

K1.2.1 Pflegekonzept



Fotografie Mager

VORWORT

Das ehemalige Benediktinerkloster blickt auf eine rund 900-jährige wechselvolle Geschichte zurück. Nach einer raschen Blütezeit musste das Kloster während des 30-jährigen Krieges schwere Verluste hinnehmen. Um 1700 begann der zweite Aufschwung im Barock, dem auch der große Brand von 1708, der bis auf die Kirche das gesamte Stift vernichtete, nichts anhaben konnte. Sechs Jahre nur dauerte der Wiederaufbau. Mitte des 15. Jahrhunderts wurde es zum kulturellen Mittelpunkt des oberen Rottals.

Ab dem Jahr 1934 pflegten die Barmherzigen Schwestern von Vincent von Paul betagte Menschen in den historischen Gebäuden des Stiftes. Der Orden „Töchter der Liebe“ wurde als weibliche Kongregation für Armen -und Krankenpflege in Paris gegründet und widmet sich auch heute noch dieser schweren Aufgabe – „ohne Unterschied des Standes und der Konfession und ohne Rücksicht auf Ansteckung und Lebensgefahr“ (Wolfgang Pledl, Stift St. Veit einst und jetzt, München/ Zürich 1984, S.34). Ab 1982 wurde das Altenheim unter der Trägerschaft des St. Vincenzius-Vereines durch die Barmherzigen Schwestern weiter geführt.

Ein moderner Neubau wurde 1996 der Mittelpunkt des Stiftes St. Veit. Die letzten vier Schwestern verließen St. Veit zum Jahresende 2004. Seither ist der Komplex in Trägerschaft der Altenheim Stift St. Veit gGmbH, deren alleiniger Gesellschafter die Stiftung Ecksberg mit Sitz in Mühldorf ist. Die Altenheim Stift St. Veit gGmbH ist Mitglied in der Di-AG des Caritasverbandes der Diözese München-Freising.

Das Haus liegt auf einer Anhöhe in ruhiger Lage, nicht weit vom Zentrum der Stadt Neumarkt - St. Veit entfernt. Umgeben von viel Grün kann man die Ruhe genießen. Die schattigen Obstbäume laden zum Verweilen ein.

1. IDENTITÄT

1.1 Pflegeleitbild

Unsere Einrichtung mit seinen Mitarbeitern möchte alten und pflegebedürftigen Menschen Unterstützung, Geborgenheit und ein „Zuhause“ anbieten.

Unser Leitbild ist geprägt vom christlichen Menschenbild. Wir betrachten die Würde eines jeden Menschen als unantastbar und sehen ihn als Ganzheit in seinen leiblichen, geistigen, seelischen, sozialen und religiösen Bedürfnissen.

Die Wahrung der individuellen Persönlichkeit und Freiheit, die Unantastbarkeit der Würde eines jeden Einzelnen, die Gewährung von Fürsorge und Zuneigung sowie die Gewissheit, gut versorgt zu sein, sind selbstverständliche, wie auch berechnete Erwartungen des pflegebedürftigen Menschen an unser Haus. Die Pflege der bei uns wohnenden Menschen richtet sich nach ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen unter Berücksichtigung und Einbeziehung von Lebenserfahrungen und sozialem Umfeld.

Beim Nachlassen der Kräfte stehen wir dem Bewohner helfend zur Seite, gewähren ihm aber immer ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit. Wir sind bemüht und besorgt, die Leiden und Beschwerden des Alters weitgehend zu lindern. Wir verstehen uns als Begleiter, Berater und Partner unserer betreuten Menschen und Ihrer Angehörigen. Wir fördern die enge Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen in unser Haus und gewähren Ihnen ein größtmögliches Mitspracherecht.

In unserem Verantwortungsbereich liegt die Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung und die Überprüfung der Qualität der Pflege. Um ihr gerecht zu werden, bedarf es der Ausübung einer fachlich fundierten Pflege, die sich in ständiger Entwicklung befindet und dem allgemein anerkannten Stand pflegerischer und medizinischer Erkenntnisse entspricht.

1.2 Tradition

- Hintergrund und Vorbild für unsere Arbeit ist das christliche Menschenbild. Seelsorge bedeutet für uns nicht nur die Sorge um die Seele des Menschen, sondern die Sorge um den Menschen als Seele. Um dies zu gewährleisten, findet in unserer Hauskapelle einmal in der Woche ein Gottesdienst statt. An Sonn- und Feiertagen findet der Gottesdienst in der Pfarrkirche am Gelände statt und kann von den Bewohnern per Fernsehübertragung begleitet werden. Die Bewohner haben dabei die Gelegenheit zum Kommunionsempfang individuell im Zimmer oder im Speisesaal. Unser Ruhestandsseelsorger und die Pastoralreferentin der Pfarrei leisten jederzeit unseren Bewohnern Beistand und spendet die Krankensalbung.
- Wir unterstützen Menschen,–in ihrem letzten Lebensabschnitt auch durch palliative Betreuung. „ Palliativbetreuung dient der Verbesserung der Lebensqualität von Bewohnern und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hoch- qualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“ (WHO- Definition (2002))
Wir haben in der Einrichtung speziell ausgebildete Palliativ Care-Fachkräfte und arbeiten mit dem Anna Hospiz Mühldorf zusammen.

