

## **Pflegekonzept**

Wir haben für unsere Einrichtung das Pflegemodell von Prof. Monika Krohwinkel gewählt. Dieses Modell erscheint uns im Hinblick auf die ganzheitliche Betrachtung der Grundbedürfnisse und Lebensgewohnheiten sowie für die Umsetzung unseres Leitbildes am besten geeignet. Das Modell wurde in Deutschland erarbeitet und trifft am ehesten auf unsere Kultur und Lebensweise zu. Das Modell stellt die ganzheitliche Pflege der einzelnen Menschen in den Vordergrund. Die Angehörigen werden in die Pflege soweit wie möglich mit einbezogen. Wir erbringen unsere Leistungen auf der Grundlage eines wissenschaftlich fundierten Pflegeverständnisses, das die Aktivierung und Mobilisation der betreuten Menschen zum zentralen Anliegen hat.

Die einzelnen Lebensaktivitäten werden immer im Zusammenhang gesehen, in diese wirken die folgenden fünf Faktoren mit ein:

- Lebensaktivitäten
- Lebensspanne
- Abhängigkeit und Unabhängigkeit,
- Individualität und
- Einflussfaktoren auf jeden Menschen. Jeder Mensch erlebt diese auf unterschiedlichste Art und Weise.

Für die Pflegepersonen werden dadurch die Aufgaben der Anleitung und Überwachen außerordentlich bedeutend.

Die den Pflegenden übertragene Verantwortung ist klar zu dokumentieren und deutlich zu machen.

### **1. Direkte Pflege**

Im Mittelpunkt des pflegerischen Interesses steht hier der Pflegebedürftige mit seinen individuellen Problemen und Fähigkeiten. Es steht im Vordergrund die Probleme zu erkennen und vorhandene Ressourcen herauszufinden. Wichtig ist, die biographischen und existentiellen Lebenserfahrungen, die Lebensverhältnisse, sowie den Gesundheits- und Krankheitszustand des zu betreuenden Menschen mit zu berücksichtigen. Das wesentlichste Ziel unserer Pflege ist die Erhaltung, Förderung bzw. Wiedererlangung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden des Menschen in seinen täglichen Aktivitäten. Natürlich ist es für die Umsetzung dieses Zieles unerlässlich, dass Angehörige und ihm nahe stehende Personen dabei einbezogen und unterstützt werden.

Um professionelle Hilfe gemäß diesem Modell gewährleisten zu können, stehen dem Personal verschiedene Handlungsrichtlinien zur Verfügung, an denen eine Orientierung möglich ist:

- im Interesse der Pflegebedürftigen handeln
- den Bewohner anleiten und führen
- für positive Umgebung sorgen,
  
- biographische Erkenntnisse berücksichtigen, um die Entwicklung des Pflegebedürftigen zu fördern und

- den Pflegebedürftigen und seine Bezugspersonen oder Angehörige anleiten, beraten und fördern.

### 1.1. Der Regelkreis „Pflegeprozess“

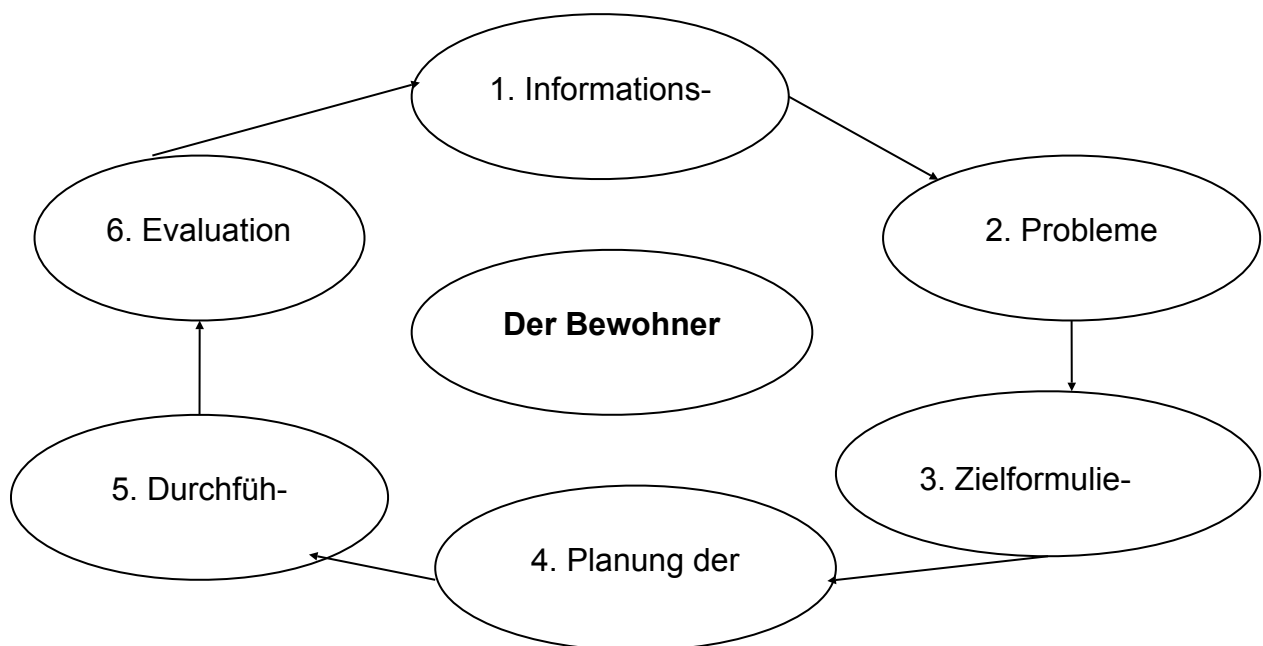
Zur Arbeit nach dem Pflegemodell M. Krohwinkel ist der „Pflegeregelkreisprozess“ als ein Schema für Problemlösungsprozesse zu sehen. Dieses Schema gibt uns die Systematik an die Hand, wie wir Pflege strukturieren können, um

- den Bewohner in seiner Ganzheit zu erfassen,
- eine Pflegekontinuität zu gewährleisten,
- die Pflege nachweisbar zu machen und
- die Pflegeergebnisse überprüfen zu können.

Der Pflegeprozess allein beschreibt nur das systematische, logistische und auch wissenschaftliche Vorgehen.

Pflegeplanerisches Arbeiten bedient sich des Instrumentes der Pflegeplanung als Werkzeug im Pflegealltag.

Der Pflegeprozess ist in sechs Schritte eingeteilt:



### 1.2. Schritte des Pflegeprozesses

#### Schritt 1 Informationssammlung

Die Informationssammlung ist die Grundlage auf der die anderen Schritte des Pflegeprozesses aufbauen. Diese Sammlung von Daten sollte zielgerichtet sein und setzt das Einverständnis der betroffenen Person voraus. Eine Datensammlung ohne Ziele und Zweck ist ein Eingriff in die Intimsphäre einer anderen Person.

Ziel der Informationssammlung ist es, den pflegebedürftigen Menschen kennen zu lernen, seine Möglichkeiten und erhaltenen Kräfte und Fähigkeiten sowie die Art und Ausmaß seiner Hilfsbedürftigkeit abzuklären und herauszufinden, welche pflegerische Hilfe er in seiner momentanen Situation braucht.

Schon in der ersten Phase der Begegnung, also schon vor dem Erstgespräch wird die Qualität der Pflege beeinflusst durch die Beziehung, die zu den alten Menschen aufgenommen wird, denn von der Wahrnehmung der für ihn wichtigen Daten hängt die Pflege ab. Wichtige Angaben über den pflegebedürftigen Menschen erhalten wir aus den unterschiedlichsten Quellen.

**Quelle der Informationssammlung      direkt:**

- durch eigene Beobachtung,
- durch Aussagen vom pflegebedürftigen Menschen selber bzw.
- durch Aussagen von seinen Angehörigen sowie durch das Gespräch mit Begleitern, Kollegen und
- ärztlichen Personal

**Quelle der Informationssammlung      indirekt:**

- aus der Anamnese,
- aus schriftlichen Unterlagen ( Arzt, Betreuung, andere pflegerische Institutionen ),
- aus der Krankengeschichte und
- durch Aussagen von Drittpersonen.

Die Daten werden weiterhin unterteilt in objektive und subjektive Daten

- a) objektive Daten: d. h. alle Daten, die nachweisbar und messbar sind (Größe, Gewicht, Vitalzeichen...) und
- b) subjektive Daten: d. h. alle Daten, die beinhalten was der pflegebedürftige Mensch selbst über seine Empfindungen aussagt und was sie für ihn bedeuten (z. B. Schmerz, Müdigkeit, Ängste) sowie Bemerkungen und Aussagen, die nicht nachweisbar sind, wie Empfindungen und Interpretationen.

Die Informationssammlung umfasst drei Bestandteile:

1. wesentliche biographische Daten,
2. die Pflegeanamnese,
3. den aktuellen pflegerischen Ist-Zustand anhand der AEDL's einschließlich der wesentlichen Bedürfnisse und Erwartungen.

Die Kenntnis über die individuellen Gewohnheiten, Werte und Bedürfnisse und über die persönliche, familiäre und berufliche Entwicklung eines Menschen insbesondere der damit verbunde-

nen Schicksalsschläge, setzt ein hohes Maß an echter, wertschätzender einfühlsamer Grundhaltung seitens des Helfenden voraus. Auch praktische Dinge, wie die Zeit, zu der morgens aufgestanden wurde, die Bedeutung von Bräuchen, Ritualen, Feiern, Mahlzeiten, usw. sollten nach Möglichkeit in die Gestaltung der Pflege aufgenommen werden.

Der Umgang mit all diesen Informationen erfordert ein hohes Maß an Sensibilität, Diskretion und Fingerspitzengefühl.

Ziel der Informationssammlung ist.

- Der Bewohner fühlt sich in der neuen Umgebung aufgenommen und verstanden.
- Die Pflegekraft ist über pflegerelevante Belange informiert.
- Es ist eine konstruktive Beziehung zum Bewohner entstanden.
- Pflegeprobleme, sowie körperliche als auch psychische Probleme können festgestellt werden, dazu können Ressourcen erkannt werden.

## Schritt 2 Erfassen der Probleme und Ressourcen des Bewohners

Die Erfassung und Formulierung der Probleme und Ressourcen des Bewohners, stellt den entscheidenden Schritt im Pflegeprozess dar. Hier wird der Grundstein für die Pflegeplanung gelegt. Nicht wahrgenommene Probleme und Ressourcen können auch nicht in die Pflegeplanung mit einbezogen werden, was zu einer Pflege führt, die dem Bewohner nicht gerecht wird. Wenn ein Mensch die Dienstleistung Pflege in Anspruch nimmt, ist er meistens durch Krankheit, Schmerzen und altersbedingte Schwäche in seinen Funktionen eingeschränkt und ist oft nicht mehr in der Lage, vorübergehend oder für immer, seine gewohnte Lebensqualität fortzusetzen. Er kommt möglicherweise in einen Zustand der Abhängigkeit hinein, er muss Einschränkungen in seiner Bewegungsfreiheit und in der Gestaltung seiner Umgebung auf sich nehmen und kann z. B. in einem Pflegeheim seinen Lebensrhythmus nicht mehr allein bestimmen. Es ist die Aufgabe der Pflegekraft, dem Bewohner und seinen Angehörigen zu helfen, das eigene Selbsthilfepotential - die Ressourcen also - zu aktivieren, um notwendige Einschränkungen sinnvoll zu kompensieren, die größtmögliche Unabhängigkeit zu erlangen oder neue, befriedigende Lebensformen zu finden.

Die durch die Informationssammlung erhaltenen Daten über den Bewohner werden daher analysiert und in Bezug auf folgende Frage überprüft:

- Welches sind die Probleme des Bewohners, die für die Pflege der Bewohner von Bedeutung sind?
- Welches sind die Ressourcen des Bewohners, die für die Lösung obiger Probleme von Bedeutung sind?

In der Pflegeplanung werden solche Probleme des Bewohners aufgenommen, die durch die Pflege angegangen werden können. Es sind nicht die medizinischen Probleme, denn mit denen

befasst sich der Arzt. Medizin, Diagnose, Prognose und Therapie haben freilich ihre Auswirkungen auf die Pflege, weil die Pflegenden die Verordnungen des Arztes am Bewohner ausführen.

Unter Pflegeproblemen versteht man Beeinträchtigungen, die den Bewohner behindern oder belästigen und die mit Pflegemaßnahmen beseitigt oder gelindert werden können.

Anhand der AEDL's kann die Pflegebedürftigkeit festgestellt und abgeleitet werden. Sinnvoll ist zuerst eine Erfassung der Bedürfnisse. Zur Ermittlung des Abhängigkeitsgrades eignen sich Checklisten, um eine willkürliche Sammlung zu vermeiden. Immer dann, wenn ein Bewohner die eigenen Bedürfnisse nicht mehr selbständig erfüllen kann, besteht ein Pflegeproblem.

Problemformulierung:

Die Darstellung eines Problems sollte möglichst kurz, klar und objektiv, d. h. frei von persönlichen Werturteilen gehalten werden.

