



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

Auditbericht

Bestehend aus:

Auditplan
Auditcheckliste
Maßnahmenplan
Berichtzusammenfassung

F1 Führungsprozesse

Grundsätzlich sind alle Regelungen für die Führungsprozesse erkannt und ausreichend dokumentiert. Die Leitbilder wurden übergeordnet innerhalb des Trägers erstellt, hängen ebenso wie das Organigramm an zentraler Stelle aus und sind den Mitarbeitern bekannt. Das Organigramm weist noch nicht alle erforderlichen Kriterien auf **(M1)**. Konkrete Jahresziele wurden formuliert und basieren auf den Leitbildern. Die Ziele sind an zentraler Stelle ausgehängt und wurden mit den Mitarbeitern kommuniziert. Ein Maßnahmenplan zur Zielerreichung liegt vor. Das Leistungsangebot ist aussagekräftig, wird neuen Mitarbeitern im Einstellungsgespräch und während der Einarbeitung erläutert. Interessenten wird das Angebot innerhalb der Erstgespräche aufgezeigt. Außerdem ist das Angebot in den Informationsmaterialien des Pflegedienstes aufgeführt.

Da der Pflegedienst 2008 gegründet wurde, erfolgte eine wenig aussagekräftige Managementbewertung. Nicht alle geforderten Eingaben wurden vor diesem Hintergrund berücksichtigt. Die Kooperationen sind übersichtlich in einer Matrix aufgeführt. Serviceverträge, die mit dem Träger geschlossen wurden, sind noch nicht in der Kooperationsmatrix aufgeführt **(M2)**. Eine Lieferantenbewertung wurde für das Vorjahr nicht durchgeführt, da sich die Kooperationen erst im Aufbau befanden. Eine Lieferantenbewertung muss ab 2009 erfolgen **(M3)**.

Da keine neuen Leistungsangebote geplant sind, ist dieser Prozess zurzeit ausgeschlossen.

F2 Personal

Auch für diesen Prozesskomplex liegen alle geforderten Regelungen schriftlich vor und sind implementiert. Die Pflege erfolgt ausschließlich durch ex. Pflegefachkräfte. Urlaubs-, Einsatz- und Tourenpläne liegen vor. Der ausgehängte Urlaubsplan wird nicht vollständig dokumentenecht geführt **(M4)**. Das Datum der Genehmigung und Unterschrift zur Freigabe sind nicht ausgewiesen **(M4)**.

Es finden wöchentliche Qualitätszirkel statt. Hieran nehmen alle Mitarbeiter teil. Inhaltlich erfolgen jedoch eher Unterweisungen als die gemeinsame Ausarbeitung von relevanten Themen **(M5)**. Innerhalb der Teamgespräche können die Mitarbeiter eigene Themen einbringen. Im Vor-



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

feld erfolgt keine Sammlung der Tagesordnungspunkte, so dass für die Beteiligten nicht die Möglichkeit besteht, sich auf die Themen vorzubereiten (**M6**). Die Protokollvorlage für den Qualitätszirkel ist nicht entsprechend im Handbuch benannt (**M7**).

Es liegt kein Stellenplan vor, der Personalbedarf errechnet sich anhand der Leistungskomplexen der Patienten, Personaleinsatz und -akquise werden entsprechend der Vorgaben und der vereinbarten Leistungskomplexe geplant und durchgeführt.

Das Einstellungsverfahren ist festgelegt, die Personalauswahl erfolgt anhand der Stellenbeschreibungen. Die Stellenbeschreibungen werden in doppelter Ausfertigung ausgegeben, eine unterschriebene Ausführung wird in der Personalakte abgeheftet. Ehrenamtliche Mitarbeiter werden zur Zeit noch nicht eingesetzt. Neue Mitarbeiter erhalten umfangreiches Informationsmaterial, die systematische Einarbeitung ist geregelt. Die Einarbeitungscheckliste sollte auch die Dauer der Einarbeitungsphase und den Namen des Mentors aufweisen, so dass diese Informationen für den neuen Mitarbeiter eindeutig ersichtlich sind (**M8**). Probleme und Schulungsbedarf werden nicht explizit in der Einarbeitungsphase erfragt. Beide Punkte sollten als Vorgabefelder in die Einarbeitungsdokumente aufgenommen werden (z.B. auf dem Gesprächsprotokoll zur Einarbeitung), damit sie in jedem Fall hinterfragt werden (**M9**).