1.3 Pflege und Betreuung vor dem Hintergrund der Pflegecharta

Die Pflege und Betreuung unserer Bewohnerinnen und Bewohner verstehen wir als ganzheitliche Aufgabe, die sich an den individuellen Bedürfnissen eines jeden Einzelnen, aufbauend auf seiner Biographie und seine Lebensgewohnheiten, orientiert. Hintergrund unseres Verständnisses von Pflege und Betreuung sind dabei analog der Pflegecharta folgende Punkte – in Bezug gesetzt zu der persönlichen Lebenslage eines jeden Menschen:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

2. LEISTUNGSBESCHREIBUNG

Das Altenheim Stift St. Veit ist eine Einrichtung der stationären Altenpflege. Wir bieten Leistungen der Grund- und Behandlungspflege und sozialen Betreuung an. Als besondere Leistung wird die Kurzzeit- und Verhinderungspflege angeboten. Die Leistungen werden im Heimvertrag detailliert beschrieben. Das Leistungsangebot umfasst die gemäß § 75 Abs. 2 SGB XI enthaltene Pflegeleistungen.

In unserer Einrichtung gelten folgende Ausschlusskriterien:

- Wachkoma
- Starke Hin-/Weglaftendenz
- Ansteckende Krankheiten (z.B. Aids, Hepatitis C)
- Heimdialyse
- Selbst- und Fremdgefährdung
- Primäre Suchterkrankung

2.1 Dienstleistungen der Grundpflege

- Körperpflege
- Prophylaxen
- Mobilisation
- Bewegung nach Bobath- Konzept
- Anwendung des Kinästhetik Prinzips
- Basale Stimulation
- Individuelle Maßnahmenplanung
- Information und Beratung von Angehörigen

2.2 Dienstleistungen der Behandlungspflege

- Medikamentengabe und -überwachung nach ärztlicher Anweisung
- Dekubitus-/Wundversorgung
- Anlegen von Verbänden / Verbandwechsel
- Salben / Wickel
- Injektionen / Infusionen

- Sauerstoffgabe
- Diabetikerversorgung
- Stomaversorgung
- PEG-Versorgung
- Katheterpflege / Wechseln nach ärztliche Anordnung
- Kompressionstherapie
- Vitalwertkontrolle

2.3 Ernährung

- Vollkost, Schonkost und Diätkost
- Bedarfsgerechte Speisezubereitung
- Wunschkost
- Getränke zur freien Verfügung
- Überwachung der Ernährungs-/Flüssigkeitszufuhr bei Bedarf
- Zusatzernährung bei Bedarf

2.4 Beschäftigungs-/Betreuungsangebote

Aktivierende Angebote – in der Gruppe oder als Einzelbetreuung:

- Singen und Musizieren
- Spiel und Bewegung
- Backen und Genießen
- Kreatives Gestalten
- Gedächtnistraining
- Beauty und Verwöhnen

sowie weitere Angebote auf die aktuelle Bewohnerschaft angepasst

2.5 Veranstaltungen

- Ausflüge
- religiöse Veranstaltungen (z.B. Patronatsfest , Maiandacht, Fatima-Rosenkranz, ...)
- Konzertaufführung des Männerchores des Alpenvereines, der Rhythmusgruppe Echo, der St. Veiter Singgruppe, u.a.

- Festlichkeiten entsprechend der Jahreszeiten (z.B. Nikolausbesuch, Fasching, ...)
 - Volksfestbesuch
 - Besuche der Kindergärten und Pfarrgruppen
 - Besuche von Kindergruppen, z.B. Trachtenverein, Schlossreigenkinder, ..
 - Geburtstagsrunden
 - Theater-/Konzertbesuche, z.B. Eggkofener Theater
- vgl. jeweils aktuelles Jahresprogramm

2.6 Persönliche Lebensführung

- Freie Arzt-/Apothekenwahl
- Freie Besuchszeiten / offenen Ausgangszeiten
- Persönliche Zimmergestaltung
- Friseur und Fußpflege (Terminvereinbarung nach Wunsch)
- Unterstützung bei individuell geplanten Freizeitaktivitäten und Feiern
- Einzelgespräche mit Bewohner zur Bewältigung von Problemen und Sorgen
- Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Besuche durch Ehrenamtliche

2.7 Externe Zusammenarbeit

Im Rahmen einer ganzheitlicher Pflege und Betreuung pflegen wir folgende externe Kontakte

- Haus- / Fachärzte
- Apotheken
- Medizinisch- therapeutische Dienste (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopäden)
- Friseur / Fußpflege
- Sanitätshäuser
- Krankenhäuser / Sozialdienst
- REHA- Kliniken
- Fachschule für Altenpflege, z.B. BSZ Mühlendorf
- Angehörige / Bevollmächtigte / Betreuern
- Ehrenamtlichen Helfer / Besuchsdienst
- Vereine vor Ort

- Pfarrei St. Veit / Seniorensorge
- Anna Hospizverein Mühldorf
- Bestattungsinstituten
- MdK / FQA
- Cup Bischoff (Hygiene)

2.8 Fort- und Weiterbildung

Um die Qualität zu sichern, die praktische Handlungskompetenz sowie die Verantwortlichkeit, Eigenständigkeit und Zufriedenheit der Pflegenden zu fördern, ist es unumgänglich, sich ständig neue Erkenntnisse aus den jeweiligen Bereichen anzueignen.

Hierzu bieten wir:

- Hausinterne Fortbildungen
- Externe Fort- und Weiterbildungsangebote
- Fachliteratur
- Berufsspezifische Ausbildungsmöglichkeiten

3. PFLEGEMODELL IN DER EINRICHTUNG

3.1 Entstehung und Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Im Vorfeld des Pflegestärkungsgesetzes II (und zukunftsorientiert PSG III) wurde auch der bestehende Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und strukturiert.

Vgl.

