



Pflegekonzept



1. RAHMENBEDINGUNGEN

1.1 DER TRÄGER DER EINRICHTUNG

- Träger des Alten und Pflegeheimes „Seniorenheim Brundorf gGmbH“ ist .
- Lau & Szczesny GbR Geschäftsführer: Matthias Szczesny
- Die Einrichtung wurde 1993 gegründet.

Unser Konzept garantiert ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Sicherheit. Wir integrieren sowohl die rüstigen als auch pflegebedürftigen Menschen in ein inhaltsreiches, soziales Umfeld.

Unser Wunsch ist es, die Selbständigkeit der zu Betreuenden möglichst lange durch ein leistungsfähiges Pflege und Betreuungsangebot zu bewahren.

1.2 UNTERNEHMENSPHILOSOPHIE

Unser Ziel ist es, Zufriedenheit, Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der von uns betreuten und gepflegten Menschen zu erreichen und ihrem Leben einen solchen Inhalt zu geben, den sie unter den jeweiligen Umständen ihrer Leiden und Beschwerden ausfüllen können.

a) Wärme und Herzlichkeit als Dienstleistung

Der Mensch steht im Mittelpunkt unserer Aktivitäten. In der Betreuung von Älteren, Pflegebedürftigen und Kranken, sehen wir eine verantwortungsvolle unternehmerische und gesellschaftspolitische Aufgabe.

Wir begegnen den von uns Betreuten mit Aufmerksamkeit, Fürsorge und spürbarer Menschlichkeit. Wir nehmen die Wünsche jedes Einzelnen ernst und sorgen dafür, dass sie sich bei uns zu Hause fühlt.

b) Unsere Freude an der Arbeit mit Menschen

Die umfangreiche Dienstleistungspalette in unserer Pflegeeinrichtungen bietet jedem Bewohner ein individuelles, auf ihn persönlich zugeschnittenes Angebot - von der allgemeinen Beratung in Alltagsfragen bis hin zur ganzheitlichen Pflege rund um die Uhr.

– Fachliche Kompetenz und die hohe Qualität unserer Service- und Pflegeleistung sichern uns das Vertrauen unserer Bewohner - die schönste Motivation für unsere tägliche Arbeit.

c) Zuneigung und Zuwendung durch qualifizierte Mitarbeiter

Unsere Dienstleistungen schaffen Lebensqualität und Lebensfreude. Unser Fachpersonal geht auf die ihnen Anvertrauten zu und widmet sich ihren individuellen Problemen und Nöten.



d) Räume zum Wohlfühlen

Unser Haus schafft Wohnqualität und Geborgenheit. Dafür sorgen die funktionelle Planung, und die Ausstattung. Dabei wird stets nach individuellen Lösungen gesucht - zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Bewohner: Sicherheit und Komfort für ein Leben ohne Barrieren.

Unser Haus soll den Bewohnern ein „Zuhause“ werden, in dem sie wohnen und leben dürfen und wo sie auch im höheren Alter die Fähigkeit sich zu entwickeln und sich selbst zu verwirklichen erhalten können.

1.3. ECKDATEN DER EINRICHTUNG

Betriebs – Management:

Betreiber der Einrichtung:	Matthias Szczesny
Adresse der Einrichtung:	Lehnstedterweg 1 28790 Schwanewde
Ansprechpartner im Büro:	Matthias Szczesny
Telefon / Büro:	04209 - 852
Heimleitung:	Matthias Szczesny
Pflegedienstleitung:	Dörte Bliemeister
Telefon	04209 - 857
e) Telefon / Pflege	04209 - 857
f) Fax:	04209 - 851
Anzahl Pflegeplätze:	49
Einzelzimmer - Größe:	ca. von 16 m ² bis 19 m ²
Doppelzimmer - Größe:	ca. von 19 m ² bis 26 m ²
Einzelzimmer - Anzahl:	21 Zimmer
Doppelzimmer - Anzahl:	14 Zimmer



1 Heimkonzept

1.1 Allgemeines

Als Heimbetreiber haben wir uns viele Gedanken gemacht, wie unseren Familienbetrieb zukunftsweisend auf ein soliderem Konzept aufbauen können.

