



Marien
heim raeren
ihr seniorenzentrum

Pflegekonzept

Vorwort

Das Marienheim Raeren blickt auf eine lange Geschichte zurück. Es ist eine Stiftung aus dem Jahre 1865. Der Müller Wilhelm Joseph Schauff stellte sein Wohnhaus und die dazugehörige Lohmühle dem Allgemeinwohl der Raerener Dorfgemeinschaft zur Verfügung. Laut Urkunde sollten dort die kranken, alten und arbeitsunfähigen Dorfbewohner Aufnahme finden und gepflegt werden.

Vom Krankenhaus und späteren Entbindungsheimbetrieb verlagerte sich der Schwerpunkt auf die Seniorenbetreuung. Diese Entwicklung verlangte umfassende bauliche Veränderungen

Heute ist unser Haus ein anerkanntes Alten- und Pflegeheim mit einer Aufnahmekapazität für 106 Bewohner. Es liegt ländlich eingebettet innerhalb einer großen behindertengerecht gestalteten Parkanlage. Zum Dorfzentrum sind es 1,5 Km, zur nächsten Bushaltestelle 300 m. Unsere Kundschaft stammt zum Großteil aus Raeren. Unser Einzugsgebiet sehen wir jedoch im deutschsprachigen Raum der Euregio Maas-Rhein.

Seit der Gründung wird der Träger, die Raerener Dorfgemeinschaft, durch ein Kuratorium vertreten. Von Amts wegen ist der katholische Pfarrer Präsident und der Bürgermeister der Großgemeinde Raeren Vizepräsident dieses Verwaltungsrates, dem noch fünf weitere „Experten“ angehören.

Die Erfahrung zeigt, dass die geistige und körperliche Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung mehr und mehr zunimmt. So steht neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung heute „Wohnen und Leben“ im Vordergrund.

Deshalb mussten wir einen Weg finden, allen Gesichtspunkten gleichermaßen Rechnung zu tragen.

Die Pflgeheorie der Monika Krohwinkel schien uns die geeignete Basis. Im Marienheim unterstützen wir die Hausbewohner bei der Förderung ihrer Fähigkeiten durch angepasste Pflege und Begleitung und wahren so ihre Autonomie und die Selbstbestimmung in ihrer Lebensgestaltung.

Wir bieten jedem Bewohner eine angepasste Infrastruktur und eine familiäre Atmosphäre, die Platz für persönliche Freiheiten lässt.

Unser Leitsatz lautet:

In Geborgenheit und Würde sein Leben gestalten.

Inhaltsverzeichnis

1.	Leitbild für Pflege und Begleitung	7
1.1	Pflege und Begleitung im Marienheim.....	7
1.2	Leitsätze unserer täglichen Arbeit	7
2.	Pflege theoretische Orientierung	10
2.1	Das Rahmenmodell	10
2.2	Das Strukturmodell.....	10
2.3	Reflektiertes Erfahrungslernen	11
2.4	Das Managementmodell	12
3.	Bedeutung der Pflege theorie für die Pflegepraxis im Marienheim	13
4.	Leistungsangebot Pflege und Begleitung	15
5.	Organisation der Pflege	18
5.1	Überschaubare Pflegeteams.....	18
5.2	Die Tagesstruktur	18
5.3	Klare Verantwortlichkeiten	19
5.4	Begleitung der Bewohner in der Nacht	22
5.5	Dienstplangestaltung	23
6.1	Pflegeprozessmodell.....	26
6.2	Die Pflegeplanung	26
6.3	Transparenz des Pflegehandelns durch Dokumentation und Standards.....	29
7.	Pflegeleistung in der Vernetzung	31
8.	Qualitätsmanagement	34
9.	Öffentlichkeitsarbeit	35

L:\txt\Konzept\Pflegeleitbild\Pflegekonzept 2008.doc
Letzte Überarbeitung des Pflegekonzeptes
am 24.07.2008 um 15:36 Uhr

1. Leitbild für Pflege und Begleitung

1.1 Pflege und Begleitung im Marienheim

Die Pflege und die Begleitung in unserem Haus sind vom christlichen Menschenbild geprägt. Im Mittelpunkt unseres vielseitigen Angebotes steht der uns anvertraute Mensch, den wir auf Wunsch auch ganzheitlich begleiten. Das Handeln der Mitarbeiter aller Bereiche orientiert sich an den Grundwerten der Menschenwürde, Nächstenliebe, Offenheit, Toleranz, Akzeptanz, dem Vertrauen und gegenseitigem Respekt.

Die verschiedenen Dienste sind mit fachlich kompetentem Personal besetzt und sie arbeiten gruppenübergreifend.

Unser gemeinsames Streben gilt dem Wohlbefinden des älteren Menschen. In seinen verschiedenen Lebensphasen begleiten wir ihn fachgerecht und ermutigen ihn, seine persönlichen Ziele zu verwirklichen.

1.2 Leitsätze unserer täglichen Arbeit

Erster Leitsatz:

Das christliche Menschenbild ist Grundlage unserer Pflegekonzeption und unseres Handelns.

Das bedeutet für uns:

- ✓ Wir berücksichtigen bei all unserem Tun, dass jeder Mensch von Gott gewollt, geliebt, einmalig und unverwechselbar ist, d.h. wir achten ihn unabhängig von Gesundheit, Alter, Hautfarbe, Konfession, sozialem Status sowie geistigen, körperlichen oder seelischen Einschränkungen.
- ✓ Wir begleiten alte, kranke und behinderte Menschen und verhelfen ihnen zu einem sinnerfüllten Leben.
- ✓ Wir beachten, dass jeder Mensch eine Einheit aus Körper, Geist und Seele ist und ein Kind seiner Zeit. Wir stellen ihn in den Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns.
- ✓ Wir begegnen den uns Anvertrauten mit Respekt und Wertschätzung und lassen uns auf die jeweils unterschiedlichen Lebenssituationen ein.
- ✓ Wir wahren die Würde des Menschen in jedem Lebensabschnitt und bieten ihm und seinen Bezugspersonen auf Wunsch Seelsorge an.

Zweiter Leitsatz:

Unsere Pflege orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen des Menschen.

Das bedeutet für uns:

- ✓ Wir beachten die Grundrechte jedes Menschen. Unser Ziel ist es, die Verwirklichung persönlicher Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Fähigkeiten zu fördern und zu unterstützen.
- ✓ Wir orientieren uns an der Biographie und der aktuellen Lebenssituation.
- ✓ Wir berücksichtigen körperliche, seelische und geistige Bedürfnisse nach Möglichkeit gleichrangig.

- ✓ Wir erhalten und fördern die größtmögliche Eigenständigkeit des uns Anvertrauten.
- ✓ Wir binden den alten Menschen und sein Umfeld, nach seinem Wunsch und seinen Möglichkeiten, in unsere Gemeinschaft ein.
- ✓ Wir wahren die Privat- und Intimsphäre und schaffen Freiräume für einen persönlichen Lebensbereich.

Dritter Leitsatz:

Wir gestalten unsere Begleitung prozesshaft und passen sie an die sich ständig verändernden Situationen des Menschen an.

Das bedeutet für uns:

- ✓ Wir sehen unsere Schwerpunkte in der Beobachtung, Information, Beratung, Motivation, Anleitung und soweit erforderlich oder erwünscht, in der teilweisen Unterstützung oder stellvertretenden Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens.
- ✓ Wir berücksichtigen die individuelle Situation sowie alle Veränderungen und beziehen die Wünsche des uns anvertrauten Menschen in unsere Planung mit ein.
- ✓ Wir bieten einen sinnvoll gestalteten Tagesablauf in spezialisierten Gruppen (Cantous).
- ✓ Wir dokumentieren unsere Begleitung nachvollziehbar und kontrollierbar.
- ✓ Wir haben regelmäßige multidisziplinäre Teambesprechungen.
- ✓ Wir geben in regelmäßigen Übergabebesprechungen alle erforderlichen Informationen weiter.
- ✓ Wir behandeln alle uns anvertrauten Daten diskret und halten die vorgegebene berufliche Schweigepflicht ein.

Vierter Leitsatz:

Zum Wohle des alten Menschen beziehen wir alle am Begleitungsprozess beteiligten Personen ein.

Das bedeutet für uns:

- ✓ Wir schaffen Rahmenbedingungen, in denen sich der uns anvertraute Mensch wohl fühlt.
- ✓ Wir vernetzen die Arbeitsbereiche Hauswirtschaft, Verwaltung und Pflege.
- ✓ Wir halten getroffene Vereinbarungen ein, nehmen Beschwerden ernst und gehen ihnen nach.
- ✓ Wir beziehen die Angehörigen in unsere Begleitung mit ein und stellen auf Wunsch soziale Kontakte her.
- ✓ Wir entwickeln unsere Qualität weiter und kooperieren mit verschiedenen Gruppen und Experten aus dem Gesundheitswesen.

Fünfter Leitsatz:

Wir bieten unsern MitarbeiterInnen die Rahmenbedingungen zur fachlichen, sozialen und menschlichen Weiterentwicklung.

Das bedeutet für uns:

Aus der Sicht des Arbeitsnehmers

- ✓ Wir sehen unsere Aufgaben als Herausforderung, die wir gemeinsam als Team lösen.
- ✓ Wir sehen als Ziel unserer Begleitung das Wohlbefinden des älteren Menschen.
- ✓ Wir sehen unsere Begleitung als Wechselbeziehung des „Gebens und Nehmens“ und somit als persönliche Bereicherung.
- ✓ Wir üben unseren Beruf mit Freude aus.

Aus der Sicht des Arbeitsgebers

- ✓ Wir schenken unseren Mitarbeitern volles Vertrauen und übertragen ihnen ein Höchstmass an Verantwortung.
- ✓ Wir bieten Stellenbeschreibungen für alle Mitarbeiter in jeder Funktion.
- ✓ Wir führen Mitarbeiter nach einem einrichtungsinternen Konzept ein.
- ✓ Wir fördern Fachkompetenz durch ein Angebot von Aus- und Weiterbildungen aller Mitarbeiter.
- ✓ Wir bieten durch eine offene und ehrliche Beziehung den Mitarbeitern die Möglichkeit zum Gespräch.
- ✓ Wir bieten einen regelmäßigen Austausch zwischen Koordinationsarzt und Personal an und beugen so der körperlichen und seelischen Überbelastung vor.

2. Pflegetheoretische Orientierung

Die Pflege älterer Menschen wird von unterschiedlichen Einflüssen geprägt. Neben bekannten Pflegetheorien lassen wir auch die Erkenntnisse der modernen Pflegeforschung in unsere praktische Arbeit einfließen. Wir wollen nicht über den alten Menschen hinweg pflegen, sondern mit ihm zusammen seine Zukunft planen. Wir sehen den Menschen in seiner Ganzheit und Individualität von Körper, Seele, Geist und Lebensgeschichte. Unsere Begleitung und Betreuung orientiert sich an individuellen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen. Viele Modelle haben versucht, menschliche Bedürfnisse zu strukturieren und in Bereiche zu gliedern. Im Marienheim haben wir die Pflegetheorie von Monika Krohwinkel als Leitfaden ausgewählt. Sie entwickelte das System der ganzheitlich fördernden Prozesspflege. In einer Studie, konnte sie nachweisen, dass die Förderung von Fähigkeiten bei einem älteren Menschen der Erhaltung und der Entwicklung seiner Selbständigkeit und seinem Wohlbefinden im täglichen Leben dient. Zusätzlich erleichtert sie dem Bewohner den Umgang mit den existentiellen Erfahrungen seines bisherigen Lebens.

Diese Theorie umfasst:

1. Das Rahmenmodell
2. Das Strukturmodell
3. Das Modell zum reflektierten Erfahrungslernen
4. Das Managementmodell

2.1 Das Rahmenmodell

Das Rahmenmodell beschreibt die Haltung, mit der eine Pflegeperson sich dem älteren Menschen zuwendet.

Nach unserer Philosophie treten wir mit dem Bewohner in eine Art Partnerschaft. Das pflegerische Interesse richtet sich auf den zu betreuenden Menschen und auf das für ihn wichtige Umfeld.

Wir beziehen sowohl das gelebte Leben, wie die Ist-Situation und die persönlichen Ziele mit in unsere Pflegeplanung ein.

Dies alles soll als Angebot verstanden werden.

Pflegerische Zielsetzung und pflegerische Hilfeleistung

Unsere pflegerische Zielsetzung ist das Erhalten und Fördern der größtmöglichen Eigenständigkeit sowie das körperliche und seelische Wohlbefinden des uns Anvertrauten.

Unser pflegerisches Hilfsangebot stützt sich auf einen fortwährenden Austausch mit den uns anvertrauten Menschen und ihren Bezugspersonen. Aus diesen Gesprächen erfahren wir, in welchen Situationen des täglichen Lebens der Bewohner die von uns angebotene Unterstützung wünscht. Bei dieser Hilfe respektieren wir das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung der alten Menschen.

2.2 Das Strukturmodell

Monika Krohwinkel hat die Aktivitäten des täglichen Lebens in 13 Kategorien, die so genannten AEDLs eingeteilt. Bei den 12 ersten AEDLs werden Fähigkeiten, Probleme und Bedürfnisse des Menschen in den einzelnen Bereichen seines aktuellen Lebens erfasst. Das 13. AEDL behandelt das bisherige Leben des alten Menschen und

die daraus resultierenden Erfahrungen und Ängste, die für die jetzige Existenz fördernd oder gefährdend sein können.

Diese 13 AEDLs erlauben der Pflegekraft die vorhandenen Fähigkeiten eines alten Menschen einzuschätzen, zu nutzen und bei auftretenden Defiziten ein angemessenes Pflegeangebot anzubieten.

Die vorhandenen Möglichkeiten werden dabei besonders gewertet, da sie das Selbstwertgefühl des pflegebedürftigen Menschen aufrechterhalten. Die Einbeziehung der sozialen Bereiche und der existenziellen Erfahrungen kann oft kritische Situationen (z.B. Krankheit, Depressionen) der Bewohner mildern, wenn die Pflegekraft mögliche Reaktionen und Entwicklungen frühzeitig erkennt und entsprechende Hilfen anbieten kann. Fortschritte und positive Erfahrungen werden als Quellen genutzt, aus denen Mut und Zuversicht geschöpft werden können.

Die 13 Lebensbereiche (AEDLs) sind :

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 und fördernde Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen
 - ✓ die Existenz gefährdende Erfahrung: Verlust von Unabhängigkeit, Isolation
Trennung von wichtigen Menschen, Heimatverlust, Sorge, Angst, Sterben
 - ✓ die Existenz fördernde Erfahrungen: Vertrauen erleben, Hoffnung entwickeln, Zuversicht, Unabhängigkeit, Freude
 - ✓ die Existenz gefährdende oder fördernde Erfahrungen :
kulturgebundene Erfahrungen, Religion, Lebensgeschichte

2.3 Reflektiertes Erfahrungslernen

Durch das Einbeziehen von erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen des bisherigen Lebens kann das Wohlbefinden und Selbstvertrauen des älteren Menschen positiv beeinflusst werden.

Zu den fördernden Erfahrungen, die eine Pflegeperson beim älteren Menschen gezielt verstärken sollte, zählen:

- ✓ das Gefühl etwas darzustellen, anerkannt zu sein.
- ✓ die Möglichkeit sich mitzuteilen und angehört zu werden.
- ✓ die Möglichkeit des Mitspracherechtes und der Mitentscheidung.
- ✓ Das Erfahren von Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit und Sicherheit.
- ✓ Die Erfahrung ein sinnvolles Dasein zu führen und sinnvolle Beschäftigungen ausüben zu können.
- ✓ Die Möglichkeit seine Gefühle zu zeigen und sich mit seiner Situation auseinander zu setzen ohne dabei zurückgewiesen zu werden. Dies setzt ein professionelles Handeln der Begleitpersonen voraus

- ✓ Das Gefühl unabhängig von seinen Einschränkungen als Mensch geachtet und respektiert zu werden

Fähigkeitsorientiertes, förderndes Pflegeverhalten unterstützt:

- ✓ Sichtbarkeit
- ✓ Kongruenz (Echtheit / Stimmigkeit)
- ✓ Kontinuität
- ✓ Unabhängigkeit und Wohlbefinden
- ✓ Synergie
- ✓ Ganzheitlichkeit

Für die Gestaltung des direkten Pflegeprozesses bedeutet das:

- ✓ Sichtbarkeit: Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme werden sichtbar gemacht und in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- ✓ Kongruenz: es besteht eine Übereinstimmung zwischen der pflegerischen Tätigkeit und der Einstellung der Begleitperson zu ihrer Arbeit.
- ✓ Kontinuität: der fördernde Beziehungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert. Die Bezugspflege wird angewendet und die pflegerischen Abläufe sind konstant.
- ✓ Unabhängigkeit und Wohlbefinden: die Pflege ist auf die Förderung von Fähigkeiten in den AEDL - Bereichen ausgerichtet und hat als Ziel die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des älteren Menschen.
- ✓ Synergie: die Energie aller Beteiligten fließt in eine Richtung und wird zum Wohle des Bewohners genutzt.
- ✓ Ganzheitlichkeit: Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Der Bewohner wird als Einheit aus Körper, Geist und Seele respektiert.