→ BERICHT DES BEIRATS ZUR ÜBERPRÜFUNG DES PFLEGEBEDÜRFTIGKEITS-BEGRIFFS vom 26. Januar 2009

Dieser wendet sich ab vom bisherigen Begriff der Pflegebedürftigkeit, der sich vor allem an körperlichen / somatischen Defiziten orientierte. Vielmehr berücksichtigt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff alle Bereiche des Menschen und seiner Lebenslage:

- Körperliche Fähigkeiten und Unselbständigkeiten
- Psychische Problemlagen
- Kognitive Ressourcen und Defizite
- Soziale Komponenten und Einschränkungen

Dabei handelt es sich nicht mehr an verrichtungsbezogener Bemessung von Pflegebedarf entlang, d.h. Aneinanderreihung von einzelnen Maßnahmen im Alltag, sondern definiert Pflegebedürftigkeit über das Konzept der Selbständigkeit und Fähigkeit bzw. über eine Beeinträchtigung ebendieser Fähigkeit und Selbständigkeit. So wird berücksichtigt, ob ein Pflegebedürftiger – auch mithilfe von Hilfsmitteln oder personeller Unterstützung – selbständig sein Leben führen kann und in welchem Maße Fähigkeiten z.B. kognitiver Art, vorhanden sind. Aus diesem Maß an Selbständigkeit und Fähigkeit – bzw. eben Einschränkung dessen – wird der Grad der Pflegebedürftigkeit abgeleitet.

Und schließlich wird mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Abkehr vom Faktor Zeit eingeleitet, d.h. es ist nicht mehr maßgeblich, welche Hilfestellung wie viele Minuten in Anspruch nimmt, sondern ob ein Bedarf an Hilfe zur Selbsthilfe vorhanden ist. Dies spielt v.a. bei der Begleitung von kognitiven, psychischen und sozialen Unselbständigkeiten zu einer höherwertigen Berücksichtigung von Pflege im Sinne von Motivation, Betreuung und Zuwendung sowie Begleitung und Aufsichtsbedarf. Damit wird v.a. der Bedeutung von dementiellen Erkrankungen und psychischen und kognitiven Einschränkungen Rechnung

getragen. Ebenso wird damit in der Vordergrund gestellt, dass der Mensch nicht nur isoliert für sich betrachtet werden kann, sondern seine sozialen Interaktionen relevant sind für sein Erleben von Lebensqualität.

Konzeptionell dargestellt ist dieses Verständnis von Pflegebedürftigkeit in einer Aufteilung nach Modulen (vgl. 3.2). Diese Aufteilung in 6 (stationär) bzw. 8 (ambulant) Module erfolgte in ihrem Grundverständnis in der Erarbeitung rund um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe und fand auch Einfluss in verschiedene Pflegedokumentationssysteme, wie z.B. SIS (strukturierte Informationssammlung) oder Modellprojekte zur Qualitätserhebung (Projekt EquisA). Die 6 bzw. 8 Module decken alle Lebenslage des pflegebedürftigen Menschen ab und beschreiben ein ganzheitliches Bild aller relevanten Ressourcen und Defizite vor dem Hintergrund des Bedarfs an Unterstützung.

Vor dem oben dargestellten Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes stellen wir unsere Pflege, d.h. unser Verständnis von professioneller und ganzheitlicher Pflege in einem an den genannten 6 Modulen orientiertem Pflegemodell dar. Dabei hat uns die Erfahrung gezeigt, dass der Übergang von 13 AEDLs nach Krohwinkel in die Aufteilung in 6 Module (im Sinne der ganzheitlichen Darstellung des pflegebedürftigen Menschen) sehr leicht zu gewährleisten war, da die 6 Module unserer Meinung nach eine kompakte Zusammenfassung der 13 AEDLs darstellen, erweitert um die Aspekte der psychischen Problemlage und unter stärkerer Betonung der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten und sozialen Kontakte. D.h. wir sehen den Einsatz des neuen Pflegemodells als positive und qualitätssichernde Weiterentwicklung des bisher angewandten Modells und bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Ein neues Verständnis stellt die Orientierung an Fähigkeiten und Selbständigkeit dar.

3.2 Pflegemodell

3.2.1 Modul 1: Mobilität

Das Modul 1 „Mobilität“ umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung sowie zur Lageveränderung des Körpers. Zum einen handelt es sich um eine Aktivität im Sinne der „Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“, zum anderen um eine Funktion und eine personale Res-

source von allgemeiner (und zentraler) Bedeutung: Beeinträchtigungen der Fähigkeit, sich fortzubewegen, wirken sich in nahezu allen Lebensbereichen aus und sind in vielen Fällen ausschlaggebend für den Verlust von Selbstständigkeit bei der Durchführung anderer Aktivitäten.

Zur Mobilität im innerhäuslichen Bereich gehören die Items:

1. Positionswechsel im Bett
2. Stabile Sitzposition halten
3. Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen
4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
5. Treppensteigen

3.2.2 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Das Modul „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ umfasst einen zweiten, für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit ebenfalls zentralen Bereich individueller Fähigkeiten. Es handelt sich nicht um eine „Aktivität“ oder einen „Lebensbereich“, sondern um basale geistige Funktionen, deren Beeinträchtigung in aller Regel weitreichende Selbstständigkeitseinbußen zur Folge hat. Betroffen sind dann nicht nur einzelne Aktivitäten. Kognitiv Einbußen können einen umfangreichen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen, der die Begleitung in der gesamten Lebensführung umfasst.