Fortbildungen werden in Zusammenarbeit mit dem Seniorenzentrum geplant und durchgeführt. Fortbildungswünsche der Mitarbeiter werden ermittelt. Die Fortbildungsbewertung erfolgt ebenso gemeinsam mit dem Seniorenzentrum. Dieses sollte gesondert erfolgen, da nicht eindeutig erkennbar ist, wie die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Fortbildung bewerten (**M11**). Eine systematische Fortbildungsbedarfsplanung liegt nicht vor (**M10**). Die Implementierung der qualitätsrelevanten Prozesse erfolgte größtenteils innerhalb der Teamgespräche. Darüberhinaus ist die Vermittlung dieser Prozesse Bestandteil des Einarbeitungsverfahrens. Mitarbeitergespräche werden bereits während der Einarbeitungsphase geführt. Ein Formular zur Mitarbeiterbewertung liegt vor, eine inhaltliche Überarbeitung ist geplant, so dass der Gesprächscharakter in den Vordergrund tritt.

Das diakonische Profil ist in der Umsetzung dieses Prozesskomplexes nicht deutlich erkennbar. Beispielsweise könnte innerhalb der Teamgespräche regelmäßig ein Tagesordnungspunkt zu diesem Thema erfolgen (**M12**). Geplant ist die Schulung von Mitarbeitern zu Seelsorgehelfern. Eine Mitarbeitervertretung besteht zurzeit noch nicht aufgrund der niedrigen Mitarbeiteranzahl. Die Verantwortung für die Qualitätsentwicklung liegt bei der Geschäftsführerin. Eine kontinuierliche Beratung bzgl. der internen Qualitätsarbeit erfolgt durch die Qualitätsbeauftragte des Seniorenzentrums.



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

F 3 Qualitätsmanagement

Die Struktur des Qualitätsmanagementsystems ist durch die Darstellung der Prozesslandschaft veranschaulicht.

Alte Dokumente werden archiviert, die Änderungen sind jedoch nicht nachvollziehbar **(M13)**. Neue Dokumente werden innerhalb der Teamsitzungen implementiert. Die Lenkung der externen Dokumente ist nicht festgelegt **(M14)**. Die Häufigkeit der EDV gelenkten Dateien ist nicht beschrieben **(M15)** und zur besseren Nachvollziehbarkeit sollte der Dateipfad bei diesen Dokumenten ergänzt werden **(M16)**.

Ein Beschwerdemanagement ist implementiert, bisher liegen nur wenige Beschwerden vor. Das Beschwerdeformular wird zu Beginn der Leistungserbringung an die Patienten ausgehändigt. Es sollte festgelegt werden, nach welcher Zeit eine erste Rückmeldung an den Beschwerdeführer zu erfolgen hat **(M17)**. Da dieser Prozess erst in diesem Jahr implementiert wurde, fand bisher noch keine Auswertung statt **(M18)**.

Fehler werden auf einer Fehlersammelkarte erfasst, die an zentraler Stelle ausgehändigt ist. Die Geschäftsführerin beschreibt diese Prozessgestaltung als nicht optimal **(M19)**.

Eine Planung bzgl. der QM-Aktivitäten erfolgt bisher innerhalb des Maßnahmenplans zur Vorbereitung auf die Zertifizierung. Die Maßnahmen, die nach diesem Termin durchzuführen sind, sind bisher nicht geplant **(M20)**.

Die Durchführung interner Audits ist geregelt. Es findet jährlich ein Systemaudit statt. Daneben erfolgen Interne Revisionen durch den Träger. Kundenvisitationen erfolgen im Rahmen der Pflegevisiten und umfassen 10% der Patienten.

Die Patientenzufriedenheit wird jährlich mittels eines Fragebogens erhoben. Die erste entsprechende Befragung erfolgt zurzeit. Es ist geplant, die Ergebnisse mittels der einrichtungseigenen Patientenzeitschrift zu kommunizieren. Mitarbeiterbefragungen erfolgen alle zwei Jahre, die erste Befragung findet ebenfalls zurzeit mittels eines Fragebogens statt. Diese Ergebnisse sollen den Mitarbeitern im Teamgespräch oder der Betriebsversammlung mitgeteilt werden.

F4 Sicherheit

Die Regelungen zu dem Prozesskomplex Sicherheit sind umfassend und größtenteils ausreichend. Der Umgang mit Schlüsseln und Geschenken sowie rückschonendes Arbeiten wird den Mitarbeitern vermittelt, dieses wird jedoch nicht eindeutig dokumentiert **(M21)**.