Eine Problemformulierung enthält 4 Elemente:

1. den Bereich der Beeinträchtigung,
2. die Art der Beeinträchtigung,
3. den Umfang der Beeinträchtigung und
4. die Ursache der Beeinträchtigung.

Folgende Fragen können hilfreich sein, um eine Situation zu erfassen:

1. Was ist eingeschränkt?
2. Was kann und was kann nicht ausgeführt werden?
3. Welchen Umfang hat die Störung?
4. Wie kam es zu dieser Einschränkung, worin liegt die Ursache?

### Ressourcen

Ressourcen sind Reserven, Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die dem Bewohner zur Förderung seines Heilungsprozesses und zur Bewältigung seiner Situation zur Verfügung stehen. Die Beschwerden und Probleme des Bewohners liegen meist offen zutage, während Ressourcen oft im Verlauf der Pflege ermittelt werden müssen. Hier gilt es vermehrt den Blick für die Interpretation der Ressourcen in die Pflege zu fördern bzw. zu schulen.

Grundsätzlich kann man die Ressourcen eines Bewohners an seinen unterschiedlich ausgeprägten Fähigkeiten erkennen, um Pflegesituationen zu bewältigen. Die Aktivierung dieser Ressourcen und ihrer Interpretation in den Pflegeprozessen fördert die Selbständigkeit des Bewohners und vermeidet Gefühle der Entmündigung (z. B. der Bewohner schläft gut, ist dadurch tagsüber erholt).

Die individuelle Berücksichtigung aller Probleme und Ressourcen bewirkt keinen Mehraufwand, sondern letztlich eine Entlastung der Pflege.

Die Orientierung der Pflege an den Ressourcen ist unverzichtbar. Ressourcen geben Motivation, Sicherheit und Vertrauen.

Für die weitere Entscheidung, nämlich Pflege(ziele) zu finden und Maßnahmen festzulegen, ist

es wichtig zu wissen, welche Ressourcen ein Bewohner einsetzen kann, um einen eigenen Beitrag zur Bewältigung eines Problems zu leisten.

### Schritt 3 Festlegen der Pflegeziele

Das Festlegen eines Pflegezieles ist die Beschreibung des Soll-Zustandes, den der Bewohner mit Unterstützung durch die Pflegeperson erreichen soll, aber noch nicht erreicht hat.

Um eine spätere Überprüfung zu ermöglichen, ob der Bewohner die Pflegeziele erreicht hat, werden diese genau festgelegt. Hilfreich sind dabei Formulierungen, die einen Zustand, eine Verfassung oder eine Tätigkeit des Bewohners beschreiben.

Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein. Es muss also dem entsprechen, was dem Bewohner in seiner Situation zu erreichen möglich ist. In unserer Einrichtung setzen wir wenn möglich Nah- und Fernziele zum erstellten Pflegeplan. Bei der Zielformulierung ist immer hilfreich die Frage: Was soll erreicht werden?

### Schritt 4 Planen der Maßnahmen

Das Planen der Pflegemaßnahmen ist die Vorgehensweise zum Erreichen der Pflegeziele. Die Planung der Pflegemaßnahmen ist auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt. Um die gesteckten Ziele erreichen zu können, werden die entsprechenden Maßnahmen festgelegt.

Maßnahmen werden konkret als Antwort auf die „W-Fragen“ formuliert.

- |           |   |
|-----------|---|
| WAS       | Welche Maßnahme wird durchgeführt?                                  |
| WER       | Wer führt die Maßnahme durch, z. B. eine examinierte Pflegekraft?   |
| WANN      | sind die Tageszeiten zu beachten, z. B. morgens, abends?            |
| WIE       | wird die Maßnahme durchgeführt?                                     |
| WOMIT     | sind die Hilfsmittel bei der Durchführung der Maßnahmen im Einsatz? |
| WIE LANGE | wird die Maßnahme durchgeführt, z. B. 10-minütige Aktivierung?      |
| WIE OFT   | Wie häufig ist die Maßnahme durchzuführen?                          |
| WO        | wird die Maßnahme durchgeführt, z. B. am Waschbecken?               |

Die Formulierung ist dabei so knapp wie möglich und so ausführlich wie nötig zu gestalten. Geplante Pflegemaßnahmen beschreiben die Tätigkeiten der Pflegenden am Bewohner zur Linderung oder Behebung seiner Pflegeprobleme. Durch diese Beschreibung wird die Pflege vereinheitlicht und koordiniert.