Dieses Modul umfasst folgende Items:

1. Personen aus dem näheren Umfeld erkennen:
Mit „Personen aus dem näheren Umfeld“ sind Menschen gemeint, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu gehören Familienmitglieder, Nachbarn, ggf. aber auch die Pflegekräfte eines ambulanten Dienstes oder einer stationären Pflegeeinrichtung.
2. Örtliche Orientierung:
die Fähigkeit, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt aufzusuchen und zu wissen, wo man sich befindet.
3. Zeitliche Orientierung:
die Fähigkeit, zeitliche Strukturen zu erkennen. Dazu gehören Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten und die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
4. Gedächtnis:

die Fähigkeit, Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern. Von Belang sind dabei sowohl kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen (gleicher Tag) als auch solche aus ferner Vergangenheit (bei älteren Menschen).

5. Mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen:

die Fähigkeit, mehrschrittige Alltagshandlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen. Gemeint sind Handlungen, die täglich oder nahezu täglich im Lebensalltag vorkommen und die eine Abfolge von Teilhandlungen umfassen.

6. Entscheidungen im Alltagsleben treffen:

Auch in diesem Zusammenhang sollen nur alltägliche Entscheidungen einbezogen werden. Dazu gehören beispielsweise die dem Wetter angepasste Auswahl von Kleidung, die Entscheidung über die Durchführung von Aktivitäten wie Einkaufen, Familienangehörige oder Freunde anrufen, einer Freizeitbeschäftigung nachgehen und Ähnliches.

7. Sachverhalte und Informationen verstehen:

Damit ist die Fähigkeit angesprochen, Situationen, Ereignisse oder schriftliche/mündliche Informationen aufzunehmen und richtig zu deuten.

8. Risiken und Gefahren erkennen:

Hiermit sind Risiken und Gefahren in der häuslichen wie auch in der außerhäuslichen Umgebung angesprochen. Dazu gehören beispielsweise Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse auf dem Fußboden bzw. auf Fußwegen, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (z. B. erhöhtes Sturzrisiko durch Glätte) oder Gefahrenzonen in der außerhäuslichen Umgebung (verkehrsreiche Straßen, Baustellen etc.).

9. Mitteilung elementarer Bedürfnisse:

Hierzu gehört die Fähigkeit, Hunger, Durst, Aufforderungen verstehen: Hierzu gehört die Fähigkeit, Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen wie z. B. Essen, Trinken, Kleiden, Beschäftigen erkennbar zu verstehen. Neben kognitiven Beeinträchtigungen sind hier auch Hörstörungen zu berücksichtigen.

10. Beteiligung an einem Gespräch:

Hierzu gehört die Fähigkeit in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufzunehmen und sinngerecht zu antworten und zur Weiterführung

11. des Gesprächs Inhalte einzubringen.

Auch hierbei sind die Auswirkungen von Hör- und Sprachstörungen zu berücksichtigen. Schmerz, Frieren, Erschöpfung etc. äußern zu können, bei Sprachstörungen

ggf. durch Laute, Mimik und/oder Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln auf Bedürfnisse aufmerksam zu machen, Zustimmung oder Ablehnung auszudrücken.

3.2.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlage

Ein Bedarf an Personenhilfe entsteht im Zusammenhang mit Verhaltensweisen aus verschiedenen Gründen. Dazu gehören v. a.:

- das Risiko von Selbstverletzung und anderer verhaltensbedingter Schädigung der Gesundheit (z. B. Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Ablehnung von notwendiger Unterstützung, Essen ungenießbarer Substanzen);
- das vermehrte Auftreten von Situationen, die Selbstgefährdungspotenzial bergen (z. B. Verlassen der Wohnung/Einrichtung bei desorientierten Personen);
- die Entstehung von Situationen, die zwar keine unmittelbare Gefährdung darstellen, aber zu anderen Problemen führen oder eine erhebliche Belastung für den Betroffenen darstellen (z. B. Sich Verlaufen, Horten und Verstecken von Gegenständen, Beschädigung der materiellen Umgebung, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus);
- Gefährdungen oder Beeinträchtigungen anderer Personen (z. B. durch aggressives Verhalten oder vokale Auffälligkeiten).

Verschiedene Verhaltensweisen sind als unmittelbarer Ausdruck von psychischen Problemlagen zu verstehen, die nicht mehr autonom bewältigt werden können, v. a.:

- Ängstlichkeit, akute Angstzustände/Panikattacken,
- visuelle/akustische Halluzinationen,
- Verwirrheitszustände und Wahnvorstellungen (etwa die Vorstellung, verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden) sowie
- Antriebslosigkeit und depressive Stimmungslage.

Das Modul unterscheidet 13 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

1. Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten:

Dazu gehören v. a. das (scheinbar) ziellose Umhergehen in der Wohnung oder Einrichtung sowie der Versuch desorientierter Personen, ohne Begleitung die Wohnung/Einrichtung zu verlassen, ebenso allgemeine Rastlosigkeit in Form von ständigem Aufstehen und Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen auf dem Sitzplatz oder im Bett;

2. Nächtliche Unruhe:

nächtliches Umherirren oder nächtliche Unruhephasen bis hin zur Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus (Wach-Sein in der Nacht, Schlafen während des Tages);

3. Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten:

Selbstverletzung durch Gegenstände, sich absichtlich auf den Boden fallen lassen, essen oder trinken ungenießbarer Substanzen, sich selbst schlagen und sich selbst mit den Fingernägeln oder Zähnen verletzen;

4. Beschädigung von Gegenständen:

aggressive, auf Gegenstände gerichtete Handlungen: Gegenstände wegstoßen oder wegschieben, gegen Gegenstände schlagen, das Zerstören von Dingen (z. B. Zerreißen) sowie das Treten nach Gegenständen;

5. Physisch aggressives Verhalten

gegenüber anderen Personen: nach Personen schlagen oder treten, andere mit Zähnen oder Fingernägeln verletzen, andere stoßen oder wegdrängen, Verletzung anderer durch Gegenstände;