Es ist unser Ziel, ein schönes modernes Heim mit guter Pflege zu verbinden. Unser optischer Anspruch beinhaltet lichtdurchflutete Räume, klare Linien sowie ein ansprechendes Farbkonzept, gemütliche Sitzecken und einem modernen Aufenthaltsbereiche dies sind nur einige Vorzüge unserer Einrichtung.

Im gemütlich eingerichteten Seniorenheim mit insgesamt 49 Betten bieten wir u.a. moderne ganzheitliche, kundenorientierte Pflege mit einem motivierten, leistungsstarken Pflegeteam und einer Haus eigenen Küche.

Unter unserem Motto: „Wohnen wie Zuhause“ bieten wir soviel Betreuung wie möglich, bei einem Maximum an persönlichen Entscheidungsspielräumen. Das heißt: Die Betreiber und die Mitarbeiter des Hauses, vertreten nachdrücklich die Auffassung, daß das Lebensgefühl in dieser Pflegeeinrichtung, durch ihre sozialpflegerische Qualität und Zielsetzung geprägt wird.

Das Haus soll den dort lebenden Menschen ein „Zuhause“ werden, in dem SIE wohnen und leben dürfen und nicht nur untergebracht und therapiert werden.

Wir möchten mit unserer Arbeit Menschen mit Einschränkungen und alten Menschen ein lebens- und liebenswertes Leben ermöglichen. Ein normalen Tagesablauf mit einem ausgeprägten familiären Charakter.

Hierzu runden neben Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards, usw. regelmäßige Teamgespräche und Fortbildungen auch Gespräche mit Angehörigen das Bild ab.

Die Möglichkeit zum selbständigen Einkauf (10 Min. Ortsmitte) oder Stadtbummel (nur ca.20 min bis zum Bremer Roland) ist durch den hauseigenen Fahrdienst ebenso gegeben wie Ausflüge in Nah und Fern. Alle Zimmer verfügen über zeitgemäße Ausstattung wie Digital TV, Telefon, Inter Net sind nur ein paar Annehmlichkeiten die unser Haus zu bieten hat.

1.2 Qualitätsmanagement

Details siehe bitte im Kapitel → Qualitätsmanagement

1.2.1 Ein Wort zu den Kosten:

Das Qualität ihren Preis hat ist bekannt. Wir möchten diesen Preis gemessen an der hohen Qualität und Quantität unserer Arbeit relativ gering halten.

Großzügige Außenbereich mit vielen Terrassen und verschiedenen Sitzmöglichkeiten laden zum Verweilen ein.



Die in die Natur eingebettete Teichanlagen mit schönen Wasserspielen runden das Bild ab.

Die Zusammenfassung unserer Ziele finden sich auch in unserem Logo wieder: Sicherheit, Geborgenheit in mitten der Natur.

1.3 Weitere grundlegende Betrachtungen

1.3.1 Erläuterung zur Lage des Hauses:

Dörflich, ländliches Umfeld im Einklang der Natur.

1.3.2 Erläuterung zur Größe:

Wir haben uns für ein kleines Haus entschieden um Bewohner anzusprechen, die ihr Leben in einem familiären Umfeld verbringen möchten.

Besonders weil jeder noch jeden kennt, sind die Betreiberin und ihre Mitarbeiter als Person und Ansprechpartner mit eingebunden.

1.3.3 Was bieten wir noch:

- Eigene Möbel, Bilder, Zimmergestaltung
- Angebot: Hilfe beim Umzug
- Besuch jeder Zeit erwünscht
- Privater Urlaub jeder Zeit möglich
- Über Telefon - Klingelanlage Hilfe jederzeit zu sprechen
- Durchführung von regelmäßigen Andachten
- Angebote Seelsorge – Sterbebegleitung
- Diätangebote
- Gestalten von Jahresbezogenen Festen
- Einheitliche Pflegedokumentation
- Beschäftigungstherapie

1.3.3.1 Als Angebot

- Hilfe bei Behördenkontakte
- Hilfe bei Schriftverkehr
- Hilfe beim Aufsuchen von Ärzten
- Hilfe beim Beschaffen von Hilfsmitteln (Sehhilfen – über Kleidung bis Zahnersatz)
- Verfügbarkeit von Räumlichkeiten für eigene Feste der BewohnerInnen (Geburtstage – Familienfeste)
- Einzelgespräche
- „weiteres auf Anfrage / Anregung“