### Schritt 5 Durchführung der Pflegemaßnahmen

Die Pflegemaßnahmen werden von allen an der Pflege Beteiligten, z. B. Pflegekraft, Ergotherapeut, Physiotherapeut und ähnliche durchgeführt. Voraussetzung für eine fachgerechte Durchführung ist die Qualifikation, Verantwortung und Motivation der MitarbeiterInnen.

Grundsätzlich darf die Durchführung von Maßnahmen nie unreflektiert erfolgen. Ist eine Maßnahme durchgeführt worden, wird dies zeitnah, d. h. möglichst sofort und mit Handzeichen in die Dokumentation eingetragen.

Der Pflegeverlauf wird im Pflegebericht dokumentiert. Alle Pflegeaktivitäten werden so festgehalten, dass der Pflegebericht darüber Auskunft gibt, wie sich die Maßnahmen beim Bewohner ausgewirkt haben.

Die Eintragungen im Pflegebericht sollen sich auf die Ressourcen, Probleme und Zielsetzungen des Bewohners beziehen und Rückmeldung über die Wirkung der ausgeführten Pflegemaßnahmen geben.

Die Eintragungen im Pflegebericht stützen sich auf Beobachtungen und sollen Auskunft über folgende Fragen geben:

Welche Wirkung hat die Pflege auf Bewohner?

Wie sind die Reaktionen des Bewohners auf die Pflegemaßnahmen?

Wie ist das Befinden des Bewohners heute?

Welche Veränderungen um Zustand des Bewohners sind eingetreten?

Inwieweit wurden die gesetzten Ziele erreicht?

#### Schritt 6      Evaluieren / Beurteilen der Pflegeergebnisse

Die Evaluation ist die Beurteilung und Auswertung der Pflegemaßnahmen. Es wird überprüft, ob die angestrebten Pflegeziele auch tatsächlich erreicht wurden. Dieser Schritt der Pflegeprozessplanung ist für die Sicherung der Pflegequalität von zentraler Bedeutung. Zur Auswertung gehören Überprüfung inwieweit die erwarteten Ergebnisse eingetreten sind, die Suche nach Gründen, warum sie evtl. nicht eingetreten sind und die Veränderung des Pflegplanes entsprechen dieser neu gewonnenen Erkenntnisse.

Folgende Fragen sollten bei der Evaluation geprüft werden:

Wie haben die Maßnahmen gewirkt?

War der Zeitrahmen richtig bemessen?

Wurden Ressourcen optimal genutzt?

Wie ist der Bewohner mit dem Pflegeplan zurechtgekommen?

Welche Erfolge oder Probleme sind für das Team aufgetreten?

Was hat die Zielerreichung behindert?

Was hat den Bewohner motiviert / demotiviert?

Die Dokumentation ermöglicht dem Pflegepersonal Schritt für Schritt die durchgeführten Maßnahmen mit deren Vorbereitungen, Auswirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Faktoren nachzuvollziehen.

Die Zufriedenheit des Bewohners ist das wichtigste Kriterium eines gelungenen Pflegeprozess-

ses.

Die Pflegeplanung muss dann verändert werden, wenn eine Verbesserung oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Bewohners neue Pflegeziele erfordern. Ist das Ziel nicht erreicht oder nur zum Teil erreicht, so muss die Ursache ermittelt werden und eventuell die Zielsetzung korrigiert werden.

### **1.3. Das Pflegemodell umfasst 13 AEDL`s**

AEDL = Aktivitäten ( extentiell ) des täglichen Lebens

Anhand der AEDL `S kann die Pflegebedürftigkeit festgestellt und abgeleitet werden.

#### **AEDL 1 Kommunizieren**

In unserer Einrichtung sind wir bestrebt, unseren Bewohnern eine ausreichende Orientierungshilfe zu geben. Dazu befinden sich an allen Türen Namensschilder bzw. Kennzeichnung der Räumlichkeit, es sind in allen Zimmern und Aufenthaltsräumen Uhren und Kalender vorhanden. Es befinden sich in den Wohngruppen Informationstafeln in altersgerechter Schrift und rollstuhlgerechter Lesehöhe. Die Bewohner werden zu gemeinsamen Tagesaktivitäten im Aufenthaltsbereich der Wohngruppen motiviert und angeleitet.

