

---

# **Pflegekonzept**

---

**des Altenpflegeheims St. Josef Bad Lippspringe**

**Inhalt:**

|             |   |                 |
|-------------|---|-----------------|
| <b>1.</b>   | <b>Einleitung</b>                                       | <b>Seite: 3</b> |
| <b>2.</b>   | <b>Räumliche und sachliche Ausstattung</b>              | <b>Seite: 3</b> |
| <b>3.</b>   | <b>Pflegemodell von Monika Krowinkel</b>                | <b>Seite: 3</b> |
| <b>3.1</b>  | <b>Schlüsselkonzepte</b>                                | <b>Seite: 4</b> |
| <b>3.2</b>  | <b>Mensch</b>   | <b>Seite: 4</b> |
| <b>3.3</b>  | <b>Umgebung</b>   | <b>Seite: 4</b> |
| <b>3.4</b>  | <b>Gesundheit und Krankheit</b>                         | <b>Seite: 4</b> |
| <b>3.5</b>  | <b>Pflege</b>   | <b>Seite: 4</b> |
| <b>3.6</b>  | <b>Direkte Pflege</b>                                   | <b>Seite: 5</b> |
| <b>3.7</b>  | <b>AEDL</b>   | <b>Seite: 5</b> |
| <b>3.8</b>  | <b>Indirekte Pflege</b>                                 | <b>Seite:10</b> |
| <b>3.9</b>  | <b>Pflegemanagement</b>                                 | <b>Seite:10</b> |
| <b>3.10</b> | <b>Pflegeorganisation</b>                               | <b>Seite:11</b> |
| <b>4.</b>   | <b>Pflegedokumentation</b>                              | <b>Seite:12</b> |
| <b>5.</b>   | <b>Praxisanleitung und Begleitung neuer Mitarbeiter</b> | <b>Seite:14</b> |
| <b>6.</b>   | <b>Kooperation mit anderen Berufsgruppen</b>            | <b>Seite:14</b> |
| <b>7.</b>   | <b>Unterstützung der Bewohner beim Heimeinzug</b>       | <b>Seite:14</b> |

## **1. Einleitung**

Das Altwerden in unserer Gesellschaft hat sich in den letzten Jahren grundlegend verändert. Immer mehr Menschen erleben ein hohes Alter, das mit einer Vielzahl von neuen Anforderungen an unsere Gesellschaft, an die Familie und an die Einrichtungen verbunden ist.

Durch die Gesundheitsreformen, die Veränderungen in der Gesetzeslage haben wir nunmehr die Verpflichtung, die Altenpflege professionell nachvollziehbar zu gestalten. Das Pflegeversicherungsgesetz (§80) schreibt Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen zwingend vor.

Dass Konzepte zur Sicherung von Qualität beitragen, ist kein Geheimnis. Jedoch besteht die Kunst der Erstellung von brauchbaren Konzepten in ihrer angemessenen Form.

Das mit dem Gesamtkonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist handlungsorientiert für alle Mitarbeiterinnen, die am Pflegeprozess beteiligt sind. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiterinnen. Das Pflegekonzept basiert auf der Pflgetheorie von Monika Krohwinkel „Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens“. Wir haben mit der Erarbeitung dieses Pflegekonzeptes versucht, die Ziele, die Planung und das Leistungsgeschehen überschaubar und praxisorientiert darzustellen.

Da konzeptionelles Arbeiten immer prozessorientiert ist und einem steten Wandel unterliegt, wird diese Konzeption in jährlichen Zeitabständen auf ihre Aktualität hin überprüft.

## **2. Räumliche und Sachliche Ausstattung**

Das Altenpflegeheim St. Josef bietet 80 freundliche und helle Einzelzimmer in der Größe von ca. 16 Quadratmetern an. Sie sind mit Pflegebett und Schränken vormöbeliert und sollten mit eigenen Einrichtungsgegenständen individuell ergänzt werden. Anschlüsse für Telefon und Sat-TV, mobile Rufanlagen und Bäder mit eigenem Waschtisch und Toilettenschrank komplettieren die Ausstattung.