6. Verbale Aggression:

verbale Beschimpfung oder Bedrohung anderer Personen;

7. Andere vokale Auffälligkeiten:

lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund, vor sich hinschimpfen/fluchen, seltsame Laute von sich geben, ständiges Wiederholen von Sätzen/Fragen;

8. Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen:

Ablehnung von Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege), Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme oder anderer notwendiger Verrichtungen, Manipulation an Vorrichtungen wie z. B. Katheter, Infusion, Sondenernährung etc.;

9. Wahnvorstellungen:

Sinnestäuschungen: visuelle, akustische oder andere Halluzinationen; Vorstellung, mit Verstorbenen oder imaginären Personen (z. B. Gestalten aus biblischen Geschichten) in Kontakt zu stehen; Vorstellung, verfolgt/bedroht/bestohlen zu werden usw.;

10. Ängste:

Äußerung von starken Ängsten oder Sorgen, Erleben von Angstattacken, erhöhte Ängstlichkeit bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen oder im Kontakt mit anderen Personen;

11. Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage:

Person scheint kaum Interesse an der Umgebung aufzubringen, bringt kaum Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und benötigt Aufforderungen, um etwas zu tun, wirkt traurig und/oder apathisch, möchte am liebsten das Bett nicht verlassen;

12. Sozial inadäquate Verhaltensweisen:

distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, sich zu unpassenden Gelegenheiten auskleiden, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche

13. Sonstige inadäquate Handlungen:

Nesteln an der Kleidung, ständiges Wiederholen der gleichen Handlung (Manierismen), planlose Aktivitäten, Verstecken oder Horten von Gegenständen, Kotschmierem.

3.2.4 Modul 4: Selbstversorgung

Zur Selbstversorgung gehören die Bereiche Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung sowie Ausscheiden.

1. Vorderen Oberkörper waschen
2. Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung
3. Intimbereich waschen
4. Duschen oder Baden (einschließlich Haare waschen)
5. Oberkörper an- und auskleiden
6. Unterkörper an- und auskleiden
7. Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen
8. Essen
9. Trinken
10. Der Bereich Ausscheiden wird erfasst anhand der Items:
11. Toilette/Toilettenstuhl benutzen
12. Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma
13. Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma

Hier ist darauf hinzuweisen, dass einzelne Aspekte wie Inkontinenz oder Ernährung natürlich weitergehend erfasst und beurteilt werden müssen – im Sinne der Risikoerfassung für die konkrete Pflegeplanung.

3.2.5 Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die Einschätzung der Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen erfolgt mit Modul 5. Hier handelt es sich überwiegend um behandlungspflegerische Maßnahmen, die durch die Pflegekräfte ausgeführt werden:

1. Medikation
2. Injektionen
3. Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
4. Absaugen oder Sauerstoffgabe
5. Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen
6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR etc.)
7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe)
8. Der zweite Bereich umfasst:
9. Verbandwechsel/Wundversorgung
10. Wundversorgung bei Stoma
11. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden

3.2.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Zur Gestaltung des Alltagslebens gehören die psychisch-kognitiven Fähigkeiten, nach individuellen Gewohnheiten den Tagesablauf bewusst zu gestalten, nach individuellen Gewohnheiten einen Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten, die tägliche Routine und andere Aktivitäten zur Beschäftigung zu planen, aber auch über den Tag hinaus in die Zukunft zu planen. Ergänzend dazu wird in diesem Modul die Gestaltung sozialer Kontakte berücksichtigt. Sie umfasst den direkten Kontakt im Gespräch mit Angehörigen, Pflegepersonen oder Besuchern und die Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfelds. Dies beinhaltet die Organisation von Besuchen oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakte mit Freunden und Bekannten.

In diesem Modul wird dementsprechend für folgende Aktivitäten der Grad der Selbstständigkeit erfasst:

1. Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
2. Ruhen und Schlafen
3. Sich beschäftigen
4. In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

5. Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
6. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

In der Anwendung des neuen Pflegemodells und Begriffs von Pflegebedürftigkeit und weiterhin von großem Belang, ein genau definiertes Verständnis der Bewertungskriterien von Selbständigkeit und Fähigkeit zu erhalten:

3.2.7 Zur Beurteilung von Selbständigkeit

Im Rahmen des neuen Einschätzungsverfahrens ist Selbständigkeit definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen, durchzuführen. Demnach ist es ohne Bedeutung, ob Hilfsmittel verwendet werden müssen. Als selbstständig gilt eine Person also auch dann, wenn sie die jeweilige Handlung bzw. Aktivität unter Nutzung von Hilfsmitteln ohne Hilfe durch andere Personen durchführen kann. Dementsprechend liegt eine Beeinträchtigung von Selbständigkeit vor, wenn personelle Hilfe erforderlich ist. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

0 = selbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbstständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität. Überwiegend selbstständig ist eine Person also dann, wenn lediglich folgende Hilfestellungen erforderlich sind.

2 = überwiegend unselbstständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, sodass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

3 = unselbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

3.2.8 Zur Beurteilung von Fähigkeit

Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbstständigkeit (vierstufige Skala). Der Unterschied liegt darin, dass hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbstständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder bei einem Kind eine Fähigkeit (noch) nicht ausgebildet ist. Die Bewertungsskala umfasst folgende Ausprägungen:

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt:

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden:

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden:

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

4. PFLEGEORGANISATION UND PFLEGESYSTEM IN DER EINRICHTUNG

5.1. Pflegeorganisation

Die Pflegeorganisationsform beschreibt, nach welchem Pflegesystem die pflegerischen Tätigkeiten organisiert sind. Hier wird ein kombiniertes System zwischen bewohnerorientierter Bereichs- und Bezugspflege angewendet.