#### **AEDL 2 Mobilität**

Diese umfassen:

- die Mobilität bzw. Immobilität unserer Bewohner,
- das Aufstehen und Zubettgehen,
  
- die Mikro und Makrobewegung Dekubitus gefährdeter Bewohner,
- Kontrakturenprophylaxe in Zusammenarbeit mit externer Physiotherapie,
- Mobilisation und Aktivierung zur Förderung von Balance, Kraft und Gleichgewicht als Sturzprävention, dabei arbeiten unsere Pflegekräfte und Ergotherapeutin eng zusammen
- -Transfers in den Rollstuhl, um Menschen mit eingeschränkter Mobilität die Teilnahme am Gemeinschaftsleben zu ermöglichen.

#### **AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten**

Dazu gehört das Überprüfen und Beobachten der Vitalzeichen, z. B., Blutdruck und Blutzucker, Körpertemperatur .Es wird die Atmung beobachtet und prophylaktische Maßnahmen bei Pneumoniegefahr eingeleitet. Der jeweilige Hausarzt unserer Bewohner wird über den Verlauf aller Werte informiert..

#### **AEDL 4 sich pflegen**

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden
- das Schneiden der Fingernägel,
- Haare waschen und trocknen,
- die Hautpflege,
- die Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe,
- Mundhygiene, Zahn- und Prothesenpflege, Soor- und Parotitisprophylaxe.
- das Kämmen und Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren einschließlich Gesichtspflege

#### **AEDL 5 Essen und Trinken**

Hilfe bei Essen und Trinken bedeutet bei uns:

- die mundgerechte Zubereitung der Nahrung
- die Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme , sowie die Beratung und Anleitung zum Einsatz spezieller Hilfsmittel
- Einhalten von Hygienemaßnahmen,
- Beratung bei Speisen- und Getränkeauswahl, bzw. zu Ernährungsergänzungsangeboten bei Bedarf
- -Kontrolle und Bilanz ausreichender Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr,
- Durchführen der Dehydratationsprophylaxe

#### **AEDL 6 Ausscheiden**

Die Hilfe bei der Ausscheidung erfolgt bei :

- der Darm- und Blasenentleerung mit und ohne Urinale und bei Stomaversorgung,
- Pflege und Versorgung mit optimal angepassten Inkontinenzprodukten,
- Kontinenzförderung, Toilettentraining, Blasentraining und Toilettengängen,
- der Obstipations- und Zystitisprophylaxe

#### **AEDL 7 sich kleiden**

Dazu gehören :

- das An- und Auskleiden,
- die bevorzugte Kleidung unserer Bewohner, sowie bedarfsgerechte Kleidung,
- der Wechsel der Tages- und Nachtbekleidung.

#### **AEDL 8 Ruhen und Schlafen**

Dabei achten wir auf Schlafgewohnheiten, Schlafstörungen (mit und ohne Medikamente), Schlafrituale.

Ganz wichtig ist es uns, für unsere Bewohner einen geregelten Tag-Nachtrhythmus zu finden und den Tagesablauf ausreichend zu strukturieren.

### **AEDL 9 sich beschäftigen**

Dazu gehören in unseren Pflegeplan die Tagesgestaltung, Hobby's und selbständige Aktivitäten. Unsere Ergotherapie bietet täglich verschiedene Programme wie Spiele, Gedächtnistraining, Seniorensport und andere Gruppen- und Einzeltherapien an. Außerdem gibt es Ausflüge, Singenachmittage und gemeinsame Feste und Feiern.

### **AEDL 10 sich als Mann oder Frau fühlen**

Dabei wird berücksichtigt:

- die Wahrnehmung der Intimsphäre,
- Beurteilen der Reaktionen auf Körpernähe und Körperkontakt,
- die Auswahl von Schmuck, Kosmetika und Kleidung entsprechend des Selbstempfindens.

### **AEDL 11 für sichere Umgebung sorgen**

bedeutet :

- die psychische Sicherheit ,
- Orientierungshilfen geben ,
- das Risiko der intrinsischen und extrinsischen Gefahren einschätzen und dazu prophylaktische Maßnahmen festlegen sowie
- das Einhalten der Hygienebestimmungen zur Infektionsprophylaxe.

### **AEDL 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern**

Hier sind wir unseren Bewohnern behilflich, soziale Kontakte zu knüpfen, die Beziehungen zu Angehörigen zu pflegen, den Freundeskreis zu fördern und den Kontakt zu Verbänden und Vereinen herzustellen.