Im Eingangsbereich liegt die großzügige Cafeteria, die auch für Feiern genutzt wird. Auf den Etagen laufen jeweils zwei Flure auf einen der achteckigen Salons zu: Lichtdurchflutete Gemeinschaftsräume für Gruppenstunden, kleine Feiern und Mahlzeiten. Bei der Gestaltung der Wege und Begegnungsstätten werden Bewohner mit einbezogen.

### **3. Pflegemodell von Monika Krohwinkel**

Das bedürfnisorientierte Pflegemodell von M. Krohwinkel, welches die „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ beschreibt, wird als ein in allen Arbeitsbereichen anwendbares, flexibles und praxisbezogenes Modell beschrieben. Der Mensch wird dabei als Einheit von Körper, Geist und Seele gesehen, der von seiner Umgebung beeinflusst wird und eine individuelle Biografie durchlaufen hat.

Monika Krohwinkel ist Professorin für Pflege an der evgl. Fachhochschule Darmstadt. Ihr Modell der Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens veröffentlichte sie erstmals 1984. In einer 1991 abgeschlossenen Studie wurde das Modell erprobt und weiterentwickelt.

#### **3.1 Schlüsselkonzept**

Die Schlüsselbegriffe des Modells sind der Mensch, die Umgebung, Gesundheit und Krankheit sowie Pflege.

#### **3.2 Mensch**

Mit „Mensch“ ist sowohl der Pflegebedürftige wie der Pflegende gemeint. Krohwinkel sieht den Menschen als einheitliches, integrales Ganzes. Jeder Mensch ist fähig, sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen. Er kann entscheiden, handeln und verantworten.

#### **3.3 Umgebung**

In einer ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung ein sehr wesentlicher Faktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. Mensch und Umgebung sind offene, sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen anderen Lebewesen, auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren.

#### **3.4 Gesundheit und Krankheit**

Nach Krohwinkel sind Gesundheit und Krankheit dynamische Prozesse, die für die Pflege als Ressourcen und als Defizite erkennbar sind. Wohlbefinden und Unabhängigkeit sind danach subjektiv empfundene Teile der Gesundheit.

#### **3.5 Pflege**

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten werden nach Krohwinkel in 13 Bereiche unterteilt. Innerhalb dieser Bereiche besteht keine Hierarchie, sie stehen alle gleichwertig nebeneinander und beeinflussen sich gegenseitig. Wenn ein Problem in einem Bereich vorliegt, so hat das auf alle anderen Bereiche Auswirkungen.

Die Pflegediagnosen, Pflegeziele, die Pflegeplanung und die daraus resultierenden pflegerischen Maßnahmen orientieren sich an diesen 13 Punkten der AEDL's. Das Pflegemodell der AEDL's ist damit eine „Landkarte“, ein „roter Faden“, der zur Übersicht und Orientierung bei allen pflegerischen Handlungen dient.

### **3.6 Direkte Pflege**

In der direkten Pflege werden die Grundbedürfnisse des Bewohners erfasst und in 13 verschiedene Bereiche eingeteilt. Diese 13 Bereiche, die AEDL's von M. Krohwinkel, bilden die Grundlage unserer pflegerischen Tätigkeit. Auf der Basis der AEDL streben wir die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität unserer Bewohnerinnen durch begleitende und ergänzende Pflege dort an, wo der ältere Mensch nicht mehr in der Lage ist, die 13 Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig durchzuführen. Unser pflegerischer Auftrag beschränkt sich nicht nur auf die körperliche Versorgung, sondern auch die soziale Begleitung ist uns wichtig. Durch unser Pflegeverständnis wollen wir erreichen, dass noch vorhandene oder schon verloren geglaubte körperliche, psychische und soziale Fähigkeiten wieder aktiviert oder erhalten werden können.

### **3.7 AEDL**

Für die Praxis wurden die Lebensaktivitäten von 1. – 13. skaliert, um diese somit in jedem Schritt des Pflegeprozessgeschehens schnell parat zu haben:

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und Trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und Schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Trotz der Unterteilung der Pflege in die einzelnen Bereiche der AEDL's betrachten wir den/ die Bewohnerin in seiner/ihrer Ganzheit. Alle Bereiche der AEDL's gehören zu einem Menschen und beeinflussen sich wechselseitig. Ressourcen und Hilfebedürftigkeit in einem Bereich haben unmittelbare Auswirkungen auf andere Bereiche.