1.3.4 Die Zimmer:

Einzelzimmer und Doppelzimmer gegen die Vereinsamung von Schwerstpflegebedürftigen. Alle Zimmer haben DigitalTV – Anschluß, Telefon; Internet. Rufanlage, Waschbecken mit Sichtschutz, höhenverstellbares Pflegebett (elektrisch oder manuell), Kopf und Fußteil separat verstellbar. Ferner einen



Nachtschrank mit Bettpfannenhalterung, Seitentablett nach Erfordernis (bei Bettlägerigkeit). Soweit keine eigene Privatheit bzw. Wohnlichkeit „vorhanden“ kann diese auf Wunsch des Bewohners geschaffen werden. In jedem Zimmer ist eine abschließbare Schublade bzw. Fach für persönliche Wertsachen enthalten.

1.3.5 Gemeinschaftsräume:

Die Ausstattung weist ein hohes Maß an Lebensqualität und hohen Lebens Standard auf .

1.3.6 Weitere Ausstattung des Hauses:

Ein Friseur und Fußpflege ist im Haus, kleinere Besorgungen werden gegen geringes Entgelt mit erledigt. Mittelfristig ist ein „Kiosk“ angedacht.

Ein sehr wichtiger Bestandteil ist die „BT“ hier insbesondere die musische Seite und das Gedächtnistraining

1.3.7 Angehörigenarbeit und Sonstiges::

Unser Haus ist 24 Stunden geöffnet, so daß auch Schichtarbeiter/ Landwirte usw. ihre Angehörigen besuchen können.

Auf Wunsch werden Ausflüge, kulturelle Veranstaltungen usw. neben den halbjährlichen „Highlights“ organisiert.

Ein ebenso wichtiger Punkt wie die psychosoziale Betreuung der Angehörigen, ist deren Zusammenarbeit mit unserem Team zum Wohle des Bewohners.

1.3.8 Öffentlichkeitsarbeit:

Hier liegt ein aussagekräftiges schriftliches Konzept noch nicht vor (wird noch aus dem Bauch heraus entschieden)

Werbeträger z. Z. sind: Printmedien (Werbeschilder, und als wichtigster Punkt die Mundpropaganda.

B 1.7 Zusatzleistungen

gemäß Vereinbarung (Liste nach § A88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI): KEINE

2 Unternehmensleitbild

2.1 Einführung

Von den drei zur Auswahl stehenden Leitbildern kam für uns weder das karitativ – religiöse, noch das rationale Leitbild in Betracht. Das karitativ - religiöse auf Grund



seiner hauptsächlich (extrem) religiösen Theorieansätze, das rationale insbesondere wegen der Tabuisierung des Todes.

Das nachstehende Kapitel beinhaltet neben seiner Leitbildfunktion auch eine allgemeinen Umschreibung und Erläuterung zum Thema.

Da diese Theorie annähernd exakt unseren Vorstellungen entspricht, konnte sie fast unverändert übernommen werden.

2.2 Das ganzheitliche Leitbild

Wenn wir in der heutigen sozialen Situation in der Seniorenarbeit nach Problemlösungen suchen, dürfen diese nicht nur auf eine bestimmte Gruppe von Menschen ausgerichtet sein, sondern müssen sich auf alle Generationen in unserer Gesellschaft beziehen. Unsere konkurrenzbetonte Leistungsgesellschaft sowie die Arbeitsleistung und Spezialisierung im Produktions- und Dienstleistungsbereich entfremden die Menschen voneinander ebenso deutlich wie von ihrer Tätigkeit. Es wird nicht mehr gemeinsam auf ein größeres Ganzes hingearbeitet und gehandelt, sondern jeder einzelne bekommt eine Teilaufgabe zugewiesen, verliert so den Überblick, arbeitet und lebt zunehmend isoliert.

Ganzheitlichkeit bedeutet in Zusammenhängen zu denken und das alltägliche Handeln miteinander zu gestalten unter Wahrung der größtmöglichen Selbstbestimmung. Das ganzheitliche Leitbild versucht den Menschen sowohl in sein unmittelbares Umfeld zu integrieren als auch in die Gemeinschaft.

