung alle 3 Monate (nächster Termin September). Dafür zuständige PP wird ernannt bei der nächsten Teambesprechung.</p>	BL	Sofort

9.	<p><u>Beschreibung:</u> Zum Teil wurde die private Kleidung als Dienstkleidung verwendet. Einerseits wird dadurch die sogenannte "Normalität" im Seniorenheim unterstützt, andererseits kann die Verbreitung von unerwünschten Keimen nicht ausgeschlossen werden, wenn bei bestimmten Pflegehandlungen im direkten Kontakt mit Bewohner/innen (wie beim Pflegeaudit gesehen bei der Intimpflege/Reinigung von Stuhlgang) keine Pflegeschürzen getragen werden, und daher die Möglichkeit einer Kontamination der Kleidung besteht.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Schürzen/Schutzüberwürfe: Im Zuge von Pflegetätigkeiten, bei welchen einerseits Privatkleidung getragen wird und andererseits ein Kontakt mit potentiell infektiösen Ausscheidungen oder Sekreten nicht auszuschließen ist, werden Schürzen o.ä. getragen, um eine Verschleppung von Keimen zu verhindern.</p>	Wurde bei der Teambesprechung angesprochen und MA aufgefordert eine Einmalschürze zu verwenden. Wird ebenso im Mail erneut angeführt. Hygienerichtlinie ist in jedem Bereich vorhanden, bekannt und anzuwenden. Kontrolle durch die BL	BL	Sofort
10.	<p><u>Beschreibung:</u> Da eine zielorientierte Vorgangsweise auch eine Überprüfung der Zielsetzungen erfordert, ist eine Zielformulierung erforderlich, die auch für Pflegekräfte überprüfbar ist. Teilweise waren die Zielformulierungen sehr allgemein formuliert (beispielsweise "guter Ernährungszustand"). Dies ist unter Umständen schwierig zu überprüfen, da es möglicherweise unterschiedliche Auffassungen des Begriffes "gut" geben kann.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Um eine angemessene, planmäßige und zielgerichtete Pflege sicherstellen zu können, werden die angestrebten Pflegeziele möglichst so formuliert, dass eine Zielerreichung auch für das planende Pflegepersonal überprüfbar ist.</p>	Bei zukünftigen Pflegeplanungsevaluierungen werden genauere/ bessere Formulierungen getroffen. Begutachtung aller Pflegeberichte auf differenzierte und genaue Dokumentation, Allgemeinbeschreibungen wie „gut“, „ausreichend“ werden vermieden und korrigiert. Pflegeberichte werden so gestaltet, dass sie verständlich und tatsächlich beschreibend formuliert sind. Auf sachlich richtige und relevante Information wird geachtet. Information der MitarbeiterInnen über die korrekte Ausdrucksweise erfolgt in der nächsten Teambesprechung.	BL und DGKP	Sofort

11.	<p><u>Beschreibung und Information:</u> Bei einer Bewohnerin mit einer drastischen Gewichtsabnahme lautete ein Pflegeziel: "kein weiterer Gewichtsverlust". Der Evaluierungszeitraum war vom 3.5.-2.8.2016 festgelegt. Die Bewohnerin nahm aber seit 5.10.2015 19 kg ab. Daher erschien der Überprüfungszeitraum zu lang.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Um die im Salzburger Pflegegesetz geforderte planmäßige, zielgerichtete und angemessene Pflege zu gewährleisten, werden die geplanten/durchgeführten Pflegemaßnahmen regelmäßig (zu einem angemessenen Zeitpunkt) und nachvollziehbar auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit überprüft (evaluiert).</p>	<p>Bei zukünftigen Pflegeplanungsevaluierungen werden genauere/bessere Formulierungen getroffen.</p> <p>Gewichtskontrollen: Sonntag im Monat alle Bewohner abwiegen. Bei Bewohner unter BMI von 21 bzw. veränderten Essverhalten wird 1x wöchentlich geplant</p>	BL	Sofort
12.	<p><u>Beschreibung:</u> Die stichprobenartig überprüften Pflegepläne enthielten auch Bereiche wie z.B. Medikamentengebung.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Es wird empfohlen, nur jene Problemstellungen in die Prozessplanung aufzunehmen, welche durch eine strukturierte Vorgehensweise beeinflussbar sind bzw. deren planmäßige Vorgangsweise nicht bereits in anderen Dokumentationsteilen sichergestellt wird.</p>	<p>Die wöchentliche Pflegeplanung zum Med.-Management wird entfernt und in den Ressourcenplan gegeben.</p>	BL	Sofort
13.	<p><u>Beschreibung:</u> Im Leistungsnachweis einer pflegebedürftigen Bewohnerin wurde am 19. und 20.4.2016 die Verabreichung von „1 Ampulle Vendal 10 mg“ durch eine Pflegehilfe mit Handzeichen als durchgeführt abgezeichnet. Im Pflegebericht vom 19.4.2016 wurde von derselben Pflegehilfe jedoch vermerkt: „Vendal wurde von Dipl. [Name der Pflegekraft] Freisaal A gespritzt.“, sowie im Suchtgiftheft die Entnahme der Ampullen an beiden Daten durch eine Diplomkraft dokumentiert war. Durch die Bereichsleitung wurde glaubhaft versichert, dass die subkutanen Verabreichungen des suchtgifthaligen Schmerzmittels durch die Diplomkraft erfolgten.</p> <p><u>Dringend empfohlene Maßnahme:</u> Die erfolgte Eintragung einer Maßnahme im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist von der durchführenden Pflegekraft mittels Handzeichen schriftlich zu bestätigen.</p>	<p>Wurde mit der betroffenen Pflegehelferin besprochen und in der Teambesprechung an alle MA weitergeleitet.</p>	BL	Sofort - bereits erledigt