## **1. Kommunizieren**

- Die Mitarbeiterinnen, die unmittelbar mit den Bewohnerinnen arbeiten, sind über die Bedeutung der direkten und indirekten Kommunikation im Alter und deren Einschränkungen informiert.
- Bewohnerinnen erhalten bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen Unterstützung und Förderung.
- Kommunikative Einzel- und Gruppenangebote werden durch den begleitenden Sozialdienst und den auf jedem Wohnbereich speziell ausgebildeten Präsenzkraften angeboten.
- Gespräche im Bereich der Biografiearbeit werden mit dem Einverständnis der Bewohnerinnen mit den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen angestrebt.
- Die Pflegemitarbeiterinnen kooperieren mit den anderen Berufsgruppen, indem sie diese in ihre Gespräche über die Kommunikationsfähigkeit der Bewohnerinnen mit einbeziehen.

## **2. Sich bewegen**

- Den Mitarbeiterinnen ist bewusst, dass Bewegung und Mobilisation als eine Grundvoraussetzung für menschliches Leben gewertet wird.
- Durch geeignete Hilfsmittelberatung und –organisation werden Möglichkeiten zur Erhaltung und Wiedererlangung von Beweglichkeit geschaffen.
- Unterstützung erhält der / die Bewohnerin durch im Hause 2 x wöchentlich stattfindende Krankengymnastik, durch einen im Haus angestellten Ergotherapeuten und durch die wöchentlich stattfindende Gymnastikstunde.
- Durch fachgerechte Hilfestellung und Motivation der Pflegemitarbeiterinnen wird Bewegung in die Aktivitäten des Alltags integriert.
- Mitarbeiterinnen bezogene Arbeitserleichterungen werden durch gezielte Rückenschulungskurse, Pflegehilfsmittel gefördert und unterstützt (z.B. Kinästhetikfortbildung, Pflegebetten, Lifter, hauseigene Rollstühle).

## **3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten**

- Pflegefachkräfte beobachten die Vitalwerte der Bewohnerinnen kontinuierlich und fachgemäß.
- Prophylaxen und Pflege bei akuten Störungen werden lt. ärztlicher Verordnung ordnungsgemäß durchgeführt.
- Die Handhabung der Hilfsmittel im Haus ist jeder Pflegefachkraft bekannt ( z.B. Inhalationsgerät, Lifter, Pflegebetten, Aufstehhilfen).

- In Notfallsituationen handeln die Pflegefachkräfte lt. Notfallstandards qualifiziert.

#### **4. Sich pflegen**

- Bewohnerinnen erhalten Anleitung zur selbständigen Durchführung der Pflege.
- Durch die Mitarbeiterinnen wird Unterstützung bis vollständige Übernahme umfassender Körperpflege unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten, individuellen Gewohnheiten und der Intimsphäre gewährt.
- Störungen des Allgemeinbefindens und Hautveränderungen werden bei der Körperpflege rechtzeitig erkannt.
- Wünsche für eine individuelle Hautpflege werden berücksichtigt ( z.B. Kosmetika, Fingernagelpflege ).
- Friseur und Fußpflege kommen wöchentlich ins Haus.

#### **5. Essen und Trinken**

- Auf die kulturelle und gesellige Dimension von Essen und Trinken wird Wert gelegt und fließt in die Gestaltung des Hauses ein ( z.B. freundliche Essräume, Tischkultur, Eßgewohnheiten, großer Raum für Festlichkeiten ).
- Ausgewogene und altersgerechte Zusammensetzung der Mahlzeiten wird berücksichtigt (z.B. Diätkost, passierte Kost bei Bedarf, Bereitstellung ausreichender Getränke ).
- Transport, Vorratshaltung, Zubereitung, Reinigung entsprechen den aktuellen Hygienevorschriften.
- Individuelle, biografische Ernährungsgewohnheiten sind der Küche bekannt und werden berücksichtigt ( z.B. über Anamnese
- Ein abwechslungsreicher Speiseplan unter Mitwirkung des Heimbeirates wird monatlich erstellt. Berücksichtigung finden unter anderem Geburtstagswunschen von Bewohnern, Festessen an Sonn- und Feiertagen und jahreszeitliche Angebote. Der Speiseplan wird aktuell, gut les- und sichtbar auf jedem Wohnbereich ausgehängen.
- Die Bewohnerinnen erhalten bei persönlichen Einschränkungen Anleitung und Unterstützung.
- Verschiedene Krankheitsbilder machen eine Infusionstherapie unumgänglich. Pflegefachkräfte sind befähigt nach ärztlicher Verordnung fachgerecht damit umzugehen.
- Mangelernährung - Untergewicht

#### **6. Ausscheiden**

- Mitarbeiterinnen wissen und berücksichtigen, dass Ausscheiden ein intimer Vorgang ist, der behutsamen und taktvollen Umgang erfordert.
- Störungen und Probleme werden von den Mitarbeiterinnen erfasst und die Bewohnerinnen erhalten individuelle situationsgerechte Unterstützung.
- Prophylaktisch werden Ausscheidungsvorgänge beobachtet und fachgemäß gedeutet.
- Vorbeugende Maßnahmen ( z.B. ballaststoffreiche Kost ) und ausreichende Flüssigkeitszufuhr werden in der Versorgung berücksichtigt.
- Der fachgerechte Umgang mit Hilfsmitteln erfolgt durch die Pflegefachkraft (z.B. Ableitungssysteme, Stomaversorgung).

## **7. Sich kleiden**

- Die Bewohnerinnen erfahren Verständnis und Unterstützung bei der Bedeutung, dass Kleidung zur Identität des Menschen gehört.
- Sie erhalten durch die Pflegemitarbeiterinnen Unterstützung bei der selbst bestimmten Kleiderauswahl.
- Bestimmte Anlässe, bestimmte Rituale und Jahreszeiten tragen zum Wohlbefinden der Bewohnerinnen bei und werden mit entsprechender Wahl der Kleidung verknüpft.
- Bewohnerinnen erhalten bei Bedarf Unterstützung und Hilfestellung beim An- und Auskleiden.
- Bekleidung wird im Haus von Näh- bzw. Reinigungsdiensten gepflegt.

## **8. Ruhen und Schlafen**

- Die Struktur des Tages- und Nachtablaufs des Hauses ist den Bedürfnissen der Bewohnerinnen angepasst.
- Die Mitarbeiterinnen kennen die physiologischen Hintergründe des Schlafens.
- Möglichkeiten, die der Unterstützung von gutem und gesundem Schlaf dienen und damit Schlafstörungen verhindern, werden geschaffen (z.B. Beschaffenheit des Bettes, gute Belüftung, Wärme, individuelle Schlafrituale, Rufanlage in Reichweite).
- Bewohner erhalten qualifizierte Unterstützung und Betreuung durch Pflegefachkräfte.
- Das Bedürfnis nach Geborgenheit und Sicherheit wird durch positive Zuwendung der Mitarbeiterinnen vermittelt.

## **9. Sich beschäftigen**

- Durch intensive Biografiearbeit erhalten die Bewohnerinnen individuelle Anregung und Unterstützung bei der Gestaltung ihres Tagesablaufes.
- Bewohnerinnen erfahren Akzeptanz, dass jede/r frei wählen kann zwischen Aktivität und Passivität.



- Es finden wöchentlich gezielte therapeutische Gruppenangebote statt (z.B. Frühstücksgruppen, Abendtreff, Gymnastikgruppe, Bewohner-Chor).
- Zu den festlichen Veranstaltungen werden auch die Angehörigen mit einbezogen (z.B. Sommerfest, Herbstfest, Karneval).
- Ehrenamtlicher Besuchsdienst durch die Caritas – Frauen ermöglicht die Teilnahme vieler Bewohnerinnen an externen Veranstaltungen.
- Dementiell erkrankte Bewohner erhalten die Möglichkeit, auf jedem Wohnbereich in einer Präsenzgruppe intensive Betreuung und sinnvolle Beschäftigung durch eine gerontopsychiatrisch fortgebildete Pflegemitarbeiterin zu erhalten