Ganzheitliche Altenarbeit verfolgt auch das soziale Ziel der Verständigung und Integration, ist daher dem Grunde nach immer gemeinwesen orientiert.

„Gemeinwesenorientiertheit heißt, daß nicht privatisiert [im Sinne von egoistisch, Anmerk. der Unternehmensleitung], sondern auf Ganzes hin und gemeinschaftlich gehandelt wird. Nicht die Vermeidung öffentlich einsehbarer Hilfen, sondern die Einbeziehung möglichst vieler Menschen in solche Prozesse und an solche Orte ist das Ziel gemeinwesenorientierter Arbeit. Es geht um das Herstellen von Öffentlichkeit und Gemeinsamkeit, statt Absicherung von Privatheit und Isolierung“ (Hummel 1982, S. 29). Danach ist ein Heim nicht nur Lebensraum für alte, pflegebedürftiger Menschen, sondern kann zum Ort der Begegnung verschiedener Generationen werden.

Das ganzheitliche Leitbild versteht den alten Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist, als handelndes Subjekt als Persönlichkeit, die den angebotenen Maßnahmen gegenüber (meistens) Wahlfreiheit hat (und somit selbstbestimmt entscheiden kann), als soziales Wesen mit dem Anspruch auf Teilhabe an der Gesellschaft, aber auch auf individuellen Rückzug, als „Kind seiner Zeit“ (Hummel



1982 S. 29), mit einer historisch und gesellschaftlich geprägten Biographie sowie der Fähigkeit, Einfluß zu nehmen und zu verändern.

Nach dem ganzheitlichen Leitbild wird der Tod des alten Menschen nicht mehr tabuisiert, verdrängt oder weggeplant wie beim rationalen Handlungsansatz, sondern er wird wieder ins Bewußtsein des Menschen gerückt, indem ein sozial- integriertes Sterben , möglichst im Heim ermöglicht wird, das dem Sterbenden und seinem Gegenüber die Gelegenheit zum Abschied und Trost bietet. „Ganzheitliche Arbeit heißt deshalb auch, mit seinem Körper wieder in einen solchen Kontakt zu treten, daß Alter, Leiden und Sterben als „Sprache“ und nicht als Störungen genommen werden“ (Hummel 1982 S.30).

Der ganzheitliche Ansatz sieht den Menschen als Subjekt und ist bemüht, der Fremdbestimmung und Isolation entgegenzuwirken, indem er ihn in sein soziales Umfeld integriert und aktive Teilhabe an gesellschaftlicher Entwicklung und Auseinandersetzung zu sichern sucht, wo immer dies möglich ist.

Vielen alten vornehmlich hochbetagten Menschen ist wegen ihres psychisch – körperlichen Zustands, d.h. ihrer eingeschränkten Mobilität nur eine bedingte Beziehung zu ihrem sozialen Umfeld möglich. Trotzdem bleiben diese Menschen weiterhin ein Teil des gesellschaftlichen Ganzen, denn sie leben in Beziehung und durch die Beziehungen zu ihren Mitmenschen, also durch die vielfache Vermittlung von Mitbewohnern, Angehörigen und Pflegern/innen, die lebendige Atmosphäre einer teilnehmenden Gemeinschaft. Dieser vielfachen Vermittlung bedürfen insbesondere jene alten Menschen, deren geistiges Erfassen oder persönliche Teilnahme gehindert ist.

Der Mitarbeiter einer nach dem ganzheitlichen Ansatz arbeitenden Institution muß zuerst ein Selbstverständnis von sich und seiner Lebens- und Arbeitssituation gewinnen. In einem Heim, das nach einem ganzheitlichen Ansatz arbeitet, wird die Wichtigkeit und Akzeptanz des Menschen grundsätzlich betont, ob er nun Bewohner ist oder Mitarbeiter.

Das ganzheitliche Leitbild fordert vom Mitarbeiter allerdings auch eine Bewußtseinsentwicklung, die ihm eine ganzheitliche Orientierung und Sichtweise ermöglicht.