14.	<p><u>Beschreibung:</u> Bei einzelnen Bewohner/innen waren diverse mehrmals am Tag zu erbringende Pflegeleistungen (z.B. "Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr 9-18 Uhr") an zahlreichen Tagen teilweise bereits um 9 Uhr als erledigt abgezeichnet, obwohl die Maßnahmen laut Auskunft auch danach immer wieder erforderlich waren und durchgeführt wurden.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Durchgeführte Pflegemaßnahmen werden erst nach deren Durchführung von der durchführenden Pflegekraft schriftlich bestätigt.</p>	Bei zukünftigen Pflegeplanungsevaluierungen werden genauere/bessere Formulierungen, engmaschigere Evaluierungen getroffen.	BL	Sofort
15.	<p><u>Information:</u> Vereinzelt waren in den stichprobenweise begutachteten Durchführungsnachweisen tageweise Eintragungslücken erkennbar. Insbesondere im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich schien es eine uneinheitliche Form der Leistungsdokumentation zu geben. Denn es waren die Medikamentenverabreichungen teilweise doppelt und an zahlreichen Tagen gar nicht nachvollziehbar (z.B. transkutane Medikamentenverabreichung mittels Pflaster).</p> <p><u>Empfohlene Maßnahmen:</u> Durchgeführte Maßnahmen sind von der durchführenden Pflegekraft schriftlich zu bestätigen.</p>	Einheitliches Vorgehen wird erarbeitet. Begutachtung aller Pflegeberichte auf differenzierte und genaue Dokumentation Auf sachlich richtige, einheitliche, lückenlose und relevante Information wird geachtet. Information der MitarbeiterInnen über die korrekte Ausdrucksweise erfolgt in der nächsten Teambesprechung.	BL	Sofort
16.	<p><u>Beschreibung und Information:</u> Teilweise waren eine Ganzkörperwäsche und eine Dusche am selben Tag gleichzeitig als durchgeführt abgezeichnet worden. Diese Vorgehensweise ist vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrungen jedoch lediglich in/nach bestimmten Ausnahmesituationen üblich und sinnvoll. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Leistung dokumentiert wurde, die nicht in der dokumentierten Häufigkeit durchgeführt wurde.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Es wird empfohlen, nur tatsächlich erbrachte Leistungen zu dokumentieren.</p>	Begutachtung aller Pflegeberichte auf richtige und genaue Dokumentation Auf sachlich richtige, einheitliche, lückenlose und relevante Information wird geachtet. Information der MitarbeiterInnen über die korrekte Ausdrucksweise erfolgt in der nächsten Teambesprechung. Doppelplanungen und Abzeichnungen sind zu hinterfragen und zu vermeiden.	BL	Sofort

17.	<p><u>Beschreibung und Information:</u> Die Schmerzbeauftragte/Pain Nurse hat eine Schlüsselstellung in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Schmerzen und der Qualitätssicherung im pflegerischen Schmerzmanagement inne.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Aus Qualitätssicherungsgründen wird empfohlen, einer Pflegekraft die Fortbildung zur Schmerzbeauftragten/zum Schmerzbeauftragten zu ermöglichen.</p>	Eine mögliche Einführung eines Schmerzbeauftragten/Palliativbeauftragten wird derzeit geprüft. Intern stehen Schmerzskaalen und Schmerztagebücher zur Verfügung	PDL + ZPDL	Sofort
18.	<p><u>Beschreibung und Information:</u> Eine Basisschulung aller Pflege- und Betreuungskräfte in der Palliativpflege kann sowohl die Bewohner/innen als auch die Mitarbeiter/innen entlasten und die Sterbebegleitung erleichtern.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Aus Qualitätssicherungsgründen wird empfohlen, allen Pflege- und Betreuungsmitarbeiterinnen eine Basisschulung in der Palliativpflege zu ermöglichen.</p>	Eine mögliche Einführung eines Schmerzbeauftragten/Palliativbeauftragten wird derzeit geprüft.	PDL + ZPDL	Sofort
19.	<p><u>Information:</u> Ein entsprechend ausgebildeter Hospiz- bzw. Palliativbeauftragter kann die Qualität in der Sterbebegleitung fördern und sichern.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Aus Qualitätssicherungsgründen wird empfohlen, einen entsprechend ausgebildeten Hospiz- bzw. Palliativbeauftragten einzusetzen</p>	Eine mögliche Einführung eines Schmerzbeauftragten/Palliativbeauftragten wird derzeit geprüft.	PDL + ZPDL	Sofort
20.	<p><u>Information:</u> Die rechtzeitige Dokumentation von Bewohnerwünschen begünstigt eine individuelle Begleitung in der Sterbephase.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahmen:</u> Es wird empfohlen, Bewohnerwünsche/-bedürfnisse betreffend Sterbephase/-begleitung rechtzeitig zu dokumentieren.</p>	Wird bei zukünftiger Biografieerhebung miterhoben – wenn möglich vor Eintreten der genannten Phase.	BL	Sofort

21.	<p><u>Beschreibung:</u> Es gab nur vereinzelt entsprechende biografische Notizen.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Um eine angemessene Betreuung von Desorientierten sicherstellen zu können, wird empfohlen, pflegerelevante biografische Notizen zu erheben. Ist eine Erhebung aufgrund eingeschränkter Ausdrucksmöglichkeit oder fehlendem Erinnerungsvermögen des Bewohners/der Bewohnerin nicht möglich, wird der Versuch empfohlen, pflegerelevante Informationen von Angehörigen bzw. Bezugspersonen einzuholen.</p>	Im Juli Info per Mail an alle PP und AB, um Biographien zu erstellen bzw. in das CC einzutragen. Biografien werden bei allen neuen BewohnerInnen ggf. mit Angehörigen erhoben und in den Pflegeprozess eingearbeitet.	Alle	Sofort
22.	<p><u>Information:</u> Laut Auskunft kam es bei den Transporten immer wieder zu längeren Wartezeiten und Verspätungen, wodurch Belastungen nicht ausgeschlossen werden konnten.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahmen:</u> Es wird empfohlen, das/die von der befragten Pflegekraft berichtete/n Problem/e, welche/s sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Rettungskräften ergeben hat/haben, in einem gemeinsamen Gespräch zwischen Träger, Rettungsdienst und Verantwortlichen des Seniorenpflegeheimes anzusprechen und gemeinsame Lösungen zu finden.</p>	Zusammenarbeit mit RK- Dienst, wenn Verspätungen eintreten, ist bereits erfolgt.	BL	Sofort
23.	<p><u>Beschreibung und Information:</u> Ein Bewohner wurde mit einem Rollstuhl geschoben. Er musste dabei die Beine leicht anheben, da der Rollstuhl mit keinen Fußstützen o.ä. versehen war.</p> <p><u>Empfohlene Maßnahme:</u> Wenn sich das Vorhandensein von Fußstützen am Rollstuhl für einen Bewohner/eine Bewohnerin als erforderlich erweist, wird dringend empfohlen - keinen gegenteiligen Bewohnerwunsch vorausgesetzt-, die Fußstützen am Rollstuhl anzubringen.</p>	Info bereits bei Teambesprechung erfolgt, erneute Info per Mail an PP. Bei allen Rollstühlen werden Fußstützen angeboten.	BL	Sofort

Verwendete Abkürzungen:

BL = Bereichsleitung
 DGKP/DGKS = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/schwester
 PP = Pflegepersonal
 AB = Alltagsbegleitung
 MA = MitarbeiterInnen

HG = Hausgemeinschaft
 PDL = Pflegedienstleitung
 ZPDL = Zentrale Pflegedienstleitung

KO = regelmäßige Kontrolle
 RK-Dienst = Rot Kreuz Dienst
 CC = Care Center (Dokumentations-Programm)
 BMI = Body-Mass-Index