## **10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten**

- Eines der wichtigsten Merkmale der Identität ist das Geschlecht. Individuelles und kulturelles Rollenverhalten prägen die Annahme der eigenen Person und der Sexualität. Das Pflegekonzept berücksichtigt die Unterstützung des geschlechtsspezifischen Selbstwertgefühls.
- Die Bedeutung der Sexualität wird wahrgenommen und akzeptiert, die persönlichen Wünsche nach Liebe, Nähe und Zärtlichkeit werden ernst genommen.
- Einfühlungsvermögen und Sensibilität der Mitarbeiterinnen sind die Grundvoraussetzungen im direkten Umgang mit den Bewohnerinnen.
- Bewohnerinnen erhalten Unterstützung und Hilfestellung bei der individuellen Schönheitspflege.

## **11. Für eine sichere Umgebung sorgen**

- Das Erleben von Sicherheit und Schutz ermöglicht den Bewohnerinnen, sich auf das Umfeld und die Mitmenschen einzulassen und Vertrauen aufzubauen.
- Das Recht auf Sicherheit wird durch die Sicherung der äußeren Faktoren geregelt, wie: Einhaltung des Betreuungsgesetzes oder anderer gesetzlicher Vorschriften, Unfallverhütung, Notrufsysteme, Brandschutzplan, eine Freiheit gewährleistende Umgebung, soziale Sicherheit.
- Die Sicherung der inneren Faktoren, wie: persönliche Lebensgewohnheiten, Vertraulichkeit und Datenschutz, Sauberkeit und Hygiene, Schmerzlinderung, rechtliche Hilfestellung, Begleitung in Lebenskrisen, dient als Grundlage für eine sichere Atmosphäre.
- Die Mitarbeiterinnen planen bei Bedarf entsprechende Maßnahmen, um Gefahren abzuwenden oder zu verhindern.

## 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

- Die Mitarbeiterinnen fördern das frühere und jetzige Beziehungsgeflecht der Bewohnerinnen.
- Der Kontakt zu Angehörigen und Freunden bleibt erhalten und wird gefördert.
- Unterstützung bei der Gestaltung des Lebensraumes wird geboten.
- Die Bewohner verstehen die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensendlichkeit.
- Sterbebegleitung ist nicht ein isolierter Anteil des Pflegeprozesses, sondern ist Lebensbegleitung in der letzten Lebensphase und bietet Hilfen zur Krisenbewältigung.
- Pflege angesichts von Sterben und Tod wird im Haus thematisiert (z.B. über Pflegestandard).
- Auf eine gewisse Trauerkultur (z.B. Trauerrituale) wird im Haus Wert gelegt.

## 13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Durch eine umfangreiche Anamnese mit den biografischen Daten kennen die Mitarbeiterinnen die existenziellen Lebensereignisse der Bewohnerinnen und können so bei Problemsituationen Begleitung und Unterstützung geben.
- Religiöse Einbindungen, Erfahrungen, Bedürfnisse werden akzeptiert und deren Ausübung gefördert.
- Bei schweren Verhaltensauffälligkeiten wird mit qualifizierten Lösungsmöglichkeiten in Verbindung mit ärztlicher Beratung reagiert (z.B. Aggression, Depression).
- Mitarbeiterinnen werden durch gerontopsychiatrische Fortbildungen, extern durchgeführte Fallgespräche, Supervisionsangebote fachgemäß weitergebildet.

### 3.8 Indirekte Pflege

Die indirekten Pflegeaufgaben wie Pflegemanagement, Pflegeorganisation haben einen ebenso großen Einfluss und Stellenwert auf die Pflegequalität wie die direkten Pflegeaufgaben. Wenngleich die emotionale Befriedigung der Mitarbeiterinnen, unmittelbar etwas **mit** den Bewohnerinnen zu machen, größer ist als bei den administrativen Aufgaben, so wird in kontinuierlichen Fort- und Weiterbildungen den Mitarbeiterinnen vermittelt, dass gute Pflegequalität im Bereich der

direkten Pflegeaufgaben **ohne** die indirekten Pflegeaufgaben nicht zu erreichen ist. Die Pflegequalität wird nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Die Strukturqualität bildet die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet und geleistet werden kann.