Um diesen Entwicklungsprozeß institutionell zu fördern, sind folgende Kriterien entscheidend:

Die Strukturen und die konzeptionellen Ziele der Einrichtung müssen dem Mitarbeiter transparent gemacht werden.

Die Beteiligung an institutionellen Entwicklungsprozessen muß dem Mitarbeiter ermöglicht werden, damit er neue Erfahrungen sammeln kann und Fähigkeiten entwickelt, die er sowohl in selbstbestimmtes, individuelles als auch in gemeinsames, kooperatives Handeln umsetzen kann.

Die Fortbildung der/die MitarbeiterIn muß neben fachpflegerischen Aspekten auch die Möglichkeit zur Entwicklung eines Selbstkonzeptes bieten.



Der ganzheitliche Ansatz muß, um zur Umsetzung zu gelangen, die Arbeitssituation der/des Mitarbeiters/in in besonderer Weise berücksichtigen, es gilt Kompetenzen vielfältig zu stärken und zu erweitern. Nur so kann der/die Mitarbeiter/in im Sinne des ganzheitlichen Leitbildes als bewußtes, erwachsenes Gegenüber oder auch als helfende/r Stellvertreter/in den alten Menschen in seiner Selbstverantwortung fördern und bestärken.

Ganzheitliche, gemeinwesenorientierte Altenpflege ist als ein Prozeß zu verstehen, der gemeinsames Handeln fördert und Organisationsformen schafft, die sinnvollen neuen Lebenszügen in Heimen und deren sozialem Umfeld eine Basis bietet.

Quelle: Pflegemanagement in Altenheimen; K. Kämmer Hrsg; 1996 Seite 37,38



3 Pflegekonzept

Das Pflegekonzept beinhaltet Aussagen zu Pflegezielen, Methoden und Inhalt, Organisationsform, Standards, sowie ergänzende soziale und therapeutische Angebote. Es konkretisiert die im Konzept verankerten Leitlinien und setzt die handlungsanleitenden Arbeitsprinzipien (an Hand von Standards) in die Praxis um.

Q: nach K. Kämmer Hrsg. „Pflegemanagement in Altenheimen Schlüetersche; Hannover 1996 S.114

3.1 Pflegeleitbild

3.1.1 Einführung

In unserem Unternehmensleitbild haben wir das ganzheitliche Leitbild für uns festgeschrieben und auch unser Pflegemodell danach ausgesucht.

Um auch im Pflegealltag möglichst schnell zu wissen wovon wir sprechen, definieren wir Theorie zusammenfassend als das „Ganzheitlichkeitsprinzip“ mit dem Leitsatz:

3.1.2 Leitsatz:

Ganzheitlicher Arbeitsstil nach dem Motto: „Wir pflegen mit Kopf, Herz und Hand, unter der ganzheitlichen Berücksichtigung von Körper, Geist und Seele.

3.1.3 Definition des Leitsatzes:

- Der Bewohner steht im Mittelpunkt unseres Auftrags.
- Ein wesentlicher Punkt unserer Arbeit ist es, dem Leben der uns anvertrauten Bewohner, wieder Ziel und Inhalt zu geben, seine veränderte Situation anzunehmen und die Erwartungshaltung auf das Machbare gemeinsam abzustimmen.
- Pflege und Betreuung sollen nach den Vorgaben des Leitbildes bzw. des Pflegemodells erfüllt werden, nämlich sowohl als die bekannte, ganzheitliche (umfassende) Betreuung von Körper, Geist und Seele und auch als ganzheitlichen Arbeitsstil (auf Pflege mit Kopf, Herz und Hand) .
- Die ganzheitliche Pflege und Betreuung, wird von uns für jeden Bewohner, individuell geplant, auf wirtschaftliche Effektivität geprüft (Gesetzeskonformität) und gestaltet.
- Die Organisationsformen des Hauses und die Einteilung der anfallenden Arbeiten, orientieren sich soweit wie irgend möglich an den normalen Tagesablauf eines älteren Menschen.
- Angehörige, Ärzte und sonstige Beteiligte sind unsere Partner in der Sorge um das Wohlergehen unserer Bewohner.
- Die Pflege wird individuell, auch unter Hinzuziehung anerkannter Pflegestandards ausgerichtet.