Im Rahmen der Bereichspflege werden einzelne Pflegetätigkeiten zu Arbeitsaufgaben zusammengefasst, geplant und mit Hilfe des Pflegeprozesses durchgeführt. Wesentliche Merkmale sind Selbstverantwortlichkeit, Eigenkontrolle und keine Trennung von Planung und Durchführung.

Darüber hinaus ist jedem Bewohner eine Bezugspflegekraft zugewiesen. In deren Verantwortung liegen folgende Aspekte.

- Anamnese individueller Ressourcen (= K.1.8.3)
- Einschätzung von Selbständigkeit und Fähigkeiten (= K.1.8.7.)
inkl. Anamnese aller Risikofaktoren (Assessments)
- Planung aller relevanten Maßnahmen zur Pflege und Betreuung (K.1.8.8.)
inkl. regelmäßiger Evaluation der geplanten Maßnahmen
- Fallbesprechungen zu gesonderten Themen
- Beratungsgespräche mit Bewohner und Angehörigen
- Planung von ärztlichen Terminen
- Umsetzung von Rückmeldungen aus der Pflegevisite

Wir haben ein Dreischichtsystem (Früh-, Spät- und Nachtdienst). Bei jedem Schichtwechsel findet anhand der Dokumentation eine Übergabe statt. Um eine bedarfsgerechte Pflege und Betreuung der Bewohner und einen möglichst reibungslosen Ablauf zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen gewährleisten zu können, findet jeden Monat eine Stationsbesprechung statt. Von jeder Besprechung wird ein Protokoll erstellt, so dass die Informationen auch die Mitarbeiter bekommen, die nicht teilgenommen haben. Das Protokoll wird dann auf der Station ausgelegt, und kommt dann nach einiger Zeit in einen dafür vorgesehenen Ordner.

Die Dienstpläne werden bis spätestens zum 15. des laufenden Monats für den folgenden Monat im Voraus erstellt. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Bewohner und soweit wie möglich an den Wünschen der Mitarbeiter. Die Dienstpläne werden von der Pflegedienstleitung erstellt.

Die Pflegevisite dient den Pflegenden als Instrument zur Einschätzung und Kontrolle des Pflegeverlaufs und der Pflegequalität. Gleichzeitig bietet sie die Möglichkeit, den Bewohner und den Angehörigen direkt in die Pflege bzw. den Pflegeprozess mit einzubeziehen.

Frequenz der Pflegevisite

- einmal jährlich bei allen Bewohnern
- zusätzlich führen wir bei Bedarf Pflegevisiten unter folgenden Voraussetzungen durch:
 - Nach Einzug eines Bewohners (6 Wochen)
 - Rückverlegung aus dem Krankenhaus
 - Relevante Pflegezustandsveränderung

5.2. Pflegeprozess

Unter Pflegeprozess versteht man die bewohnerorientierte Pflegeplanung und Durchführung, mit dem Ziel, auf systematische Art und Weise den Bedürfnissen des Bewohners in der pflegerischen Betreuung zu entsprechen. Er ist ganzheitlich an den Bedürfnissen des Menschen orientiert und wird laufend an neueste Erkenntnisse und den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst.

Beim Pflegeprozess handelt es sich um einen Regelkreislauf – PDCA-Zyklus:



Plan -= Informationssammlung und Pflegeplanung

- Anamnese individueller Ressourcen (= K.1.8.3)
- Einschätzung von Selbständigkeit und Fähigkeiten (= K.1.8.7.)
inkl. Anamnese aller Risikofaktoren (Assessments)
- Planung aller relevanten Maßnahmen zur Pflege und Betreuung (= K.1.8.8.)

Do = Umsetzung von geplanten Maßnahmen

- Ausführung von Grundpflege / Behandlungspflege / Prophylaxen / ...
- Dokumentation der Ausführung in Maßnahmenbestätigung (= K.1.8.4.). Protokollen
(z.B. Lagerungsplan, Ernährungsprotokoll, u.a.)

Check = Evaluation der Maßnahmen

- regelmäßige Evaluation der geplanten Maßnahmen (= K.1.8.8.)
- Fallbesprechungen

- Arztvisiten / Absprache mit dem Arzt zum Erfolg behandlungspflegerischer Maßnahmen

Act = Umsetzung der in der Evaluation erworbenen Kenntnisse

- erneute und angepasste Planung aller relevanten Maßnahmen zur Pflege und Betreuung (= K.1.8.8.)

sowie erneut

- Ausführung von Grundpflege / Behandlungspflege / Prophylaxen / ...
- Dokumentation der Ausführung in Maßnahmenbestätigung (= K.1.8.4.). Protokollen (z.B. Lagerungsplan, Ernährungsprotokoll, u.a.)

Durch die Einhaltung des PDCA-Zyklus ist sichergestellt, dass Veränderungen des Pflegebedarfs bzw. der Bedürfnisse des Bewohners vollumfänglich erkannt werden.