Die Umsetzung der Medizinproduktbetreiberverordnung muss in Bezug auf bewohnereigene Geräte hinsichtlich der korrekten Anwendung geprüft werden **(M22)**. Ansonsten findet die Verordnung Anwendung.



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

Da die Räumlichkeiten des Seniorenzentrums genutzt werden, wurde die Regelung für den Brandschutz des Seniorenzentrums für den Pflegedienst übernommen. Eine Gefährdungsbeurteilung erfolgte vor kurzem durch die beratende Fachkraft für Arbeitssicherheit, das Protokoll liegt noch nicht vor.

Als Hygienebeauftragter ist die Pflegedienstleitung benannt. Eine Hygienefachkraft führt eine kontinuierliche Beratung durch. Der Hygieneplan ist Bestandteil des QM- Handbuchs, wurde jedoch noch nicht umfassend implementiert (**M23**). Es ist zu klären, ob der interne Hygienebeauftragte über eine Qualifikation aufweisen muss, da diese nicht nachgewiesen werden kann (**M24**). Fortbildungen bzgl. Infektionserkrankungen (MRSA, NORO-Viren) sind für 2009 geplant

K1 Pflege

Das Pflegeleitbild erfüllt alle Anforderungen, hängt an zentraler Stelle aus, wird den Mitarbeitern bei Einstellung ausgeteilt und wird nachweislich mit den Mitarbeitern kommuniziert (im Teamgespräch). Ein umfangreiches Pflegekonzept liegt vor, wird mit den Mitarbeitern kommuniziert und bei Einstellung ausgeteilt. Bei Einstellung werden Konzept und Leitbilder erläutert, dieses wird jedoch nicht explizit dokumentiert (**M25**).

Der Erstkontakt und der Beginn der Leistungserbringung erfolgen systematisch anhand der entsprechenden Regelungen. An Interessenten wird eine umfangreiche Informationsmappe ausgeteilt, wenn gewünscht erfolgt ein umfassendes Informationsgespräch je nach Wunsch in der eigenen Häuslichkeit oder in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes.

Die Regelungen der Pflegeprozessplanung und der Pflegedokumentation sind umfassend formuliert, finden aber keine umfassende Umsetzung in die Praxis: Bei den eingesehenen Pflegeplanungen fehlt z.T. die Individualität. Ziele sind z.T. nicht realistisch und prüfbar formuliert, teilweise könnten die Maßnahmen handlungsleitender und individueller formuliert werden. Ressourcen sind z.T. nicht beschrieben. Auf Standards wird größtenteils nicht verwiesen. Bei den eingesehenen Pflegeplanungen fehlt z.T. die Individualität. Ziele sind z.T. nicht realistisch und prüfbar formuliert, teilweise könnten die Maßnahmen handlungsleitender und individueller formuliert werden. Ressourcen sind z.T. nicht beschrieben. Im Pflegebericht ist der Verlauf nicht immer abgebildet, ansonsten sind die Berichte umfangreich und aussagekräftig beschrieben. Es sollte eine Fortbildung zu diesem Thema erfolgen (**M26**). Die Dokumentation der Leistungen erfolgt lückenlos. Das Pflegedokumentationssystem erfolgt papier-gestützt und beinhaltet alle erforderlichen Formulare, die sachgerechte Anwendung wird nachgewiesen.

Zahlreiche Pflegestandards liegen vor. Der Standard für eine notfallmäßige Türöffnung wurde erstellt aber noch nicht implementiert (**M27**).



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

Pflegevisiten erfolgen geplant und systematisch. Dieser Prozess wurde erst vor kurzem eingeführt, so dass erst eine Pflegevisite erfolgte. Eine Evaluation der Ergebnisse ist quartalsweise geplant. Eine Überprüfung des Mitarbeiters erfolgt innerhalb einer Pflegevisite hinsichtlich der Umsetzung der Pflegestandards. Die Dokumentation dieser Prüfung erfolgt auf dem Pflegevisitenprotokoll (**M28**). Es sollten systematische Mitarbeitervisiten erfolgen, die auf einen umfassenderen Focus als ausschließlich die Umsetzung der Standard abzielen (**M28**). Fallbesprechungen erfolgen bei Schwierigkeiten innerhalb einer Pflegesituation und werden dokumentiert. Standards für die aktuellen Behandlungspflegen liegen vor, die fehlende werden kontinuierlich im Qualitätszirkel erarbeitet.