2.4 Das Managementmodell

In ihrem Managementmodell teilt Monika Krohwinkel die Leistungsbereiche der Pflegeperson, nach dem Grad der Nähe zum Bewohner, in direkte und indirekte Pflege ein.

- ✓ Unter direkter Pflege versteht sie die Hilfeleistungen in den AEDLS.
- ✓ Als indirekte Pflege, die Leistungen der Mitarbeit in ärztlicher Therapie (Behandlungspflege), die Pflegeorganisation, die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation.

Im Bereich der direkten Pflege, in der Pflegeprozessplanung und der Dokumentation handelt die Pflegekraft autonom. Im Bereich der ärztlichen Therapie ausschließlich auf Anweisung des Arztes.

3. Bedeutung der Pflgeetheorie für die Pflegepraxis im Marienheim

Damit die Bewohner eine bestmögliche Begleitung vom Augenblick des Einzuges an erhalten, arbeiten wir in der Pflegepraxis nach der Theorie von Monika Krohwinkel und unterstützen durch die Schaffung von Bezugsgruppen das Prinzip der Bezugspflege.

Unsere Wohnbereiche sind rund um die Uhr mit fachlich geschultem Personal besetzt, das für das Wohl des Bewohners Sorge trägt.

Die eigentliche Arbeit der Pflege ist auf so genannten Bezugskarten festgehalten. Zu Beginn des Frühdienstes erhält jeder Mitarbeiter eine Karte, auf der sein Verantwortungsbereich und die geplante Pflege für die ihm zugeteilten Bewohner vermerkt sind.

Um eine Kontinuität in der Begleitung zu gewährleisten, besteht eine feste Wohnbereichszugehörigkeit seitens des Personals und die Begleitung einer gleichen Bewohnergruppe erfolgt an mindestens zwei aufeinander folgenden Tagen.

Die Karten werden regelmäßig überarbeitet und garantieren den Mitarbeitern eine gleich bleibende und gerechte Arbeitsverteilung.

Die Pflegeplanung wird beim Einzug des Bewohners, nach den vorgegebenen AEDLs und unter Berücksichtigung der vorhandenen Fähigkeiten erstellt.

Erfolge oder Problemsituationen werden durch das Zusammenarbeiten der multidisziplinären Gruppen schnell sichtbar und Anpassungen können in den regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen oder bei den Dienstübergaben vorgenommen werden.

Eine multidisziplinäre Bezugsgruppe kümmert sich bevorzugt um eine vordefinierte Bewohnergruppe d.h.

Beim Einzug :

- ✓ Eröffnung des Dossiers
- ✓ Erstellen der Biographie
- ✓ Intensive Begleitung des Bewohners und seiner Familie

In der täglichen Begleitung:

- ✓ Nachfrage nach Befinden, Wünschen, Änderungen und Vermittlung zwischen den verschiedenen hausinternen Diensten
- ✓ Anfragen werden schriftlich auf vorgedruckten Formularen und versehen mit dem vollständigen Namen des Antragstellers dem Verantwortlichen des jeweiligen Dienstes (oder dessen Vertretung) gegeben.
- ✓ Vermittlung zwischen den einzelnen pflegerischen Diensten (Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie)

In der Pflegeplanung :

Vorbereitung der monatlichen Wohnbereichsversammlung.

Mit den Mitgliedern einer gleichen Gruppe werden Veränderungen, Probleme und Anregungen für die vordefinierten Bewohner schriftlich festgehalten. Zwei der Gruppenmitglieder nehmen an der Wohnbereichsversammlung teil, notieren die Beschlüsse, sind für den Eintrag ins Bewohnerdossier sowie für die Überwachung der Ausführung verantwortlich.

Anmerkungen zu anderen Bewohnern werden an die zuständigen Kollegen

weitergegeben. Die getroffenen Entscheidungen müssen von allen Wohnbereichskollegen unterschrieben werden und sind bis zur Abänderung durch den Bereichsleiter für alle Kollegen bindend.
Die schriftlichen Unterlagen werden im Pflegestützpunkt aufbewahrt.

Zusammensetzung der Personalgruppe:

- ✓ Eine Krankenpflegerin
- ✓ Drei Familien- und Seniorenhelfer
- ✓ Ein Paramediziner
- ✓ Ein Mitglied der Nachtwachen

Zusammensetzung der Bewohnergruppe:

- ✓ 12 bis 14 Bewohner aus aneinandergrenzenden Wohnungen.

Ausführung siehe Anhang

4. Leistungsangebot Pflege und Begleitung

Da wir uns an der Pflgetheorie von Krohwinkel orientieren, bieten wir für die einzelnen AEDLs folgende Angebote

1. Kommunizieren

Wir fördern die Beziehung zum Bewohner und der Bewohner untereinander durch Gespräche, Gruppenanimation, gemeinsame Mahlzeiten und gemeinsames Beisammensein.

Bei der Pflege wirkt es austauschfördernd, wenn sich nur eine Begleitperson im Zimmer aufhält.

Eine hauseigene Logopädin steht bei Sprachproblemen zur Verfügung.

2. Sich bewegen

Wir stellen Hilfsmittel zur Verfügung, die zur Förderung der Beweglichkeit dienen z.B. beim Gehen und Sitzen, beim Aufsitzen oder bei jedem Lagerungswechsel. Es gilt der Grundsatz der aktivierenden Pflege, was bedeutet, dass jeder Bewohner, dessen Gesundheitszustand es erlaubt, zur aktiven Mithilfe oder Übernahme seiner Pflege mobilisiert wird. Lagerungsbedingte Schäden sollen vermieden werden, deshalb gehören Mobilisierung, Kontraktur und Dekubitusprophylaxe zu unserem Standard.

Unsere Krankengymnasten bieten Einzel- sowie Gruppentherapien an, zusätzlich stellt das Haus auswärtige Organisationen für Sportaktivitäten zur Verfügung.

Unsere behindertengerechte Infrastruktur ermöglicht jedem Bewohner den problemlosen Zugang zu allen Räumen sowie zu den Außenanlagen.

3. Vitale Funktionen aufrechterhalten

Auf Wunsch oder ärztlicher Anweisung überwachen wir die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen und dokumentieren diese durch Eintrag in das persönliche Dossier.

Wir fördern Atemfähigkeit, Kreislauf- und Wärmeregulierung durch gezielte Übungen, achten auf Atemverhalten, Atemstörungen und Infekte. Zum Standard gehören regelmäßige Besuche eines Krankengymnasten, der die nötige Unterstützung oder Therapie anbietet.

4. Sich pflegen

Wir geben die gewünschte Unterstützung bei der Körperhygiene, achten auf ein angenehmes äußeres Erscheinungsbild und respektieren eigene Wünsche.

Als Grundlage dient das Gespräch mit dem Bewohner und / oder dessen Bezugspersonen und die anschließende Planung.

5. Essen und Trinken

Wir achten auf die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Essgewohnheiten der Bewohner. Wir achten auf ausreichende Nahrungszufuhr und vor allem auf ausreichende Flüssigkeitsaufnahme. Der Bezugspfleger überwacht beim Bewohner die Art der Nahrungsaufnahme (z.B. passierte Kost, Diätkost, Ersatz- oder Sondennahrung) und gibt Wünsche oder Änderungsanträge weiter. Es wird darauf geachtet, dass sämtliche Speisen verträglich sind und appetitlich angeboten werden.

6. Ausscheidung

Bei Inkontinenzproblemen werden neben einer persönlichen Beratung, Pflege - sowie Materialhilfen gegeben. Diese sind im Globalpreis enthalten.

Bei Bedarf werden die Ausscheidungen dokumentiert und auftretende Probleme in die Pflegeplanung mit einbezogen. Die notwendigen Pflegemaßnahmen werden durchgeführt.

7. Sich kleiden

Wir respektieren die individuelle Kleiderwahl und geben Unterstützung beim An- und Auskleiden.

Das Waschen, der Unterhalt und das Kennzeichnen der persönlichen Kleider werden ohne Aufpreis von der hausinternen Wäscherei übernommen.

8. Ruhen und Schlafen

Der physiologische Schlaf- und Wachrhythmus wird durch einen normalen Tagesablauf gefördert. Gewohnheiten der Bewohner werden respektiert. Beruhigende Massagen, Bäder sowie die Anwendung von Aromatherapie fördern das Wohlbefinden und vermindern den Gebrauch von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, die nur nach ärztlicher Verordnung verabreicht werden.

Die ständige Präsenz von geschultem Personal gibt dem Bewohner ein Gefühl von Sicherheit.

9. Sich beschäftigen

Um diesen Lebensbereich sinnvoll zu gestalten, versuchen wir auf die Interessen und Hobbys unserer Bewohner einzugehen und sie zu fördern. Dabei greifen wir auf die Unterstützung zahlreicher Ehrenamtlicher zurück.