5.3. Dokumentation

Die Elemente des Pflegeprozesses stellen sich in der Pflegedokumentation dar. Die Pflegeeinrichtung hält auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vor, welches sachgerecht und kontinuierlich geführt wird und unter anderem folgendes beinhaltet:

- die Stammdaten
- Anamnese individueller Ressourcen (= K.1.8.3)
- Einschätzung von Selbständigkeit und Fähigkeiten (= K.1.8.7.)
inkl. Anamnese aller Risikofaktoren (Assessments)
- Planung aller relevanten Maßnahmen zur Pflege und Betreuung (K.1.8.8.)
inkl. regelmäßiger Evaluation der geplanten Maßnahmen
- Maßnahmenbestätigung (= K.1.8.4.)
- Berichteblatt
- Ärztliche Anordnungen
- Ärztliche Kommunikation
- Hinzu kommen verschiedene Protokolle wie z.B. Ernährungsprotokoll, Vitalwerte, ect. in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation ist jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar. Die Pflegedokumentation dient als Verlaufsprotokoll, in dem der Zustand, die Pflegebedürftigkeit / -abhängigkeit, die Pflegemaßnahmen und ihre Wirkungen aus pflegerischer Sicht verdeutlicht werden. Die Dokumentation erfolgt handschriftlich und orientiert sich am ~~Pflegemodell~~ Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die Pflegedokumentation wird von allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten geführt und steht diesen jederzeit zur Verfügung. Es hat jede Pflegefachkraft ihre zugeordneten Bewohnermappen und trägt die Verantwortung für ihre Aktualität (z.B. Erstellung und Aktualisierung der Pflegeplanung).

Die Dokumentation, einschließlich der Planung, ist ebenso zur Leistungserfassung unter kostenkalkulatorischen, planungstechnischen Aspekten und zur Qualitätssicherung notwendig.

5.4. Innerbetriebliche Kommunikation

Um die innerbetriebliche Kommunikation übersichtlich und eindeutig festzulegen, werden folgende Besprechungen planerisch festgelegt und sollen mit ihrem Titel in den Protokollen genannt werden. Über die Ergebnisse der einzelnen Besprechungen ist ein kurzes Ergebnisprotokoll anzufertigen. Dieses soll von allen zuständigen Mitarbeitern gelesen werden und in einem geeigneten Ordner aufbewahrt werden.

- Leiterkreis – alle zwei Wochen
- Stationsbesprechungen – einmal im Monat
- Teambesprechung Soziale Betreuung – einmal monatlich
- Nachtdienstbesprechungen – Teilnahme an Stationsbesprechungen
- Gespräch mit dem Heimfürsprecher – einmal im Monat
- QM- Zirkel – 4x im Jahr und nach Bedarf
- Mitarbeiterversammlung – einmal im Jahr

Zudem sind folgende Punkte vorgesehen:

- Bedarfsbezogene Einzelgespräche mit Mitarbeitern
- Jährliche Mitarbeitergespräch mit Leitungsmitarbeitern

Das Altenheim Stift St. Veit verfügt über eine Broschüre und eine Internetseite (www.stift-st-veit.de), die über wesentliche Merkmale und Dienstleistungen des Altenheims informieren.

Im unserem Haus werden folgenden Instrumente zur Informationsweitergabe gegenüber den Bewohnern und Angehörigen genutzt:

- Mitteilungsbrett im Zimmer
- schwarzes Brett auf Station
- Glaskasten
- Heimzeitung
- Bewohnerbefragung im Rahmen der Pflegevisite
- Heimfürsprecher: Sprechstunde + Briefkasten
- Beschwerdemanagement
- Angehörigentreffen
- Anschreiben
- Persönlicher Kontakt

6. AUSSTATTUNG

6.1 Personelle Ausstattung

Aufgrund der Zugehörigkeit zum Dachverband der Caritas wird im Haus der Tarifvertrag AVR angewendet. Die mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern vereinbarten Personalschlüssel werden umgesetzt und eingehalten. Als anerkannte Ausbildungen zur Fachkraft gelten die Ausbildung zur Altenpflegerin und zur Krankenschwester. Mit dem prozentualen Anteil der examinieren Pflegekräfte wird die Heimpersonalverordnung gut erfüllt. Das Pflegeteam ist multikulturell besetzt. Für alle Mitarbeiter sind Stellenbeschreibungen erstellt.

Der Dienstplan sichert die Besetzung der Pflege über 24 Stunden. Die einheitliche und verbindliche Form der Verteilung von Arbeitszeiten und Mitarbeitern unter Berücksichtigung der gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen sind gewährleistet. Vollzeitarbeit und Teilzeitarbeit ergänzen sich sinnvoll. Bei Ausfall des Dienstes durch Krankheit eines Mitarbeiters ist die Schichtleitung oder die Stations- und Pflegedienstleitung für Ersatz verantwortlich. Bei Personalengpässen oder -ausfällen wird durch geeignete Maßnahmen die Versorgung der Bewohner sichergestellt

Eine gezielte und umfassende Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt auf Basis eines Einarbeitungskonzeptes. Die notwendigen Inhalte der Einarbeitung sind in einer vorformulierten Checkliste dokumentiert.

6.2 Räumliche Ausstattung

Das Stift St. Veit, gegründet als Benediktinerkloster, blickt auf eine lange und wechselvolle Geschichte zurück. Ab dem Jahr 1934 pflegten die Barmherzigen Schwestern von Vincent von Paul betagte Menschen in den historischen Gebäuden des Stiftes.

Ein moderner Neubau wurde 1996 der Mittelpunkt des Altenheimes Stiftes St. Veit. Der Neubau bietet Wohn- und Lebensraum für 51 Bewohner in 31 Einzelzimmern, sowie 10 Doppelzimmern. Auf beiden Ebenen sind jeweils ein Speiseraum, Stationsbad sowie Funktions- und Diensträume vorhanden.

Wir verfügen über großzügige, behindertengerechte Einzel – und Doppelzimmer mit eigenem WC und Dusche. Alle Zimmer sind mit einem Pflegebett mit Nachttisch, Einbau-

schrank, Tisch und Stühlen ausgestattet. Die Zimmer verfügen über einen Fernseh- und Telefonanschluss. Damit jeder Bewohner eigenes Mobiliar mitbringen und seinen Wohnbereich persönlich gestalten kann, gibt es mit Ausnahme des Pflegebettes keine Möblierungsvorgaben. Als Handlungsgrundlage gilt hier die individuelle Milieugestaltung. Jeder Bewohner verbleibt auch bei erhöhtem Pflegebedarf in seinem einmal eingerichteten Zimmer.