Das Thema Fixierungsmaßnahmen wurde bisher noch nicht mit den Mitarbeitern kommuniziert (**M29**). Es ist zu klären, inwieweit amtsrichterliche Bewilligungen bzgl. freiheitsentziehenden Maßnahmen vorliegen müssen, wenn keine Bewohnereinstimmung vorliegt. Zurzeit erfolgt ausschließlich der Einsatz von Bettgittern mit schriftlicher Zustimmung des Patienten (**M30**).

Für das Verhalten in Notfallsituationen liegt eine Regelung vor und wird mit den Mitarbeitern kommuniziert. Der Umgang mit Sterbenden ist ebenso geregelt. Ersthelfer wurden bisher noch nicht ausgebildet (**M31**), auch eine Schulung in Erster Hilfe ist bisher nicht erfolgt (**M32**).

K 2 Hauswirtschaft

Ein Hauswirtschaftskonzept und Regelungen zur Reinigung und Wäscheversorgung liegt vor, da hauswirtschaftliche Leistungen Bestandteil des Leistungsangebots sind. Da ein Menüservice angeboten wird, trifft der Prozess Verpflegung zu und wurde umfassend ausgearbeitet. Der Ablauf wird korrekt und nachvollziehbar beschrieben.

Die Anforderungen des DSP werden z.T. durch das Seniorenzentrum erfüllt (HACCP), das in diesem Bereich zertifiziert wurde, da das Essen von der Küche des Seniorenzentrums bezogen wird. Bei der Gefahr der Mangelernährung erfolgt eine Beratung bzw. eine Vermittlung an eine beratende Stelle.

K 3 Beratung und Betreuung

Das Beratungsangebot ist innerhalb einer Matrix dargestellt.

In der Pflegedokumentation ist das Kommunikationsblatt vorhanden, es erscheint ein zusätzliches Beratungsprotokoll wie erstellt überflüssig, da das Kommunikationsblatt vorhanden ist. Da Betreuung als Serviceleistung und im Rahmen der eingeschränkten Alltagskompetenz erfolgt, trifft dieser Prozess zu und wurde bearbeitet. Die Regelung ist verständlich und ausrei-



Erstellung:	GF/PDL/IGOT	Freigabe:	GF/PDL/IGOT	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	1.0
Datum:	21.07.2008	Datum:	21.07.2008	Gültig ab:	09.02.2009	Überarbeitung:	02/2011

chend. Die Kriterien des DSP treffen nicht zu und wurden nicht berücksichtigt. Die gesetzlichen Anforderungen zur Betreuung bei eingeschränkter Alltagskompetenz werden erfüllt.

Die Regelung zur Angehörigenarbeit ist umfassend und ausreichend.

U 1 Betriebswirtschaft

Eine Personalstatistik liegt zurzeit nicht vor, aber anhand der Tourenplanung ist ein Personaleinsatz gewährleistet. Es ist nicht klar, ob eine Aufstellung der Versorgungssituationen kontinuierlich und anhand der Anforderungen evtl. über das Programm C&S geführt werden kann (M33). Ansonsten kann dieses anhand der Pflegeproblemerkennung erfolgen, für die eine Tabelle vorliegt. Die Prozesse in diesem Anforderungskomplex werden nachgewiesen und umgesetzt.

Berichtszusammenfassung

Das Qualitätsmanagementsystem des Pflegedienstes Bethel Ba Oeynhausen wurde bis auf wenige Verbesserungspotentiale/ Anregungen positiv bewertet (vgl. Maßnahmenplan Systemaudit 2009) Wenn nicht anders im Auditbericht dargestellt, waren die eingesehenen Nachweisdokumente korrekt geführt. Das Handbuch liegt in ausgedruckter Form an zentraler Stelle des Dienstbüros vor. Wichtige Nachweisdokumente und Regelungen führt jeder Mitarbeiter in einer Mappe während der Touren mit sich. Das QM-Handbuch ist den Mitarbeitern bekannt und befindet sich in einem kontinuierlichen Prozess der Weiterentwicklung.

Obwohl der Dienst im Vorjahr gegründet wurde, erscheint die Implementierung des Qualitätsmanagementsystems in den Alltag größtenteils gelungen. Die geringe bisher vorliegende Datenmenge ist ebenfalls durch die kurze Einsatzdauer begründet.

Unterschrift des Auditors:

Stellungnahme des Auditierten:

Unterschrift des Auditierten:

Einverstanden: ja nein

Nachaudit: ja nein wenn ja, Termin am: