

---

# **Pflegekonzept**

---

**des Altenpflegeheims St. Josef Bad Lippspringe**

## **Inhalt:**

<b>1.</b>	<b>Vorwort</b>	<b>Seite 3</b>
<b>2.</b>	<b>Pflegeverständnis</b>	<b>Seite 3 - 6</b>
<b>2.1</b>	<b>Pflegetheoretischer Ansatz</b>	
<b>2.2</b>	<b>Strukturmodell</b>	
<b>3.</b>	<b>Organisation der Pflege</b>	<b>Seite 6 - 7</b>
<b>4.</b>	<b>Leistungsbeschreibungen</b>	<b>Seite 7</b>
<b>5.</b>	<b>Mitarbeiter / Innen</b>	<b>Seite 8</b>
<b>6.</b>	<b>Kommunikationsstruktur</b>	<b>Seite 8</b>
<b>7.</b>	<b>Qualitätssicherung</b>	<b>Seite 8 - 9</b>
<b>8.</b>	<b>Kooperation</b>	<b>Seite 9 - 10</b>

## 1. Vorwort

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. Unserer Haus soll für unsere Bewohner ein zu Hause sein, in dem sie leben und wohnen und nicht nur untergebracht sind.

Durch die Gesundheitsreformen, die Veränderungen in der Gesetzeslage haben wir nunmehr die Verpflichtung, die Altenpflege professionell nachvollziehbar zu gestalten. Sie berücksichtigt den organisatorischen Aufbau, die Art und Weise der Pflegedurchführung, die Einhaltung gesetzlicher bzw. vertraglicher Bestimmungen und Auflagen sowie die im Unternehmen festgelegten Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Mit unserem Pflegekonzept stellen wir die praktische Umsetzung unserer individuellen pflegerischen Schwerpunkte systematisch den externen Aufsichts- und Prüfgremien und allen Mitarbeiter/innen die am Pflegeprozess beteiligt sind vor.

Nach der Darstellung unseres gültigen Leitbildes aufgrund der Zehn Gebote, werden die Grundzüge anhand des Strukturmodells basierend auf den vier Elementen in Anlehnung an den vierphasigen Pflegeprozesses der WHO dargestellt.

Aussagen zur Personalstruktur und -qualifikation sowie die Beschreibung der Schnittstellen zu anderen Arbeitsbereichen der Einrichtung folgen.

## 2. Pflegeverständnis

Unser Pflegeverständnis basiert auf der Würde und der Selbstbestimmung des Menschen. Dabei stehen die betreuenden und pflegerischen Handlungen im Vordergrund. Der Bewohner steht im Mittelpunkt aller unserer Bemühungen.

Die Pflege und Betreuung verstehen wir in erster Linie ganzheitlich. Das Ziel unserer Arbeit ist es, den Menschen in seinem Leben wieder Ziele und Inhalte zugeben.

Die Pflege und Betreuung wird mit dem Bewohner/ Angehörigen, gemeinsam individuell geplant, durch unser Dokumentationssystem unterstützt und individuell an die Pflegerichtlinien angepasst. Wir orientieren uns an den Wünschen und Vorstellungen der Bewohner.

Die Angehörigen und Ärzte sind unsere Partner in der Sorge um das Wohlergehen unserer Bewohner.

Unsere Dienstplangestaltung ermöglicht eine bewohnerspezifische Pflege.

Unsere Mitarbeiter nehmen an aktuellen Fort- und Weiterbildungsangeboten teil und lassen Erkenntnisse der modernen Pflegeforschung in die praktische Arbeit einfließen.

## 2.1 Pflege theoretischer Ansatz

Der Pflegeprozess beginnt mit der systematischen **Informationssammlung (SIS)** basierend auf dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung. Hier werden zuerst von einer Pflegefachkraft die Erwartungen, individuelle Wünsche und Bedürfnisse, unter Einbezug der Angehörigen/ Betreuer erfragt. Die Pflegefachkraft erhebt aus ihrer Sicht die pflegefachliche Einschätzung und beschreibt die kognitiven, psychischen und körperlichen Fähigkeiten. Sie berücksichtigt die Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen und bezieht die sozialen Beziehungen mit ein. Die Selbstversorgung des Bewohners steht im Vordergrund.

## 2.2 Strukturmodell

Im Vordergrund geht es um den Bewohner, den Angehörigen, Betreuer. Mit der Eingangsfrage in der **strukturierten Informationssammlung (SIS)** wird der Bewohner gefragt, wie es ihm geht, welche Wünsche er hat, was wir als Einrichtung für ihn tun können. Es wird im offenen Gespräch festgestellt, wie der Betroffene seine Situation wahrnimmt. Da oft die Angehörigen dabei sind, kann auch hier die Feststellung zur Rolle und des Bezuges des Angehörigen getroffen werden. Darüber hinaus können biographische Angaben aufgenommen und festgehalten werden. Der Bewohner wird gehört, es erfolgt eine fachliche Einschätzung zum Gehörten. Auch wird das Gesagte nicht umformuliert. Ziel ist es, den Bewohner mit seinen Aussagen zu hören und zu verstehen.

### Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren, zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen.

Hier ist auch das Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen wie z.B. nächtlicher Unruhe, Umherwandern, Hinlauftendenz oder aggressiv-abwehrendes Verhalten zu beschreiben.

Die Pflegefachkraft sollte möglichst prägnant diesbezüglich die pflegerische Situation mit Handlungs- und Gestaltungsräumen der pflegebedürftigen Person, ihren Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken und fachlichen Erfordernissen festhalten.

### Themenfeld 2: Mobilität und Bewegung

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen.

Wichtig ist dabei die fachliche Einschätzung/Beschreibung der Möglichkeiten des Bewohners, sich durch Bewegung in angemessenem Umfang Anregung verschaffen zu können sowie an der Alltagswelt teilzuhaben und teilzunehmen. Der Aspekt des herausfordernd Verhaltens muss dabei berücksichtigt werden.

### **Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen**

Es geht um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit der zu pflegende Bewohner durch die gesundheitliche Situation/ Einschränkung und Belastung, deren Folgen pflegerisch- fachlich Unterstützungsbedarf zeigt. Insbesondere sind die individuellen Belastungsfaktoren oder der Handlungsbedarf und der eventuelle Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung von Risiken (z.B. Schmerz, Schlaf, Inkontinenz) zu beschreiben und hinsichtlich ihrer krankheits- und therapiebedingten Anforderungen einzuschätzen. Es geht nicht um die Aufzählung von Diagnosen und ärztlichen Therapien/ Medikamenten, die bereits in anderer Weise erfasst und im **Tagesstrukturierenden Maßnahmenplan** dokumentiert sind.

In dem ist dann entsprechend des Zustandes, der Fähigkeiten und geäußerten Wünsche die Hilfeform zu planen.

### **Themenfeld 4: Selbstversorgung**

Pflege fördert und unterstützt die individuelle Körperpflege.

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit der zu Pflegende in der Lage ist z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken, etc. selbstständig/ mit Unterstützung zu realisieren. Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit zu erfassen und in dem **Tagesstrukturierenden Maßnahmenplan** zu planen. Ein Verständigungsprozess ist nachvollziehbar zu beschreiben.

### **Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen**

Hier geht es um die individuelle und situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit der pflegebedürftige Bewohner Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbstständig/ mit Unterstützung gestalten kann und wer sie ggf. dabei unterstützt (privates Umfeld).

In diesem Lebensbereich spielen die Tagesgestaltung, die Hobbys, die Interessen und selbständigen Aktivitäten der Bewohner eine Rolle.

Auch Aktivitäten, die zusammen mit anderen Personen wie z.B. Mitbewohnern, Angehörigen, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden u. a. unternommen werden, fließen hier ein.

In dem **Tagesstrukturierenden Maßnahmenplan** ist dann entsprechend des Zustandes, der Fähigkeiten und geäußerten Wünsche die Hilfeform zu planen.

### **Themenfeld 6: Wohnen und Häuslichkeit**

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit die pflegebedürftige Person ihre Bedürfnisse und Bedarfe in Hinblick auf Wohnen und die Häuslichkeit in der stationären Einrichtung umsetzen kann.

Sie sind wichtig für den Erhalt der Gesundheit, Kompetenz, Wohlbefinden und die Möglichkeit, sich zu orientieren, sowie Sicherheit durch Vertrautes zu erlangen, insbesondere in der unmittelbaren Lebensumwelt, Biografie insbesondere bei Menschen mit Demenz.

Ist entsprechend der geäußerten Wünsche die Hilfeform mit Angehörigen/ Betreuer zu organisieren.

**Die Matrix** dient der Risikoeinschätzung für die Pflege und Betreuung relevanter Risiken, durch die fachliche kompetente Einschätzung durch Pflegefachkräfte. Die Erfassung muss mit den Informationen (Risiken) aus den Themenfeldern korrespondieren. Die Matrix bietet die fünf häufigsten Risikobereiche, die Kategorie „sonstiges“ ist für weitere Risiken je nach spezieller Situation. Prophylaxen werden in der Maßnahmenplanung festgehalten.

### **3. Organisation der Pflege** **Bezugspflege**

Die besonderen Belastungen, denen Mitarbeiter in der Einrichtung ausgesetzt sind, erfordern eine Organisation, die Verlässlichkeit und Sicherheit bietet. Sie soll zur Orientierung und zur Stabilisierung der einzelnen Mitarbeiter beitragen. Die Planung von arbeitsorganisatorischen Abläufen in der Einrichtung 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 überprüft.