Im Altbau befindet sich die Kapelle des Heimes, in der einmal wöchentlich Gottesdienst gefeiert wird sowie das großzügige Refektorium für Versammlungen und Feste. Das Erkerzimmer, bestückt mit Möbeln des 17. Jahrhunderts, wird für Besprechungen genutzt. Im Altbau befindet sich außerdem die Küche und die Verwaltung, das Büro des Geschäftsführers und der PDL.

6.3 Sachliche Ausstattung

An Hilfsmittel für die Pflege stehen im Haus Patientenlifter, Badelifter, Toilettenstühle, Duschrollstühle, Rehapflegerollstühle, Rollstühle, Gehwägen, Anti-Dekubitus-Matratzen, verschiedene Lagerungsmaterialien, Sauerstoffgeräte, eine Rollstuhlwaage, RR-Geräte, BZ- Messgeräte, Fieberthermometer u.ä. zur Verfügung.

Für die Wartung und Instandhaltung der nicht elektrischen Hilfsmitteln ist gesorgt, v.a. durch Prüfungen von Seiten der Lieferanten. Gleichzeitig werden die Prüfung der ortsfesten und ortsveränderlichen Elektrogeräte sichergestellt.

7. QUALITÄTSSICHERUNG

Die Verpflichtungen aus den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI werden im Rahmen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität organisiert und umgesetzt.

Bausteine dieses Qualitätsmanagementsystems sind:

Internes:

- QM-Handbuch
- Qualitätsbeauftragte
- Qualitätszirkel
- Expertenstandards und Verfahrensvorschriften zu ihrer Anwendung durch die Pflegefachkraft
- Pflegevisiten
- Fallbesprechung
- Checkliste / Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeiter
- Stellenbeschreibungen
- Fortbildungen
- Beschwerdemanagement

Externes:

- Teilnahme an Projekt EquisA, d.h. caritaseigenes Projekt zur Messung von Ergebnisqualität in stationären Einrichtung unter Federführung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Teilnahme an übergreifenden Qualitätsrunden
- Teilnahme an Tagungen des Caritasverbandes (Regionalgruppentreffen, Heimanagement-Tagung, u.ä. der DiAG Altenhilfe)
- Zusammenarbeit mit dem MDK (bei Einstufungsbegutachtungen und Qualitätsprüfungen)
- Kontrollen durch die Heimaufsichtsbehörden und weitere Aufsichtsbehörden

8. KONZEPT DER SOZIALEN BETREUUNG

Das Konzept der sozialen Betreuung verfolgt das übergeordnete Ziel, die bestehenden Beziehungen der Bewohner zu erhalten, die Aufnahme neuer sozialer Kontakte zu fördern und verloren gegangene Beziehungen und Fähigkeiten zu ersetzen. Durch die soziale Beziehung soll ein Beitrag zur Tagesstrukturierung geleistet werden.

Die soziale Betreuung beginnt im Alltag der Pflege und Versorgung durch Gesprächsangebote der Mitarbeiter/innen, die den Bewohnern ein Klima der Geborgenheit, Offenheit und des Verständnisses empfinden lassen. Für ihre Wünsche und Anregungen finden sie stets offene Ohren und erfahren Unterstützung und Akzeptanz. Die Angehörigen und die Mitglieder des sozialen Umfeldes werden einbezogen und als willkommene Partner angenommen. Um Kontakte zu fördern sind Besuche durch Angehörige und Freunde jederzeit möglich. Es gelten keine festgelegten Besuchszeiten. Ehrenamtliche Helfer werden zur Mitarbeit ermuntert, fachlich begleitet und auch unterstützt. Kirchen, Vereine und andere Gruppen werden angesprochen und erhalten die Möglichkeit, Aktivitäten und Angebote in die Einrichtung zu tragen.

Bestandteil der sozialen Betreuung sind auch Gottesdienste, seelsorgerische Begleitung und jahreszeitliche Feste. Der Veranstaltungshinweis wird immer aktuell an den Pinnwänden ausgehängt im im aktuellen Veranstaltungskalender festgehalten. Beschäftigungsangebote und Gottesdienste sind ebenso an den Pinnwänden einzusehen.

Die spezifischen Angebote für einzelne Bewohner z.B. im Rahmen der Bewältigung von Krisensituationen sowie Angebote für Gruppen werden nach Aufnahme der Bewohner und Feststellung der Bedürfnislagen aufgebaut.

Für die Soziale Betreuung besteht ein gesondertes Konzept im Qualitätsmanagement.

.....

Karin Wimmer

Heimleitung

.....

Lisa Meyer

Pflegedienstleitung

Pfad / Titel:	S:\Qualitätsmanagement\QM Handbuch\K = Kundennbezogeneprozese\K 1. Pflege\K 1.2. Pflegekonzept\Pflegekonzept x.docx				
Freigegeben von:	<input type="checkbox"/> GF	<input checked="" type="checkbox"/> HL	<input type="checkbox"/> PDL	<input type="checkbox"/> HWL	<input type="checkbox"/> QMB
Gültig für:	<input type="checkbox"/> übergreifend	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Pflege	<input checked="" type="checkbox"/> soz. Betreuung	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft
Gültig ab:	01.09.2016		Gültig bis:	31.08.2018	
Version:	3.0		Erstellt am:	18.08.2016	
Prozessverantwortlicher:	Fr. Wimmer / Fr. Meyer		Seite	31 von 31	