- Wir nehmen aktuelle Fort- und Weiterbildungsangebote wahr und lassen Erkenntnisse der modernen Pflegeforschung in unsere praktische Arbeit einfließen.
- Die Anforderungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter werden in den Stellenbeschreibungen geregelt.
- Wir pflegen nicht über den alten Menschen hinweg und wenden dabei den Grundsatz an **„Was du nicht willst was dir getan, das tu auch keinem Andern an“**

Dabei ist uns wichtig die Selbstbestimmung und Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern und unsere Gäste so zu betreuen, wie wir im Fall der Pflegebedürftigkeit selbst gern betreut werden möchten.

3.1.4 Wie erreichen wir unsere Ziele?

Unsere Ziele erreichen wir, indem wir

- nach dem System der bedürfnisorientierten, ganzheitliche fördernde Prozeßpflege (AEDL – Modell nach Monika Krohwinkel) arbeiten.
- Im Rahmen der Beziehungspflege jedem Gast einen festen Ansprechpartner zur Verfügung stellen, der den gesamten Pflegeprozeß verantwortlich steuert.
- die fachliche Qualifikationen sicherstellen.
- als Mitarbeiterteam offen sind für neue Ideen und uns gegenseitig akzeptieren.
- auf die Fähigkeit und Bereitschaft der Mitarbeiter setzen Verantwortung zu übernehmen, und sich weiterzubilden, um den sich ständig verändernden und wachsenden Anforderungen gerecht zu werden.
- durch klare Aufgabenbeschreibungen, die Delegation von Kompetenzen und Verantwortung ermöglichen und das eigenverantwortliches Handeln stärken.
- einen Führungsstil, der den MitarbeiterInnen Beteiligung und Teilhabe an der Erfüllung der gestellten Aufgaben ermöglicht.
- Neben der Arbeit der hauptamtlichen Mitarbeiter ist der Dienst von ehrenamtlicher MitarbeiterInnen ein gewünschter und wichtiger Bestandteil im Seniorenheim Brundorf. Ihre Tätigkeit ergänzt und erweitert das Angebot an die Bewohner und ermöglicht zusätzliche Aktivitäten.
- Ökologische Aspekte in unserer Arbeit berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang sei gesagt, daß wir von den Bewohnern wünschen, daß sie diese Grundrichtung respektieren. Von unseren Mitarbeitern erwarten wir darüber hinaus, das sie unsere Grundsätze anerkennen und beachten.

Unter diesen Grundsätzen steht die Einrichtung jedem offen, unabhängig von Religion, Volkszugehörigkeit, Geschlecht oder gesellschaftlichem Ansehen.

Eine Einschränkung: - Im Haus wird nicht geraucht - , dafür steht außerhalb die Raucherecke zur Verfügung.

3.2 Pflegemodell

Der ganzheitliche Ansatz des Unternehmensleitbildes wird am besten von dem „Ganzheitlichen System der fördernden Prozeßpflege (AEDL nach Monika Krohwinkel) unterstützt.

Diese Modell verfügt über mehrere Vorzüge gegenüber vergleichbaren Modellen:

- Es wird von den Kostenträgern besonders gerne gesehen.
- Es findet sich in seinen wesentlichen Teilen im SGB XI wieder.
- Es ist praxisorientiert, da es sich an den Lebens- und Erfahrungsbereichen der Menschen orientiert.
- Es ist im deutschsprachigen Raum am bekanntesten.
- Es kann übergreifend in der Pflege und Hauswirtschaft eingesetzt werden und deckt damit die wesentlichen Leistungsbereiche der Einrichtung ab.

Zusammenfassung:

- Das Modell von Krohwinkel ist primär ein personenbezogenes, fähigkeits- und förderorientiertes System, das den Menschen als einheitliches Ganzes sieht. Existentielle Erfahrungen können die Existenz des Menschen gefährden oder fördern, manchmal auch beides. Krohwinkel unterscheidet nach dem primären pflegerischen Interesse, der primären pflegerischen Zielsetzung und den primären pflegerischen Handlungen.
- In ihrem Managementmodell hat Frau Krohwinkel Aufgaben und Verantwortungsbereiche in der Pflege festgelegt. Dabei übernehmen Pflegende Aufgaben selbständig und durch Mitwirken und Vermitteln.
- Pflegepersonen könne nur dann gut pflegen, wenn sie sich auch selbst gut pflegen.

Wegen des recht großen Umfangs der Literatur hier der Hinweis auf das Buch „Altenpflege“ Hrsg. Köther, I., Gnam, E., Thieme Kapitel 4 ff zur Vertiefung, sowie als zusammenfassender Einstieg „Arbeitsorganisation in der Altenpflege“, Müller, H. Schlütersche, 2001 S. 27 ff

3.3 - Pflegekonzept

Das Pflegekonzept ist von der Systematik ein Unterpunkt des Pflegemodells, ebenso das Küchenkonzept bzw. Hauswirtschaftskonzept. Da es aber besonders wichtige und umfangreiche Teile sind, bekommen diese jeweils ein eigenes Kapitel. Das erleichtert zusätzlich deutlich die Übersicht.

3.4 - **Küchenkonzeption**, (pflegerelevanter Teil)

Siehe dort.

3.5 - **Hauswirtschaftliche Konzeption**, (pflegerelevanter Teil)

Siehe dort.

3.6 **Das Pflegesystem**

Der Begriff „Pflegesystem“ beschreibt die grundsätzliche Arbeitsteilung in den Pflegetätigkeiten. Es werden zwei Systeme unterschieden:

- Das ganzheitliche Pflegesystem (vgl. dazu Lingenberg, E; u. Reiman, R., 1989)
- Das funktionale Pflegesystem

Beide Systeme haben ihre Vor und Nachteile, wobei auf Grund unseres Unternehmensleitbildes nur das ganzheitliche Pflegesystem in Betracht kommt. Es beinhaltet die Arbeitsteilung nach dem Ganzheitsprinzip. Das heißt es werden nicht einzelne Arbeiten verteilt, sondern BewohnerInnen und MitarbeiterInnen einander zugeordnet. Darüber hinaus müssen aber immer wieder Arbeiten verteilt werden, die nicht bewohnerbezogen sind, wie z.B. das Aufräumen der Teeküche, usw.

In unseren Leistungsnachweisen könnte das ganzheitliche Pflegesystem auf den ersten Blick als aufgelöst wirken. Da eine reine (=100%) Fachkraftpflege „rund um die Uhr“ unrealistisch ist, muß die Möglichkeit der funktionalen Pflege hinzu genommen werden um beispielsweise spezielle Wundversorgungen durch Fachkräfte (im Rahmen der Grundpflege) zu ermöglichen. Die Aufteilung der Arbeiten in die Pakete ermöglicht dies.

Q: Heim aktuell, Kap.4 III S. 12

3.7 **Der Pflegeprozeß**

3.7.1 Definition

„Die Beratungsgruppe der WHO beschreibt den Begriff Pflegeprozeß im wesentlichen als ein System der charakteristischen Pflegetätigkeiten für die Gesundheit des einzelnen, der Familie oder einer Gemeinschaft. Es werden dabei die Gesundheitsbedürfnisse von Bewohnern nach wissenschaftlichen Methoden erhoben und diejenigen Bedürfnisse herausgefiltert, die am wirksamsten durch pflegerische Betreuung befriedigt werden können. Der Pflegeprozeß beinhaltet das Formulieren von Zielen und die Planung der Pflege, die Ausführung der Pflege und die Auswertung ihrer Ergebnisse. Die Pflegefachkraft legt in Zusammenarbeit mit den jeweiligen BewohnerInnen und anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams die Ziele und Prioritäten sowie den Pflegebedarf fest. Auf dieser Basis wird die Dienstleistung bereitgestellt. Die Ergebnisse von Pflege, Begleitung und Therapie werden kontinuierlich ausgewertet. Die Auswertungsergebnisse dienen dazu, wünschenswerte Veränderungen im Dienstleistungsangebot herbeizuführen. Auf diese Weise wird die geleistete Pflege, Begleitung und Therapie zu einem dynamischen Prozeß, der eine ständige Anpassung und Verbesserung erfährt. Die



so erbrachte Dienstleistung für ältere Menschen ist als eine sinnvolle Verknüpfung von Pflege, Begleitung und Therapie im Rahmen eines Problemlösungsprozesses zu verstehen.“