Unsere Ergotherapeuten gestalten mit den Bewohnern einen zielorientierten Tagesablauf. Demenzkranke Menschen werden nach dem Cantousprinzip betreut. (siehe Anhang)

10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

Das erwünschte Rollenverhalten soll in jedem Alter beibehalten werden und wird von uns akzeptiert und gefördert.

- ✓ Individuelle Kleiderwahl ist uns wichtig, denn dadurch drückt sich die Persönlichkeit des Menschen aus.
- ✓ ein angenehmes Erscheinungsbild wird durch das Angebot von verschiedenen Dienstleistungen (Kosmetikatelier, Friseurin, Pediküre...) gefördert.

Pflegearbeit sollte nach unserem Verständnis das positive Selbstempfinden jedes Menschen in allen Bereichen finden und stärken. Dazu gehört auch die Sexualität, die von uns akzeptiert und ernst genommen wird, solange sie die persönliche Freiheit der anderen nicht eingeschränkt.

Zu unseren Aufgaben gehört ein professionelles Handeln in Bezug auf den Bewohner und der Schutz der Schwächeren gegen Übergriffe.

11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen

Wir geben Hilfe und Orientierung in allen Bereichen, um dem Bewohner eine sichere Lebensführung zu ermöglichen. Wo Hilfe und Unterstützung notwendig ist, zeigen wir entsprechende Möglichkeiten auf.

Psychische Sicherheit vermitteln wir durch die Stärkung der Persönlichkeit. Ein sich ständig wiederholende Wochenplan unterstützt die Orientierung.

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

Wir fördern die sozialen Kontakte nach innen und nach außen. Wir unterstützen Begegnungen geistlicher, kultureller und geselliger Natur durch einen engen Kontakt zur Dorfgemeinschaft. Durch die Aufnahme und Pflege persönlicher Beziehungen zu anderen Bewohnern wollen wir die soziale und persönliche Identität sichern helfen.

Soziale Gemeinschaft ist ein grundlegendes Element der menschlichen Existenz. Wir bieten täglich mehrere abwechslungsreiche, an den Bewohnerwünschen orientierte Aktivitäten an.

Auswahl der Angebote (Aktivitätenplan :siehe Anhang)

- ✓ Morgengebet / Abendgebet
- ✓ Frühstücksbuffet
- ✓ Morgengruppe z. B. Sport für das dritte Alter
- ✓ Cantous..
- ✓ Religiöse Animationen
- ✓ Cafeteria
- ✓ Bibliothek
- ✓ Nachmittagsgruppen: singen, basteln, Lesestunde, Denksport.....
- ✓ Besucherdienst
- ✓ Veranstaltungen unter Mitwirkung auswärtiger Vereine z. B. Konzerte, St. Martin, Karneval...

Das Morgen- und Abendgebet

wird täglich von einer Ordensschwester gesprochen und wenn gewünscht in die Zimmer übertragen.

Das Frühstücksbuffet:

Den Hausbewohnern wird wochentags zwischen 7 Uhr 30 und 10 Uhr ein reichhaltiges Buffet angeboten. Dies bietet Gelegenheit zur Kontaktpflege. Um das Gemeinschaftsleben zu fördern, werden auf Wunsch alle Mahlzeiten in Gemeinschaftsräumen angeboten.

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Wir akzeptieren den Menschen so wie er ist: mit seiner Vergangenheit, in seiner jetzigen Situation und mit seinen Zukunftsvisionen. Mit ihm gemeinsam planen wir ein Leben in seinem neuen Zuhause.

Wir unterstützen unsere Bewohner in schwierigen Situationen, wenn es um schwere Entscheidungen, Angst, Schmerzen, Isolation und Sterben geht. Wir versuchen aber auch sinnfördernde Angebote zu unterbreiten und wollen dadurch Hoffnung, Wohlbefinden und Lebensfreude vermitteln.

Der Alltag hat uns gezeigt, wie **belastende** und **gefährdende** Erfahrungen sich negativ bei der Gestaltung von Lebensaktivitäten auswirken können. Hier sind es insbesondere Erfahrungen wie Angst, Sorge, Misstrauen, Ungewissheit bis hin zur Hoffnungslosigkeit, die die Menschen belasten.

Die Erfahrungen zeigt aber auch, dass durch das Einbeziehen von kulturellen und fördernden Elementen wie Freude, Hoffnung, Vertrauen und Glauben, sowie durch das Sichtbarmachen und Fördern von Fähigkeiten, das Erfahren von Unabhängigkeit und Wohlbefinden, ein positiver Einfluss auf die Lebensaktivitäten ausgeübt werden kann.

5. Organisation der Pflege

Priorität unserer Arbeit und unserer Bemühungen ist das Wohlbefinden des älteren Menschen in seinem neuen Zuhause.

Wir möchten die soziale Integration fördern und den Tag sinnvoll und sinngebend gestalten. Neben der gemeinsam geplanten Pflege bieten wir ein breites Spektrum an Begleitungs- und Aktivierungsangeboten sowie die Förderung religiöser Gewohnheiten und Traditionen.

5.1 Überschaubare Pflegeteams

Das Marienheim gliedert sich in zwei Wohnbereiche.

Der erste Bereich umfasst das Parterre und die erste Etage. Dort leben 52 Bewohner.

Der zweite Bereich umfasst die zweite und dritte Etage. Dort leben 54 Bewohner.

Für die Pflege und Begleitung des älteren Menschen sind überschaubare Teams mit fester Besetzung gebildet worden. Diese bestehen täglich aus 2 Pflegefachkräften und 7 bis 9 Familien- und Seniorenhelfer. Während der Nacht werden unsere Bewohner von 1 Pflegefachkraft und 1 Familien- und Seniorenhelfer betreut.

Für die alltägliche Begleitung der älteren Menschen arbeiten wir mit vordefinierten Bezugsgruppen. Während der morgendlichen Begleitung übernimmt jeder Familien- und Seniorenhelfer, für die Dauer von mindestens zwei aufeinander folgenden Tagen die Verantwortung für eine vorgegebene Gruppe pflegebedürftiger Bewohner.

Die Mitarbeiter organisiert ihre Begleitung bewohnerorientiert und geht auf individuelle Wünsche ein.

Die Pflegefachkraft ist für die medizinische Versorgung des gesamten Wohnbereiches verantwortlich.

Diese Form der Betreuung gewährleistet Individualität und Kontinuität in der Begleitung.

5.2 Die Tagesstruktur

Der Tagesablauf sowie das Angebot an Begleitung und Aktivitäten richten sich nach den Bedürfnissen der Hausbewohner. Der gesellschaftlich übliche Ablauf für ältere Menschen wird berücksichtigt.

Diese Grundsätze spiegeln sich im Heimalltag wieder.

- ✓ Das Aufstehen und das Zubettgehen sind nach individuellen Wünschen planbar, denn unsere Wohnbereiche sind tagsüber von 06:00 Uhr bis 21:00 Uhr mit Pflegekräften besetzt. Darüber hinaus gewährleistet die Präsenz von zwei Nachtwachen ein Hilfsangebot außerhalb dieser Zeiten.
- ✓ Die Hausbewohner entscheiden selbst, ob sie an unseren Angeboten teilnehmen.
- ✓ Der Zeitraum der Mahlzeiten ist festgelegt. Grundsätzlich ist jedoch eine Abweichung möglich.
- ✓ Pflege wird als 24-Stundenangebot gestaltet. Während Körperpflege hauptsächlich morgens angeboten wird, sind andere Therapien ganztägig möglich.

- ✓ Wir sind ein offenes Haus und leben mit der Dorfgemeinschaft und den Familien.
Deshalb sind Besucher willkommen und haben jederzeit Zutritt. Nachts erfolgt dies auf Absprache.

5.3 Klare Verantwortlichkeiten

Um eine gleich bleibende Qualität zu gewährleisten, bestehen im Marienheim klare Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche.

Die Auflistung der Kompetenzen ist in den entsprechenden Stellenbeschreibungen festgehalten. (s. Anhang)

Die hier in einer Zeitleiste aufgelisteten Dienstleistungen stellen das standardisierte Basisangebot dar und zeigen die Verantwortungsbereiche der einzelnen Mitarbeiter.

Auf Wunsch und nach Absprache kann der einzelne Bewohner die Angebote auch zeitlich umdisponieren.

Pflegedienste

<u>Zeitraum (Uhr)</u>	<u>Frühdienst</u>	<u>KP</u>	<u>FSH</u>	<u>PM</u>	<u>HW</u>
06:00 bis 06:15	Übergabe Nachtwache und Koordination des Pflegeablaufes	V	X		
06:15 bis 08:30	Körperpflege	V	X	A	
	Behandlungspflege	VX			
	Medikamentenverteilung	VX			
07:30 bis 09:30	Transferdienst zum Frühstücksbuffet		VX		
08:15 bis 08:45	Frühstück verteilen		VX		X
08:15 bis 09:15	Unterstützung beim Essen		VX	A	
09:15 bis 10:00	Transferdienst zum Cantous		VX	A	
09:15 bis 10:15	Körperpflege	V	X	A	
10:15 bis 11:30	Wohnbereichsaktivitäten		VX		
10:15 bis 11:30	Koordinationsarbeiten (Arzt, Apotheke, Krankenhaus)	VX			
11:30 bis 12:00	Pflegedokumentation	VX	VX		
11:30 bis 12:00	Medikamentenverteilung	VX			
12:00 bis 12:45	Mittagessen verteilen		VX		
12:00 bis 12:45	Unterstützung beim Essen		VX	A	
12:45 bis 13:00	Kaffee und Gebäck		VX		
13:00 bis 13:15	Transferdienst zum Wohnbereich		VX	A	
13:15 bis 13:45	Wechseln von Inkontinenzmaterial sowie Installation zur Mittagsruhe		VX		
13:45 bis 14:00	Übergabe Frühdienst - Spätdienst	V	X		

V = Verantwortung; X = Aktiv; A = aktivierende Tätigkeiten

KP = Krankenpfleger; FSH = Familien- und Seniorenhelfer; PM = Parkamediziner; HW = Hauswirtschaft

<u>Zeitraum (Uhr)</u>	<u>Spätdienst</u>	<u>KP</u>	<u>FSH</u>	<u>PM</u>	<u>HW</u>
13:45 bis 14:00	Übergabe Frühdienst - Spätdienst	V	X		
14:00 bis 19:30	Austauschgespräche mit den Bewohnern, Familien und Hausärzten. Bestellungen und Büroarbeiten, Medikamentenvorbereitung	VX			
14:15 bis 14:45	Beenden der Mittagsruhe		VX		
14:45 bis 16:30	Wohnbereichsaktivitäten		VX		
16:30 bis 17:15	Wohnbereichsrunde		VX		
16:30 bis 17:15	Medikamentenverteilung	VX			
17:15 bis 17:45	Abendbrot verteilen		VX		X
17:15 bis 18:15	Unterstützung beim Essen		VX		
18:15 bis 20:15	Vorbereitung zur Nachtruhe		VX		
20:15 bis 20:45	Pflegedokumentation und Aufräumen des Wohnbereiches	VX	VX		
19:30 bis 20:45	Medikamentenverteilung und Gutenachtgruß	VX			
20:45 bis 21:00	Übergabe Spätdienst – Nachtdienst	VX	X		
21:00 bis 21:15	Abschluss der Behandlungspflege und Vorbereitung für den nächsten Tag	VX			

V = Verantwortung; X = Aktiv; A = aktivierende Tätigkeiten
 KP = Krankenpfleger; FSH = Familien- und Seniorenhelfer; PM = Parkamediziner; HW = Hauswirtschaft

<u>Zeitraum (Uhr)</u>	<u>Nachtdienst</u>	<u>KP</u>	<u>FSH</u>	<u>PM</u>	<u>HW</u>
20:45 bis 21:00	Übergabe Spätdienst – Nachtdienst	VX	X		
21:15 bis 23:00	Erster Rundgang	VX	X		
00:00 bis 03:00	Zweiter Rundgang	VX	X		
04:00 bis 05:30	Dritter Rundgang	VX	X		
05:30 bis 05:45	Pflegedokumentation	VX	VX		
06:00 bis 06:15	Übergabe Nachtdienst – Frühdienst	VX	X		

V = Verantwortung; X = Aktiv; A = aktivierende Tätigkeiten
 KP = Krankenpfleger; FSH = Familien- und Seniorenhelfer; PM = Parkamediziner; HW = Hauswirtschaft

Tagespflege

<u>Zeitraum (Uhr)</u>	Tagesdienst von 07:00 bis 17:00 Uhr	<u>KG</u>	<u>EG</u>	<u>LG</u>	<u>FSH</u>	<u>KP</u>
08:00 bis 09:30	Empfang der Bewohner, gemeinsames Frühstück am Buffet Nach Bedarf, Behandlungspflege		V		X	
10:00 bis 11:30	Morgenaktivität (Gymnastik, Ergotherapie, Musiktherapie, hauswirtschaftliche Tätigkeiten)	X	V	X	X	
11:30 bis 13:00	Gemeinsames Mittagessen,	A	VA	A	X	X
13:00 bis 14:00	Mittagspause im Wohnbereich				VX	
14:00 bis 17:00	Nachmittagsaktivität (Denksport, Singen, Leserunde, Spiele, Basteln, Spaziergänge) Möglichkeit zur Einzeltherapie	A	VA	A		
17:00 bis 18:00	Abendessen im Wohnbereich				VX	

*V = Verantwortung; X = Aktiv; A = aktivierende Tätigkeiten
 KG = Krankengymnast; EG = Ergotherapeut; LG = Logopäde;
 FSH = Familien- und Seniorenhelfer; KP = Krankenpfleger*

Rehabilitation

<u>Zeitraum (Uhr)</u>	Tagesdienst von 07:00 bis 17:00 Uhr	<u>KG</u>	<u>EG</u>	<u>LG</u>	<u>FSH</u>
07:00 bis 09:00	Aktivierende Übungen bei der Morgentoilette	A	VA		
07:00 bis 14:00	Individuelle Krankengymnastik	VA			
09:00 bis 13:00	Cantous (s. Pflegekonzept)	A	V	A	A
14:00 bis 17:00	Gruppenanimation				
	Denksport		A	VA	
	Logopädie			VA	
	Aromatherapie		VA	A	
	Musiktherapie		VA	A	
	Kunsttherapie		VA	A	
14:00 bis 17:00	Individuelle Behandlung				
	Ergotherapie		VA		
	Logopädie			VA	
	Aromatherapie		VA	A	

*V = Verantwortung; X = Aktiv; A = aktivierende Tätigkeiten
 KG = Krankengymnast; EG = Ergotherapeut; LG = Logopäde; FSH = Familien- und Seniorenhelfer*

5.4 Begleitung der Bewohner in der Nacht

Um unseren Bewohnern eine 24-stündige Betreuung und Sicherheit zu garantieren, nimmt die nächtliche Begleitung einen hohen Stellenwert ein.

Zum Aufgabenbereich der Nachtwachen gehören neben den beschriebenen Aufgaben der Pflegefachkraft und Familien- und Seniorenhelfer:

- ✓ Die regelmäßige Überprüfung des Wohlergehens aller Heimbewohner
- ✓ Das Sicherstellen einer angenehmen Nachtruhe

5.5 Dienstplangestaltung

Primäres Ziel der Dienstplangestaltung ist die Sicherstellung einer bewohnerorientierten Begleitung. Zusätzlich soll sie dem Mitarbeiter eine planbare Freizeit sichern.

Deshalb erfolgt die Dienstplangestaltung nach Vorgaben, die für alle Mitarbeiter gültig sind. Es gelten gesetzliche Bestimmungen und hauseigene Vorgaben (6 Tage-Woche, „Roulement“; prozentuale Arbeitsbeschäftigung).

Änderungen bedürfen der Rücksprache mit dem Arbeitnehmer / Arbeitgeber.

Organisation

- ✓ Der Dienstplan wird 5 Tage vor Monatsbeginn durch Aushang bekannt gegeben.
- ✓ Urlaubsanfragen müssen bis zum 15. des Vormonats schriftlich auf einem hausinternen Vordruck eingereicht werden. Die Bearbeitung ist hausintern geregelt.
- ✓ Änderungen im Stundenplan müssen so gekennzeichnet werden, dass die ursprünglich geplante Zeit sichtbar bleibt.
- ✓ Mitarbeiter können den Dienst nur bei gleicher Qualifikation und nach Rücksprache mit der Wohnbereichsleitung tauschen.
- ✓ Änderungen sind dem Vorgesetzten (spätestens) am nächsten Arbeitstag mitzuteilen.
- ✓ Der Stundenplan präsentiert sich grafisch wie folgt:
 - Wochenende und Feiertage (gelbe Hervorhebung)
 - Krankheitstage (rote Hervorhebung)
 - Urlaubstage (grüne Hervorhebung)
- ✓ Engpässe, die durch unvorhersehbare Ereignisse eintreten, werden unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen von den Mitarbeitern des Wohnbereichs überbrückt.
- ✓ Das Engagement der Mitarbeiter wird durch eine außertarifliche Flexibilitätsprämie anerkannt.
- ✓ Teambesprechungen gelten als entschädigte Arbeitszeit.
- ✓ Zusatzstunden werden monatlich individuell ausgerechnet und bei der Lohnabrechnung aufgeführt.
- ✓ Die Pflegedienstleitung archiviert alle Dienstpläne.