### **AEDL 13 Mit den existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen**

Dazu gehören:

- Die Existenz gefährdende Erfahrungen, Verlust von Unabhängigkeit, Isolation, Heimatverlust, Trennung von wichtigen Menschen, Sorge, Angst, Sterben.
- Die Existenz fördernde Erfahrungen, Vertrauen erleben, Hoffnung entwickeln, Zuversicht und Freude.
- Erfahrungen, welche die Existenz gefährden oder fordern, Lebensgeschichte , Kultur, gebundene Erfahrungen, Religion

## 2. Pflegedokumentation

Die Pflegeplanung und Pflegedokumentation hat einen hohen Stellenwert, da sie den eigentlichen Pflegeprozess unterstützt, fördert und vorantreibt.

In der von uns verwendeten Pflegedokumentation der Firma DAN-Produkte ist das Modell der fördernden Prozesspflege in den einzelnen Formblättern wieder zu erkennen. Zusätzlich verwenden wir zur Herausarbeitung der biographischen Entwicklung im Qualitätszirkel selbst erarbeitete Formulare. Damit ist es uns möglich, den Bewohner vom Einzug an zu begleiten, zu unterstützen und zu fördern.

Eine gut geführte Pflegedokumentation soll die Wirksamkeit geleisteter Pflege erhöhen und die Kontinuität gewährleisten. Unsere Dokumentation:

- unterstützt die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapie und Pflegeteam,
- ist handlungsanleitend für alle Mitarbeiter,
- ist überprüfbar (Pflegevisite, Medizinischer Dienst, Heimaufsicht) ,
- ist wichtig bei haftungsrechtlichen Fragen, sichert den Pflegenden juristisch ab ,
- gilt als Leistungsnachweis,
- ermöglicht die Entwicklung neuer Erkenntnisse und Überprüfung gegenwärtiger Pflege
- und erleichtert den Informationsaustausch im Team, so dass die Pflege den Bedürfnissen des Bewohners und seiner Bezugspersonen angepasst wird

Wichtige Kriterien für den Pflegebericht sind:

- - Die Lesbarkeit: Es können Druckbuchstaben benutzt werden, wenn die eigene Schrift sehr undeutlich ist.
- Die Übersichtlichkeit.
- Die Vollständigkeit.
- Die Dokumentenechtheit : Jeder Dienst schreibt mit einer anderen dokumentenechten Farbe in die Pflegedokumentation ein:
  - Frühdienst blau,
  - Spätdienst grün,
  - Nachtdienst rot.

Ziel der Dokumentation ist es, alle am Pflegeprozess festgelegten pflegerischen Aktivitäten schriftlich festzuhalten um ein Wegweiser für alle Beteiligten zu sein, die Pflege zu kontrollieren, die Pflegequalität zu fördern und erbrachte Leistungen transparent machen zu können, auch im juristischen Sinne.

## 3. Pflegerische Arbeitorganisation – Umsetzung des Pflegprozesses

Umgesetzt werden diese Zielsetzungen im eigentlichen Pflegeprozess. Hier werden Informationen gesammelt, d. h. sowohl eine Pflegeanamnese erstellt als auch biographische Erkenntnisse und Lebensumstände, aber auch ärztliche Befunde. Danach wird der Pflegeplan erstellt, der Pflegeprobleme und Ressourcen aufzeigt. Anschließend wird ein Maßnahmenplan für die Pflege erstellt. Es werden realistische Ziele für die Pflege gesetzt und die Durchführung der Maßnahmen dokumentiert.

Es werden die Maßnahmen und Erreichbarkeit der Ziele überprüft und wenn notwendig neu geplant. Nach einer regelmäßigen Überprüfung geleisteter Pflege kann eine erneute, allen veränderten Bedingungen angepasste Erhebung und Planung erfolgen. So ist gewährleistet, dass der Pflegebedürftige seinen Fähigkeiten und seinem Zustand gemäß die Pflege und die ganzheitliche Betreuung erhält, die er in seiner gegenwärtigen Lage benötigt.

Außerdem arbeiten unsere Pflegeteams nach dem Prinzip der Bezugspflege. Für jeden Pflegebedürftigen gibt es zwei Bezugspflegekräfte, um Abwesenheit einer Bezugsperson zu kompensieren. Die pflegerische Bezugsperson ist für den Pflegebedürftigen von der Aufnahme bis zum Ende der Pflege vollständig verantwortlich. Die Kontinuität des Pflegeprozesses und die Entwicklung einer Vertrauensbasis werden so bestmöglich gewährleistet.