### **3.9 Pflegemanagement**

Mitarbeiterinnen in der Pflege haben folgendem Anforderungsprofil zu genügen: Neben der fachlichen Qualifikation wird besonderer Wert auf die persönliche Qualifikation gelegt. Einsatzbereitschaft, Zuverlässigkeit, Einfühlungsvermögen, kommunikative und kreative Fähigkeiten spielen gerade im Hinblick auf die vielen demenzerkrankten Bewohnerinnen eine besondere Rolle. Ebenfalls wichtig ist eine gelebte christliche Grundhaltung.

In der Pflege eingesetzt sind Mitarbeiterinnen als Fachkräfte (ex. Altenpflegerinnen und ex. Krankenschwestern) und als Pflegekräfte, dazu hauswirtschaftliche Hilfskräfte für Reinigungs- und Küchenarbeiten im Wohnbereich.

Eine besondere Rolle spielen die so genannten Präsenzkkräfte, die zum größten Teil Hilfskräfte sind, aber intensiv gerontopsychiatrisch weitergebildet wurden und ständig begleitet werden, um betreuerisch für die Demenzerkrankten im Wohnbereich tätig zu sein. Alle zusammen bilden ein Team. Das Verhältnis von Fachkräften zu Pflegehilfskräften entspricht den gesetzlichen Bestimmungen.

Der Personalschlüssel insgesamt ergibt sich aus den Erlösen. Die Personalbemessung für die einzelnen Wohnbereiche gewichtet sich nach den vorhandenen Pflegestufen. Für alle Mitarbeiterinnen sind Stellenbeschreibungen vorhanden. Diese regeln die Vorgesetztenverhältnisse und beschreiben die zu leistenden Aufgaben allgemein und differenziert.

Der konkrete zeitliche Einsatz der Mitarbeiterinnen wird über einen Monats-Dienstplan geregelt, der 14 Tage vor Inkrafttreten vorliegt und durch die Wohnbereichsleitung erstellt wird. Eine Kontrolle erfolgt durch die Wohnbereichsleitung / stellv. Leitende Pflegefachkraft.

Jedem Wohnbereich steht ein Jahresstundenbudget zur Verfügung, welches sich nach den Erlösen bemisst. Nach Abzug der Ausfallstunden für Urlaub, Fortbildung, Feiertage und Krankheit verbleiben die restlichen Stunden für die direkte und indirekte Pflege. Diese werden auf Zeitschienen verteilt, mit deren Hilfe eine Steuerung der Einsatzstunden erfolgt. Die Mitarbeiterinnen werden flexibel auf diesen Zeitschienen eingesetzt und haben alle ein Jahresarbeitszeitkonto, so dass Anpassungen an den Arbeitsbedarf gut möglich sind. Die meisten Mitarbeiterinnen sind Teilzeitkräfte. Vorhanden sind bedeutend mehr Mitarbeiterinnen als Zeitschienen, im Idealfall für jede Zeitschiene zwei Personen, so dass Ausfallzeiten und Wochenenden stets mit vertrauten Kräften besetzt werden können.

Damit eine gute Information und Kommunikation untereinander gewährleistet ist, werden alle wichtigen Informationen in unserem Outlookmailsystem weitergegeben. Wichtige pflegerische Informationen werden in den Übergabezeiten weitergegeben. Eine monatliche Wohnbereichsbesprechung mit allen Mitarbeiterinnen des Pflegeteams und ein Qualitätszirkel mit Pflegefachkräften werden durch die jeweilige Wohnbereichsleitung geleitet. In diesen Teamgesprächen werden neben Absprachen, Planungen auch anstehende Konflikte geklärt. Grundsätzlichere Absprachen, Planungen und Problembesprechungen auf Leitungsebene finden in der Bereichsleiterrunde jeden Dienstag unter Leitung der Heimleitung statt.

Fortbildungen werden nach Bedarf und Wünschen mit den Wohnbereichsleitungen für ein Jahr geplant. Dabei wird besonderer Wert auf Inhouse - Fortbildungen gelegt, da diese alle Mitarbeiterinnen erreichen und somit effektiver sind.