Personalbesetzung

montags bis freitags

Uhrzeit		<u>Ganzes Haus</u> 140						
Von	Bis	Krankenpfleger	Altenpfleger	Krankengymn.	Cantous	Restaurant	Unterhalt	Gesamt
06:00	07:00	3,00	7,00			3,00	2,00	15,00
07:00	08:00	4,00	11,00	2,00		3,00	3,00	23,00
08:00	09:00	4,00	11,00	2,00	3,00	3,00	3,00	26,00
09:00	10:00	4,00	11,00	2,00	3,00	3,00	9,00	32,00
10:00	11:00	4,00	11,00	2,00	4,00	3,00	9,00	33,00
11:00	12:00	4,00	10,00	2,00	4,00	3,00	9,00	32,00
12:00	13:00	4,00	9,00	2,00	4,00	3,00	5,00	27,00
13:00	14:00	3,00	7,00	1,00	4,00	3,00	5,00	23,00
14:00	15:00	2,00	5,00	1,00	2,00		5,00	15,00
15:00	16:00	2,00	5,00	1,00	2,00		2,00	12,00
16:00	17:00	2,00	6,00	1,00		3,00	2,00	14,00
17:00	18:00	2,00	6,00	1,00		3,00	2,00	14,00
18:00	19:00	2,00	9,00			3,00		14,00
19:00	20:00	2,00	7,00			3,00		12,00
20:00	21:00	2,00	6,00					8,00
21:00	06:00	1,00	1,00					2,00

Personalbesetzung

samtags & sonntags

Von	Bis	Krankenpfleger	Altenpfleger	Krankengymn.	Cantous	Restaurant	Unterhalt	Gesamt
06:00	07:00	3,00	9,00			3,00		15,00
07:00	08:00	3,00	11,00	1,00		3,00		18,00
08:00	09:00	3,00	11,00	1,00	2,00	3,00	1,00	21,00
09:00	10:00	3,00	11,00	1,00	2,00	3,00	1,00	21,00
10:00	11:00	2,00	11,00	1,00	2,00	2,00		18,00
11:00	12:00	2,00	9,00	1,00	2,00	2,00		16,00
12:00	13:00	2,00	9,00		2,00	2,00		15,00
13:00	14:00	2,00	8,00		2,00	2,00		14,00
14:00	15:00	2,00	5,00					7,00
15:00	16:00	2,00	5,00			3,00		10,00
16:00	17:00	2,00	5,00			3,00		10,00
17:00	18:00	2,00	6,00			3,00		11,00
18:00	19:00	2,00	7,00			3,00		12,00
19:00	20:00	2,00	7,00			3,00		12,00
20:00	21:00	2,00	6,00					8,00
21:00	06:00	1,00	1,00					2,00

6. Geplante Pflegeleistung

Wir verstehen Altenpflege nicht als defizitäre Pflege, sondern bemühen uns, die erhaltenen Fähigkeiten und Ressourcen eines jeden Bewohners zu erkennen.

Diese werden mit in die Pflegeplanung und den Pflegeprozess einbezogen. Aus den Ressourcen und Pflegeproblemen ergibt sich der individuelle Pflegebedarf. Auf dieser Basis muss jedem Pflegenden bewusst sein, welche Verantwortung in einer gründlichen Recherche und Planung liegt.

Der Bedarf der pflegerischen Versorgung wird während des Pflegeprozesses laufend an die veränderten Bedürfnisse und Prioritäten des Pflegebedürftigen angepasst.

Dies gilt als Voraussetzung für eine optimale Pflegequalität.

6.1 Pflegeprozessmodell

Der Beschreibung des Pflegeprozessmodells liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Mensch sich bis an sein Lebensende in seinen Lebensäußerungen und Lebensaktivitäten weiterentwickelt und verändert.

Dass die Pflege als sich ständig weiterentwickelnder Ablauf gesehen wird, hat folgende Vorteile:

- ✓ Durch das gemeinsame Festlegen von Zielen wird die Pflege planbar und überprüfbar.
- ✓ Nur geplante Pflege ermöglicht Pflegeerfolge im ganzheitlichen Sinne.
- ✓ Die Pflege kann auf individuelle Fähigkeiten, Bedürfnisse, Gewohnheiten, Probleme und Einschränkungen des zu Begleitenden eingehen.
- ✓ Alle Pflegepersonen werden in die Begleitung einbezogen
- ✓ Durch Nutzung eines Dokumentationssystems wird allen an der Pflege beteiligten derselbe Informationsstand ermöglicht.
- ✓ Die Pflegemaßnahmen werden kontinuierlich an den aktuellen Entwicklungsstand des zu Begleitenden angepasst
- ✓ Der gezielte Einsatz von Fähigkeiten und das Respektieren der persönlichen Wünsche des uns Anvertrauten beeinflusst den Problemlösungsprozess positiv.

Der Ablauf des Pflegeprozesses erfolgt in sechs Schritten und ermöglicht die Anpassung an den aktuellen Ist-Zustand des Bewohners.

Der Pflegeprozess besteht aus folgenden Schritten:

1. Informationssammlung
2. Erkennen der Ressourcen und der Probleme
3. Festlegen der Pflegeziele
4. Maßnahmen und Planung in Bezug auf Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDLs)
5. Beurteilung der Pflegewirkung.
6. Neuanpassung der Pflegeplanung

6.2 Die Pflegeplanung

Die Pflegeplanung als Arbeitsinstrument des Pflegeprozesses bietet neben der Qualitätssicherung auch einen Nachweis der Pflegeleistung. Sie wird von den zuständigen Pflegefachkräften in Zusammenarbeit mit den Pflegehilfskräften und dem gruppenübergreifenden Dienst erstellt. Als Ziel gilt die Verbesserung der Lebensqualität der zu Begleitenden sowie die berufliche Zufriedenheit der Pflegenden.

Vorteile einer Pflegeplanung für den Bewohner:

- ✓ Wahrung seiner Persönlichkeit durch Erhalt eigener Lebensgewohnheiten.
- ✓ Anerkennung der Individualität : Körper, Seele, Geist und Biographie.
- ✓ Positives Selbstwertgefühl durch größtmögliche Selbstbestimmung.
- ✓ Vertrauensbildung und Sicherheit durch Kontinuität der Pflegebeziehung.
- ✓ Förderung von Kontakten zu Vertrauenspersonen.
- ✓ Möglichkeit aktiver Mitbestimmung und Mithilfe im Pflegeablauf.

Vorteile einer Pflegeplanung für die Pflegeperson

- ✓ Pflegeerfolge werden sichtbar und steigern das Selbstwertgefühl und die Sicherheit.
- ✓ Gezielte Beschreibungen von Pflegemaßnahmen erleichtern die Planung, Durchführung und Überprüfbarkeit der Pflege.
- ✓ Der Teamgeist wird gestärkt, da Entscheidungen gemeinsam getroffen werden.
- ✓ Beziehungspflege ermöglicht es Zusammenhänge zu erfassen und zu verstehen.

Pflegeplanung als Instrument der Qualitätssicherung:

- ✓ Pflegeplanung und Pflegedokumentation sind wichtige Bestandteile zur Überprüfung der Qualität.
- ✓ Sie dient zur rechtlichen Absicherung bei juristischen Fragen.
- ✓ Sie sichert eine gleichbleibende Pflegequalität und die Weitergabe aller pflegerelevanten Informationen.

Voraussetzung für eine Pflegeplanung.

- ✓ Berücksichtigung und Akzeptanz der veränderten Bedürfnissituationen betagter Menschen
- ✓ Anpassungsfähigkeit des Personals an plötzlich veränderten Situationen
- ✓ Bereitschaft der Pflegenden Verantwortung zu übernehmen.
- ✓ Teilnahme der Pflegenden an regelmäßigen Dienstübergaben, Pflegeplanungsgesprächen sowie an Fortbildungen.
- ✓ Nutzung des auf den Bewohner bezogenen Dokumentationssystems.
- ✓ Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Bereichen der Einrichtung.

Durchführung der Pflegeplanung:

- ✓ Pflegeplanungsgespräche regelmäßig führen.
- ✓ Bewohner und Angehörige in die Planung integrieren.
- ✓ Informationssammlung : Biographie, sozialer Hintergrund, Durchführung von Beratungsgesprächen, Beteiligung an Entscheidungen, regelmäßiger Austausch mit dem Bewohner oder den Bezugspersonen.
- ✓ Multidisziplinäres Arbeiten.
- ✓ Die Tagesabläufe und die Dienstplangestaltung sollen im Rahmen des Möglichen den Bedürfnissen der Bewohner angepasst werden.

Die sechs Schritte der Pflegeplanung

Die Pflegeplanung orientiert sich an den definierten Schritten des Pflegeprozesses.