Bezugspersonenpflege, bedeutet bewohnerorientierte Ganzheitlichkeit in der Pflege. Ziel dieses Pflegesystems ist eine individuelle, auf die Bewohner hin orientierte und mit ihm abgestimmte Pflege. Durch die Zuordnung von Bewohner und Pflegemitarbeiter wird eine Vertrauensbasis geschaffen, in der sich die Bewohner wohlfühlen und öffnen können.

Die Pflegemitarbeiter 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.

#### **Dokumentationssystem**

Die Lebensbereiche in einzelnen Themenfeldern (1-6), in der SIS dargestellt dienen als Orientierungshilfe zur Einschätzung von Fähigkeiten, Gewohnheiten, früheren Lebensverhältnissen, Wünschen, Bedürfnissen, Problemen und Einschränkungen des jeweiligen Bewohners, die mit Hilfe des Bewohners und/oder seiner Angehörigen und der zuständigen Pflegeperson ermittelt werden (SIS). Die entsprechenden Maßnahmen werden speziell auf ihn zugeschnitten.

Der Bewohner wird vom Einzug an begleitet, unterstützt und ganzheitlich gefördert. Die einzelnen Themenfelder werden nicht separat, sondern zusammengehörig betrachtet, d.h. sie stehen untereinander in einer Wechselbeziehung.

Alle pflegerelevanten Informationen werden über die strukturierte Informationssammlung (SIS) in die Planung der individuellen Pflege des Bewohners einbezogen. Diese Informationssammlung wird im Laufe des Pflegeprozesses fortlaufend aktualisiert. Nach unserem Pflegekonzept werden aus den vorhandenen Informationen, Fähigkeiten, Pflegeproblemen und zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln ermittelt.

Die Wirkung der erfolgten Pflegemaßnahmen auf den Bewohner wird bei Bedarf evaluiert und bewertet. Grundlage für eine Evaluation, ist die im Pflegebericht beschriebene Zustandsveränderung, die ggf. eingetretene Zustandsveränderung, abweichung von der **Tagesstrukturierenden Maßnahmenplanung**.

Grundlegende Inhalte eines Pflegedokumentationssystems sind: Stammdaten, **strukturierte Informationssammlung (SIS)**, die als **fortlaufende Informationssammlung** kontinuierlich aktualisiert wird, **Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung**, Pflegebericht für besondere Ereignisse.

Durchführungsnachweise für Behandlungspflege sowie Formulare zur Erfassung der Vitalwerte, bei Bedarf Bewegungs- und Flüssigkeitsprotokolle.

Alle Bewohnerdaten werden im Computersystem erfasst.

Die Pflegedokumentation ist auch ein Nachweisdokument für durchgeführte Pflegeleistungen und im Zweifelsfall ein Beweismittel.

#### **Zur Dokumentation gehören folgende Formblätter:**

1. Medikamentenblatt
2. Stammblatt/ Verlegungsbogen
3. Checkliste/ Heimeinzug/ Auszug/ Krankenhaus
4. Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung
5. Leistungsnachweis Behandlungspflege
6. Wunddokumentation bei Bedarf
7. Sturzprotokoll bei Bedarf
8. Arztbesuche
9. Berichtblatt
10. Vitalwerte
11. Injektionsblatt bei Bedarf
12. Erklärung über Mangelernährung bei Bedarf
13. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuung
14. Fixierungsmaßnahmen bei Bedarf
15. Fußpflegeerklärung
16. **Strukturierte Informationssammlung (SIS)**
17. Sterbefallanzeige

#### **4. Leistungsbeschreibungen**

Unsere Leistungen fördern das Leben in Würde und Selbständigkeit. Die Zufriedenheit der Bewohner/innen hat für uns oberste Priorität. Unsere Pflege ist aktivierend, ganzheitlich, geplant und individuell. Wir wollen die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners erhalten und fördern, verlorengegangene Potentiale wiedergewinnen oder ausgleichen, je nach den individuellen Möglichkeiten des einzelnen.

Die Pflege orientiert sich an den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Die aktuellen Expertenstandards in der Pflege wurden eingeführt und angewendet.

In unserem Haus haben wir uns für eine Orientierung an der **Strukturierten Informationssammlung (SIS)** entschieden. Bezugspersonen bauen ein besonderes Vertrauen auf und koordinieren die Bedürfnisse von Bewohnern, Angehörigen und Pflegenden zu einem sinnvollen Pflegeprozess.