Eine fachliche Zusammenarbeit besteht mit dem Altenpflege Fachseminar in Geseke sowie ein Kooperationsvertrag zur Altenpflegefachausbildung.

Zur fachärztlichen Betreuung der gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnerinnen stehen zwei Neurologen zur Verfügung.

### **3.10 Pflegeorganisation**

Die besonderen Belastungen, denen Mitarbeiterinnen in Einrichtungen ausgesetzt sind, erfordern eine Organisation, die Verlässlichkeit und Sicherheit bietet. Sie soll zur Orientierung und zur Stabilisierung der einzelnen Mitarbeiterinnen beitragen. Die Planung von arbeitsorganisatorischen Abläufen im Heim ist verbunden mit dem Ziel, Zeit und Arbeitskraft effektiv für bewohnerorientierte Leistungen zu nutzen. Um Routineabläufe, die nicht mehr hinterfragt werden und der bewohnerorientierten Zielsetzung nicht entsprechen, zu vermeiden, wird in regelmäßigen Abständen der Arbeitsanfall und die Arbeitseinteilung im Rahmen einer Arbeitserfassung überprüft. Bezugspersonenpflege ist die Abkehr von der aufgabenzentrierten Funktionspflege hin zur bewohnerorientierten Ganzheitlichkeit in der Pflege.

Ziel dieses Pflegesystems ist eine individualisierte, auf den/die Bewohnerin hin orientierte und mit ihm abgestimmte Pflege. Durch die Zuordnung von Bewohnerinnen und Pflegemitarbeiterinnen wird eine Vertrauensbasis geschaffen, in dem sich die Bewohnerinnen Wohlfühlen und öffnen können.

Die Pflegemitarbeiterinnen gewinnen durch die Arbeit im ganzheitlichen Pflegesystem selbständige Gestaltungsmöglichkeiten. Sie sind kompetente Ansprechpartner sowohl für die Angehörigen, die internen Dienstleistungsbereiche, als auch für die externen Dienstleistungsanbieter.

### **4. Pflegedokumentation**

Durch unser Pflegedokumentationssystem wird eine kontinuierliche, nachvollziehbare, schriftliche Erfassung und Beschreibung des Pflegeprozesses eines Bewohners ermöglicht. Sie stellt alle Informationen, die zur Pflege und Betreuung notwendig sind übersichtlich, präzise, wertneutral und zeitlich dar und dient somit als Kontrollinstrument.

Die nachfolgend aufgeführten Formulare sind Bestandteile unserer Pflegedokumentation und entsprechen den gesetzlichen Vorgaben.

#### **Stammblatt:**

- Angaben zur Person einschließlich Konfession,
- Versicherungsdaten, Pflegestufe nach SGB,
- Datum des Einzugs, ggf. Umzugs im Haus,
- medizinische Diagnosen,
- Allergien,
- Kostform,
- medizinische/therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen,),
- soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzlicher Betreuer, Seelsorger),

- Informationen für Notfallsituationen,
- Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen).

### **Sozialanamnese:**

- Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson,
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen der Bewohnerinnen,
- Informationen über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration,
- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen,
- Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzte oder Therapeuten.

### **Pflegeprozessplanung:**

- Ressourcen,
- Pflegeprobleme möglichst nach Priorität geordnet,
- potentielle Gefahren (z.B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus),
- differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum) einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen/sozialer Betreuung und Leistungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- kurzfristige Pflegeziele und/oder langfristige Pflegeziele,
- Regelung über die Zuständigkeit für die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen,
- Regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der durchführenden Pflegefachkraft.

### **Pflegedurchführungsmaßnahmen:**

- durchgeführte Maßnahmen einschließlich Datum und tageszeitlicher Zuordnung,
- Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen/soziale Betreuung,
- Leistungsnachweis für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- Handzeichen der durchführenden Pflegekraft,
- Ggf. gesonderte Bilanzierungspläne, Ernährungspläne, Bewegungsprotokolle sowie Vitalzeichenbogen.