1. Schritt: Informationssammlung

Sie ist die Grundlage der individuellen Pflegeplanung und trägt im erheblichen Maße zur Qualität der Pflege bei.

In der Regel stellt sie den ersten Kontakt zwischen dem Bewohner, dessen Angehörigen und dem Pflegeteam dar. Im Rahmen dieses Gespräches werden alle

Angaben des Bewohners und seiner Angehörigen aufgenommen, die für seine zukünftige Begleitung bedeutsam sind. Auf diesem Wege entsteht ein umfassendes Bild der Persönlichkeit des Bewohners, seines Gesundheitszustandes, seiner Ressourcen, seines pflegerischen Bedarfs, seiner Vorlieben, Abneigungen und individuellen Gewohnheiten.

Da der Bewohner und seine Angehörige aktiv beteiligt werden, erleben sie, dass die Pflege mit gegenseitigen Informationen sinnvoll geplant und transparent gestaltet werden kann.

In der Informationssammlung werden möglichst viele Erkenntnisse zusammengetragen.

- ✓ Personenbezogene Informationen
- ✓ Soziale Informationen
- ✓ Biographische Informationen Zu diesem Zweck steht ein eigens entwickelter Biographiebogen zur Verfügung (siehe Anlage)
- ✓ Physische Situation
- ✓ Psychische Situation

Dem Bewohner ist freigestellt, ob und wie ausführlich er über sein Leben berichten möchte. Alle Informationen werden mit Einverständnis schriftlich dokumentiert, sind vertraulich und haben einen rein pflegerelevanten Aspekt.

2. Schritt: Pflegeprobleme, Ressourcen und Gewohnheiten erfassen

Jedes AEDL wird hinterfragt und individuelle Probleme, Ressourcen und Gewohnheiten des Bewohners werden erarbeitet, kurz und präzise dokumentiert. Die Angaben werden kontinuierlich vervollständigt.

Pflegeprobleme entstehen, wenn Aktivitäten des täglichen Lebens aufgrund von Einschränkungen nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können. Das Nichterkennen solcher Probleme führt zu gesundheitlichen Komplikationen, die sowohl den Bewohner wie auch seine Umgebung betreffen können.

Ressourcen sind all jene Erfahrungen und Fähigkeiten, die die Problemlösung günstig beeinflussen können.

Gewohnheiten sollen erhalten bleiben, sie geben dem Bewohner in schwierigen Situationen Sicherheit.

3. Schritt: Pflegeziele festlegen

In den Pflegezielen wird festgelegt, welcher Erfolg mit der Pflege angestrebt wird

Sie sollten mit dem Bewohner/Angehörigen abgestimmt sein, vom Team getragen und gemeinsam verfolgt werden.

Ziele können in Nah- und Fernziele eingeteilt werden.

- ✓ Das Nahziel wird für einen überschaubaren Zeitraum festgelegt und beschreibt kleine Schritte. Sie sollten konkret, erreichbar und überprüfbar sein
- ✓ Das Fernziel gibt die Richtung für die Zukunftsgestaltung vor und beschreibt den optimal zu erreichenden Zustand.

Bei alten Menschen strebt man besser Nahziele an, da sonst die Gefahr der Überforderung der Pflegenden sowie der Betreuungsperson besteht.

Pflegeziele sind also Maßstab für die Bestimmung der Wirksamkeit und Effizienz der Pflege

Stellt sich heraus, dass die Pflegeziele nicht erreicht wurden, so ist eine Korrektur angezeigt.

4. Schritt: Planung der Pflegemaßnahmen

Die Maßnahmen werden im Team festgelegt und in die Dokumentation eingetragen. Somit sind sie als Dienstanweisung zu verstehen und bilden für alle Mitarbeiter einen verbindlichen Arbeitsplan.

5. Schritt: Die Durchführung der Pflege

Voraussetzung für fachgerecht durchgeführte Pflege ist qualifiziertes, motiviertes und verantwortungsbewusstes Personal.

Die MitarbeiterInnen halten sich an die im Pflegeplan erarbeiteten Maßnahmen.

Der Bewohner wird soweit möglich über die Durchführung der Pflege informiert.

Die geplante Pflege wird kontinuierlich angepasst und alle Abweichungen von der Pflegeplanung werden im Berichtblatt dokumentiert.

Um eine gleichmäßig verteilte Arbeitsbelastung zu garantieren und um dem Burn-out-Syndrom bei den Pflegepersonen vorzubeugen, arbeiten wir in einer Rotationspflege mit Zimmerzuteilung.

6. Schritt: Beurteilung, Auswertung und Neuanpassung.

Dank der genauen Dokumentation der Pflegeziele (Absichten) und der Pflegemaßnahmen (Vorgehens) ist es im Pflegeprozess möglich, den Erfolg der Pflege zu beurteilen.

Bei Zufriedenheit des zu Pflegenden werden keine grundlegenden Veränderungen in der Pflegeplanung vorgenommen.

Verändert sich der Allgemeinzustand des Bewohners, muss die Planung überdacht und angepasst werden.

Die Auswertung und Anpassung der Pflege lässt sich am besten während der Schichtübergaben oder Teambesprechungen organisieren.

Unsere Zielsetzung ist es, die bisher mündlich ablaufenden Arbeitsschritte schriftlich festzuhalten.

6.3 Transparenz des Pflegehandelns durch Dokumentation und Standards

Dokumentation

Die Pflegedokumentation ist die wichtigste Informationsquelle über den Bewohner und somit der Grundpfeiler einer bezugsorientierten Pflegeplanung und Pflege.

Im Marienheim arbeiten wir mit einem einheitlichen, fortschrittlichen und praxisbewährten Informations- und Dokumentationssystem der Firma „Standard-Systeme“.

Beim Einzug eines neuen Bewohners wird eine Dokumentationsmappe angelegt. Alle Beobachtungen, durchgeführte Tätigkeiten, mündliche und schriftliche Informationen werden kontinuierlich eingetragen, um ein möglichst vollständiges aktuelles Bild des Bewohners zu erhalten.

Die Dokumentation stellt die zentrale Informationsquelle für alle Mitglieder des Teams dar d.h. alle Mitarbeiter, die mit dem Bewohner arbeiten, tragen wichtige Angaben über Zustand, Therapie, Pflege und Reaktionen dort ein.

Die Dokumentationseintragungen werden von jedem persönlich durchgeführt und paraphiert.

Die Angaben sind ausschließlich den MitarbeiterInnen vorbehalten und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Hausintern hat man sich auf folgende Richtlinien geeinigt:

- ✓ Frühdienst: blaue Schrift
- ✓ Spätdienst: grüne Schrift
- ✓ Nachtdienst: rote Schrift

In der Dokumentationsmappe befinden sich folgende Formulare:

- ✓ Stammblatt / Pflegeanamnese / Biographie
- ✓ Ausscheidung / Körperpflege
- ✓ Durchführungsnachweis für pflegerische Handlungen
- ✓ Pflegerische und ärztliche Verordnungen
- ✓ Visitenblatt für Haus- und Fachärzte
- ✓ Medikamentenblatt
- ✓ Vitalzeichenkontrolle
- ✓ Fähigkeiten im Bezug auf die AEDLs (in Vorbereitung)
- ✓ Berichterstattung
- ✓ Pflegeplanungsblatt

Standards

Die Qualitätsstandards gewährleisten einen verbindlichen und einheitlichen Handlungsablauf. und geben dem Personal sowie dem Bewohner Sicherheit.

Bestimmte Situationen werden in ihrem Ablauf definiert (.z.B. Einzug eines Bewohners, Überweisung in ein Krankenhaus, Verhalten bei Brand,...), schriftlich festgelegt und zentral in einem Ordner aufbewahrt.

In unserem Hause ist die Ausarbeitung dieser Standards in Arbeitsgruppen vorgesehen.

7. Pflegeleistung in der Vernetzung

Unser Ziel ist es, dass sich die älteren Menschen und die Mitarbeiter in unserem Haus wohl fühlen. Ein harmonisches Zusammenleben braucht Kommunikation. Deshalb bieten wir zahlreiche Austauschforen an.