## 5. Mitarbeiter/innen:

Ein weiterer wichtiger Bestandteil unseres Pflegekonzeptes ist die Kooperation aller Berufsgruppen, die direkt oder indirekt in die Betreuung der Bewohner einbezogen sind. Es bestehen regelmäßige Kontakte und ständiger Informationsaustausch zwischen den Bewohnern, Pflegemitarbeitern und den anderen Berufsgruppen. So können alle Schritte der Pflegeprozessplanung gemeinsam bearbeitet, Anregungen und Wünsche aufgenommen werden und gemeinsame Zielvorstellungen entwickelt werden.

### - **Berufsgruppen:**

Unser multiprofessionelles Team besteht aus:

- Pflegepersonen unterschiedlicher Ausbildungsgrade:
- Pflegefachkräfte, Pflegeassistenten, Auszubildenden,
- Mitarbeitern der Hauswirtschaft
- Sozialer Dienst/ Betreuungsassistenten
- Verwaltung

Externe Unterstützung durch:

- Ergotherapeut
- Ehrenamtliche Mitarbeiter
- Seelsorger
- Haus- und Fachärzte
- Physiotherapeuten
- Logopäden

### - **Qualifikationen:**

- Mentoren
- Palliativ Care Fachkräfte
- Wundmanager
- Arbeitssicherheitsbeauftragte
- Gerontopsychiatrische Fachkräfte

## 6. Kommunikationsstruktur

Hinweis: findet sich im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter

## 7. Qualitätssicherung

Die qualitätsrelevanten Aktivitäten sind identifiziert, definiert und in unserem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben, damit ein transparenter Ablauf in unserer Einrichtung sichergestellt ist. Dabei soll das Qualitätsmanagement-Handbuch als Grundlage, Leitfaden und motivierendes Element dienen. Die Bewertung der Dienstleistungserbringung der Pflege erfolgt bezogen auf die Strukturmerkmale, Prozesse und Ergebnisse. Dazu zählen folgende intern eingesetzte Qualitätssicherungsmaßnahmen:



- Zufriedenheit der Mitarbeiter: Qualifikations- und Schulungsmaßnahmen
- Aktives Beschwerdemanagement
- Mitarbeiterbefragung zur Zufriedenheit
- Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften, Sicherheitsvorschriften,
- Hygienevorschriften
- Visiten der verantwortlichen Pflegefachkraft mit Ergebnisbesprechung
- Fallbesprechungen
- Einrichtung von Qualitätszirkel
- Anwendung der aktuellen Expertenstandards sowie Verfahrensanweisungen

Durch eine fachlich und rechtlich fundierte Dokumentation, in der sich das Pflegemodell und die Standards/ Richtlinien widerspiegeln, ist ein Controlling der Pflege gewährleistet.

Zur qualitätsgesicherten Durchführung der Pflege bedienen wir uns der Pflegestandards aus der Fachliteratur „in guten Händen Altenpflege“.

Zur weiteren Qualitätssicherung werden in regelmäßigen Abständen interne und externe Fortbildungen angeboten.

Durch unsere ausgewogene Zusammensetzung von Bezugspflege, unter Einsatz des Pflegeprozesses, können wir qualitativ hochwertige Arbeitsergebnisse über einen längeren Zeitraum gewährleisten und dem Pflegepersonal und den Bewohnern durch die Kontinuität der Abläufe ein Gefühl der Sicherheit vermitteln.

Ein Einarbeitungskonzept stellt die Pflege und Betreuung unserer Bewohner durch neue Mitarbeiter sicher. Die neuen Mitarbeiter werden schrittweise in den Arbeitsablauf eingearbeitet.

Durch diese genannten Maßnahmen in unserer Einrichtung soll die erreichte Qualität gesichert und weiterentwickelt werden.

## **8. Kooperation**

Im Rahmen der ganzheitlichen Pflege ist die Kontaktpflege und Einbindung der an der Pflege und Betreuung Beteiligten ein wesentlicher Bestandteil in unserer Arbeit. Dazu zählen insbesondere:

- Angehörige, Bezugspersonen und bestellte Betreuer
- Hausärzte und Fachärzte
- Krankenhäuser
- Palliativnetz Paderborn
- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden
- Wundexperten
- Friseur (hausinterner Friseursalon)
- Medizinische und Podologische Fußpflege
- Sanitätshäuser
- Apotheken
- Kostenträger wie Kranken-/Pflegekassen,
- Sozialämter
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Pfarreien und Seelsorger

- Ehrenamtliche
- Öffentliche Vereine

Jeweilige Schnittstellen werden in der täglichen Arbeit berücksichtigt. Der Informations- und Kommunikationsfluss wird durch Dokumentation, telefonische Rückmeldungen und persönliche Gespräche gewährleistet.