#### **4. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie**

Für die Umsetzung der ganzheitlich rehabilitierenden Pflege ist auch die Mitwirkung an Diagnostik und Therapie wichtig. Hier ist wiederum gewissenhafte Beobachtung, Dokumentation und regelmäßige Kommunikation mit den Hausärzten notwendig. In der Praxis arbeiten wir mit internen und externen Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ernährungs- und Wundberatern zusammen.

Großen Wert legen wir auf die Arbeit unseres Ergotherapieteams, das sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien anbietet. Handlungsrichtlinie ist das Konzept der Ergotherapeutin.

#### **5. Kooperation und Koordination**

In unserer Einrichtung gibt es übergreifend zu den pflegerischen Aufgaben weitere Arbeitsbereiche, wie Verwaltung, Sozialdienst, Hausdienst und Küche mit Cafeteria.

Die Arbeitsprozesse aller Fachbereiche müssen aufeinander abgestimmt sein und ein reibungslos funktionierender Informationsfluss ist hier unerlässlich.

An Friseur und Fußpflege / Podologie haben wir im Haus einen Salon vermietet, die Reinigung und der Wäscheservice sind an Fremdfirmen vergeben. Einmal im Monat wird im Haus ein Gottesdienst abgehalten, Seelsorger kommen auf Wunsch ins Haus. Für die Versorgung mit Medi-

kamenten und den anderen externen Anbietern gibt es Kooperations- und Versorgungsverträge. Der Sozialdienst ist für die Aqoise von Bewohnern zuständig und erstellt und beschafft alle in diesem Zusammenhang erforderlichen Unterlagen.

Aqoise und Heimaufnahme sind aber nur ein Aspekt der Arbeit des sozialen Dienstes. Eckpunkte für die Arbeit sind in einer Konzeption festgeschrieben.

In der Versorgung unserer Bewohner wollen wir uns bewusst nicht nur auf die körperlichen Aspekte der Pflege beschränken, Anregungen zur Beschäftigung bieten, kulturelle jahreszeitlich angepasste Veranstaltungen durchführen und gemeinsam mit anderen Interessengruppen unserer Einrichtung feiern.

Unser Haus stehe allen offen, ob jung oder alt. So gibt es eine sehr gute Zusammenarbeit mit der ortsansässigen Musikschule und der Seniorengemeinschaft. Kinder und Jugendliche der Musikschule musizieren gemeinsam mit unseren Heimbewohnern. So praktizieren wir bereits eine Art Mehrgenerationenhaus.

## **6. Durchführung der Qualitätssicherung**

Bei der Qualitätssicherung führt unsere Einrichtung interne und externe Maßnahmen durch. Wir haben eine Mitarbeiterin zur Qualitätsbeauftragten qualifiziert und arbeiten im Qualitätszirkel eng mit dem Qualitätsbeauftragten des Seniorenheimes in Rudolstadt zusammen.

Ein ausführliches Qualitätshandbuch ausgerichtet auf unsere Einrichtung wird in unseren Qualitätszirkeln ständig be- und überarbeitet, sowie weiterentwickelt. Mitwirkende im Qualitätszirkel sind Mitarbeiter aus der Pflege, Küche, Therapie und ggf. der Haustechnik.

### **Interne Qualitätssicherung**

- Wöchentlicher Pflegeplanungstag und Fallgespräche
- Dienstübergaben zwischen den Diensten Früh, Spät und Nacht
- 14-tägige Zusammenkunft der Pflegedienstleitung mit den Wohnbereichsleitern
- Wochengespräch zwischen Küche, Hausdienst und Ergotherapie jeden Montag
- Pflegevisiten
- monatlicher interner Qualitätszirkel
- Bereitstellen entsprechender Fachliteratur / Bibliothek
- Hausinterne Weiterbildung
- monatliche Teamgespräche
- Arbeit nach Stellenbeschreibung
- Führen eines Einarbeitungskonzeptes
- Angehörigenabende einmal jährlich

- Zusammenkunft des Heimbeirates vierteljährlich
- Küchenkommission einmal monatlich

### **Externe Qualitätssicherung**

- Kooperationsvertrag mit dem AWO Landesverband Thüringen im Bezug auf Qualitätsmanagement
- Kooperationsverträge mit verschiedenen Dienstleistungsbetrieben, wie Wäscherei, Unterhaltsreinigung,
- Apotheken, Wund- und Ernährungsmanagement,
- Externe Fortbildung