### **Pflegebericht:**

- wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen,
- aktuelle Probleme,

- Verlauf,
- Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und/oder Maßnahmenplanung,
- besondere Hinweise.

#### **Medizinisches Verordnungsblatt:**

- Medikationsplan,
- Medikamentenverordnungen möglichst mit Datum und Unterschrift des Arztes.

## **5. Praxisanleitung und Begleitung neuer Mitarbeiterinnen**

Eine unbedingte Voraussetzung dafür, dass sich die Pflegequalität in unserem Hause erhalten und optimieren kann, ist eine systematische und qualifizierte Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen. Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen durch eine effektive Einarbeitung und die Zufriedenheit der Bewohnerinnen durch die Integration in den Einarbeitungsprozess werden gefördert. Ein Einführungs- und Einarbeitungsstandard beschreibt konkret den Ablauf der Anleitung neuer Mitarbeiterinnen. Anhand einer Checkliste werden die einzelnen Schritte der Anleitung bearbeitet, so dass eine gründliche Einarbeitung und Integration in das Team gewährleistet wird. Begleitung und Unterstützung erfährt der/die neue Mitarbeiterin durch eine/n entsprechende/n Mitarbeiter. Es finden in regelmäßigen Abständen Reflexionsgespräche statt, die schriftlich dokumentiert werden und als wiederholte Standortbestimmung dienen.

## **6. Kooperation mit anderen Berufsgruppen**

Ein weiterer wichtiger Bestandteil unseres Pflegekonzeptes ist die Kooperation aller Berufsgruppen, die direkt oder indirekt in die Betreuung der Bewohnerinnen einbezogen sind. Es bestehen regelmäßige Kontakte und ständiger Informationsaustausch zwischen den Bewohnerinnen, Pflegemitarbeiterinnen und den anderen

Berufsgruppen, um so alle Schritte der Pflegeprozessplanung gemeinsam zu bearbeiten, Anregungen und Wünsche aufzunehmen und gemeinsame Zielvorstellungen zu entwickeln.

Unser multiprofessionelles Team besteht aus:

- Pflegepersonen unterschiedlicher Ausbildungsgrade
- Mitarbeiterinnen der Hauswirtschaft
- Sozialer Dienst/ Betreuungsassistentinnen
- Verwaltung
- Ergotherapeut

- Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen (Caritas – Besuchsdienst)
- Seelsorger
- Haus- und Fachärzte
- Krankengymnast
- Logopäden

## **7. Unterstützung der Bewohner beim Heimeinzug**

Der Umzug ins Altenheim kommt für den alten Menschen oft plötzlich und unerwartet. Dieser Schritt stellt für den alten Menschen einen Einschnitt in den Lebenslauf dar, der mit Trauer, Abschiednehmen und Verlusten einhergeht. Das Gefühl des Verlustes der bisherigen – auch sozialen – Umgebung, der Bedrohung der eigenen Identität, wird oft als tief greifende Krise erlebt. Um dieses kritische Ereignis im positiven Sinn zu bewältigen, sehen wir es als notwendig an, die Heimaufnahme nach dem von uns erarbeiteten Standard „Heimaufnahme“ professionell vorzubereiten, durchzuführen und zu begleiten. Als wichtigster Faktor wird die Angehörigenarbeit in diesem Zusammenhang gesehen. Sie sind die engsten und wichtigsten Bezugspersonen in diesem Prozess. An die kommunikativen, biografischen und pflegerischen Erfahrungen der Angehörigen wird angeknüpft. Eine konstruktive Zusammenarbeit wie z.B. - Miteinbeziehen in den Alltag unseres Hauses,

- Anleitung zur aktivierenden Betreuung und Begleitung der Bewohnerinnen,
- Teilnahme an Veranstaltungen, Gesprächen im Haus,
- Unterstützung bei Verarbeitung von Situationen ( Krankheit, Trauer),
- Mithilfe bei der individuellen Gestaltung des Bewohnerzimmers,
- Informationsaustausch zum Pflegekonzept, zu Betreuungszielen, zu den Leistungsinhalten...

fördert die Aufrechterhaltung der Sozialkontakte langfristig und hilft dem/n Bewohnerinnen sich mit den neuen Gegebenheiten besser vertraut zu machen.