Teamleiterversammlung

Häufigkeit	Jeden Mittwoch
Teilnehmer	Alle Teamleiter Fachbereichsleitung Pflege, Heimleitung Moderation Rotierend
Zielsetzung	Infogespräche, Planungs-, Entscheidungs- und Verhandlungsgespräche, Ablaufbesprechung, Risikoanalyse und Zielkontrolle
Dauer	1 Stunde

Zwischendienstlicher Austausch (ZDA)

Häufigkeit	Jeden 2. Mittwoch (vor Teamleiterversammlung)
Teilnehmer	Alle Teamleiter Fachbereichsleitung Pflege, Heimleitung, Teamkoordinatoren, Hauswirtschaftsleitung, Vertreter Paramedizin und Vertreter Nachtwachen
Moderation	Rotierend
Zielsetzung	Infogespräche, Planungs-, Entscheidungs- und Verhandlungsgespräche, Ablaufbesprechung, Risikoanalyse und Zielkontrolle
Dauer	1 Stunde

Pflegerische Dienstübergaben (pro Wohnbereich)

Häufigkeit	Dreimal Täglich
Teilnehmer	Alle Pflegekräfte
Moderation	Verantwortliche Krankenpflegerin
Zielsetzung	Informationsweitergabe
Dauer	10 Minuten

Multidisziplinäre Pflegeplanung

Häufigkeit	Täglich nach der Dienstübergabe (mittags) 2 Bewohner pro WB
Teilnehmer	Pflegekräfte des Wohnbereiches
Moderation	Verantwortliche Krankenpflegerin
Zielsetzung	Pflegeplanung: Festlegung und Bewertung der individuellen Ziele (für jeden Heimbewohner).
Dauer	10 Minuten

Wohnbereichsbesprechung

Häufigkeit	Alle drei Monate
Teilnehmer	Pflegekräfte des Wohnbereiches
Moderation	Teamleitung / Teamkoordination
Zielsetzung	Einführung von neuen Prozeduren, Optimierung von Arbeitsabläufen und Klärung von zwischenmenschlichen Beziehungen
Dauer	1 Stunde

Paramediziner

Häufigkeit	Jeden Monat
Teilnehmer	Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialpädagogen, Sozialdienst, Animatoren
Moderation	Ansprechpartner Paramediziner
Zielsetzung	Bewohnerzentrierte Koordination der therapeutischen Tätigkeiten, Informationsweitergabe, Ablaufoptimierung, Fördern der zwischendienstlichen Zusammenarbeit.
Dauer	1 Stunde

Nachtwachen

Häufigkeit	Alle drei Monate
Teilnehmer	Alle Nachtwachen
Moderation	Ansprechpartner Nachtwache
Zielsetzung	Informationsweitergabe, Ablaufoptimierung, Fördern der zwischendienstlichen Zusammenarbeit.
Dauer	1 Stunden

Ausschuss für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (AGSA)

Häufigkeit	Jeden 1. Dienstag im Monat
Teilnehmer	Gewählte Arbeitnehmervvertretung, der interne Sicherheitsbeauftragte und die Arbeitgebervertretung
Moderation	Heimleitung
Zielsetzung	Ergonomie der Arbeitsplätze, Überwachung der Sicherheitsstandards, Feuersicherheit, Vertretung von Personalinteressen, Ausarbeitung von Weiterbildungsmaßnahmen und der Arbeitsordnung:
Dauer	2 Stunden

Bewohnerrat

Häufigkeit	Jeden 3. Monat
Teilnehmer	Bewohner und deren Familienangehörige, die Dienstleitungen und die Ordensgemeinschaft
Moderation	Heimleitung
Zielsetzung	Interessenvertretung der Hausbewohner wahrnehmen, Absprache mit Heimleitung treffen und gemeinsame Projekte planen.
Dauer	2 Stunden

Koordinationsgruppe Ehrenamt

Häufigkeit	Zwei mal pro Jahr
Teilnehmer	Alle Ehrenamtlichen Jeder Ehrenamtliche stimmt dem Hauskonzept zu und unterliegt den allgemeinen Bestimmungen in punkto Schweigepflicht.
Moderation	Koordinator Ehrenamt
Zielsetzung	Koordination der ehrenamtlichen Tätigkeiten, Schulungen, Informationsweitergabe.
Dauer	2 Stunden

Festkomitee

Häufigkeit	Nach Bedarf
Teilnehmer	Freiwillige Dorfbewohner, Verantwortliche verschiedener Dorfvereine, MitarbeiterInnen
Moderation	Heimleitung / Ordensgemeinschaft
Zielsetzung	Planung und Durchführung verschiedener Festlichkeiten (Karneval, Sommerfest, Adventsbasar,...)
Dauer	nach Bedarf

Infrastrukturkommission

Häufigkeit	Bei Bedarf monatlich Minimal alle drei Monate
Teilnehmer	Vertreter aus allen Arbeitsbereichen, die Ordensgemeinschaft, Verwaltungsratsmitglieder und externe Experten (z.B. Architekt)
Moderation	Heimleitung
Zielsetzung	Von der Basis getragene Infrastrukturplanung. Fördern des Verantwortungsgefühls (Budget) der einzelnen Bereichsleiter.
Dauer	2 Stunden

Verwaltungsrat

Häufigkeit	Jeden dritten Donnerstag im Monat
Teilnehmer	Verwaltungsratsmitglieder und die Ordensgemeinschaft. Laut Statuten muss jedes Verwaltungsratsmitglied eine Qualifikation mitbringen, die dem Hause dienlich ist.
Moderation	Präsident / Heimleitung
Zielsetzung	Verwaltung des Hauses.
Dauer	3 Stunden

Koordination mit Schulen und soziale Einrichtungen

Häufigkeit:	vor Praktikumsantritt
Teilnehmer:	Praktikumsverantwortliche und Praktikumsbegleiter
Moderation:	Pflegedienstleitung
Zielsetzung:	Planung und Bewertung des Praktikumsablaufes
Dauer:	1 Stunden

8. Qualitätsmanagement

Unser gemeinsames Ziel ist es, die erreichte Qualität zu erhalten und im Sinne der im Haus lebenden und arbeitenden Menschen weiterzuentwickeln.

Deswegen ist unsere Arbeit ständigen Anpassungen und Neuerungen unterworfen.

Das Haus – und Pflegekonzept

Seit 1999 arbeitet eine hausinterne, multidisziplinäre Gruppe an der Erstellung des Haus – und Pflegekonzeptes. Dieses Konzept legt die Richtlinien des Hauses und der Arbeitsmethoden offen.

Es dient zur Orientierung der Bewohner und der Mitarbeiter.

Verbesserung von Planung und Dokumentation

Die Pflegeplanung für jeden Bewohner erfolgt beim Einzug und wird in den folgenden Tagen ausgearbeitet. Sie wird während der Dienstübergaben oder der Teamversammlung bewertet und/oder angepasst.

Unser Ziel ist es, diesen Ablauf schriftlich zu erfassen.

Die Dokumentation der erbrachten Leistungen und Beobachtungen erfolgt durch jede Pflegekraft und wird in einem standardisierten System festgehalten. Dieses System ist nur den pflegerischen und medizinischen Mitarbeitern des Hauses zugänglich.

Ein weiteres Ziel ist es ein computergestütztes Dokumentationssystem zu erstellen.

Die Organisationsstruktur des Pflegedienstes

Die Organisationsverantwortung in der Pflege beschränkt sich auf zwei Personen.

Diese flache Organisationsstruktur gibt dem einzelnen Mitarbeiter ein höheres Verantwortungsgefühl, ermöglicht schnelle Entscheidungen, spiegelt ein kooperatives Hauskonzept wieder und unterstützt das familiäre Zusammenleben aller im Haus arbeitenden und wohnenden Menschen.

Interdisziplinäre Arbeit

Um eine gleiche Informationsbasis zu schaffen, findet ein wöchentlicher Austausch mit den Verantwortlichen der verschiedenen Bereiche statt.

Bewohnerorientierte Begleitung

Wir arbeiten ständig an einer Optimierung der bewohnerorientierten Begleitung.

Dazu wurde neben der Schaffung der Bezugsgruppen und der Einführung des Kartensystems in der Pflege, die Verantwortung für das Verteilen des Mittagessens in den Wohnbereich verlagert.

Planung von Fort- und Weiterbildungen

Alle Angebote werden sichtbar ausgehängt.

Durch eine hausinterne Regelung motivieren wir unsere Mitarbeiter an Weiterbildungen teilzunehmen.

Beschwerdemanagement

Ein systematisches Beschwerdemanagement ist ein unerlässlicher Bestandteil der ständigen Verbesserung der eigenen Dienstleistung. Jede Beschwerde ist für uns ein Anreiz, unseren Arbeitsalltag zu überdenken. Sie wird als willkommene Anregung aufgenommen und bearbeitet.

In unserem Haus ist ganztägig ein kompetenter Ansprechpartner erreichbar.

9. Öffentlichkeitsarbeit

Wir fördern den intensiven Kontakt zu Dorfgemeinschaft und vor allen Dingen zu den Angehörigen der Hausbewohner. So schaffen wir ein gesundes Klima für Vertrauen und Akzeptanz unseres Hauses und unserer Arbeit.

Durch die Integration der Angehörigen, der ehrenamtlichen Mitarbeiter sowie verschiedener Vereine in den Ablauf des täglichen Lebens wird eine Transparenz geschaffen, die das Zugehörigkeitsgefühl und den familiäre Gedanken stärkt.