Q: Heim aktuell, Kap.4 III S. 15

3.7.2 Theoretische Grundlagen

In der (Pflege-)Literatur wird der Begriff „Pflegetheorie“ sowohl speziell auf das Pflegeplanungsmodell nach Fiechter / Meier (Q: nach K. Kämmer Hrsg. „Pflegetheorie in Altenheimen Schlütersche; Hannover 1996 S.60 ff), als auch immer wieder etwas undifferenzierter im Sinne der Prozessqualität insgesamt (ebenda Seite 127 ff). Wir verwenden den Begriff ausschließlich für die „Pflegetheorie“.

Diese finden sich sehr schön erklärt in dem Buch von K. Kämmer Hrsg. „Pflegetheorie in Altenheimen Schlütersche; Hannover 1996 S.60ff wieder. Lediglich der Regelkreis wird bei uns teilweise etwas anders, nämlich nach dem allgemeingültigen Qualitätsregelkreis nach ... dargestellt. Dieser ist aber inhaltlich praktisch identisch. Einzelne Schritte werden von uns im Rahmen des Pflegemodells nach Krohwinkel etwas anders zugeordnet (Informationssammlung streng nach AEDL`S), gleichwohl ist die Erklärung zu den einzelnen Punkten auch für uns zutreffend.

Die Organisation der Pflege wird bei uns mit dem Begriff „Prozessnetzwerk“ umschrieben. Dieser Begriff entstammt dem Qualitätsmanagementsystem.

Zur Vertiefung des Qualitätsmanagementsystemes sei auf „Altenpflege“ Hrsg. Köther, I., Gnam, E., Thieme S. 156 ff verwiesen, hier insbesondere auf das Schaubild 2.63 auf Seite 160 .

3.7.3 Darstellung des Pflegeprozesses

Die Darstellung des Pflegeprozesses findet sich in der Dokumentation und hierbei vornehmlich in der → Handakte wieder. Auf die ausführlichen Ausführungen zur Dokumentation wird verwiesen (→ Das Dokumentationssystem im Seniorenheim Brundorf)

3.8 Faktoren **im Prozessnetzwerk oder** die Organisation der Pflege

3.8.1 Die Systematik des Pflegeablaufes

3.8.1.1 Überblick

- Qualitätshandbuch
Schafft die grundlegenden Anweisungen für die Pflege (Theorie)
- Führung
versucht die Theorie in praktisch durchführbare Arbeitsanleitungen umzusetzen



- PDL organisiert dann damit das "Tagesgeschäft" vor Ort → Delegation
teilt ein¹ Abweichungen nur durch akute Fälle; dokumentationspflicht

Pflege pflegt nach **individuell ergänztem Standard** je Bew.
Abweichungen nur durch akute Fälle; dokumentationspflicht

dokumentiert die täglichen Ereignisse
Bew./"Ang."
Geben zusätzliche Rückmeldungen und Hinweise

3.8.1.2 Einteilung / Organisation des Pflegeablaufs

3.8.1.2.1 Grundlagen

Auf Grund der Gesamtanamnese (Fach 0) ergibt sich der Pflegeprozeß je Bew. Durch → individualisierte Ablaufstandarts in denen neben der durchschnittlichen „Grundpflege alle sonstigen (Grund-)pflagedaten und Handlungen vermerkt sind, wird eine entsprechende Dokumentation der Daten gewährleistet. Details siehe Pflegeprozeß.

3.8.1.2.2 Tagesablauf

Die PDL organisiert den **gesamten (!)** *¹ Tagesablauf. Sie gibt vor, wer wann wie usw. gepflegt bzw. versorgt wird und welchen sonstigen Tätigkeiten zu erledigen sind. Abweichungen sind nur durch akute Fälle möglich; es herrscht unbedingte dokumentationspflicht!

Zur Einteilung dient die aktuelle Datei → „Diensteinteilung“ aus der sich dann die → „Laufzettel“ je Mitarbeiter ergeben. Zu den Laufzetteln gehören die → individuellen Ablaufstandarts, diese ergeben sich aus der persönlichen Dokumentation jedes Bewohners und werden individuell ergänzt.

3.8.1.3 Nachweis der geleisteten Arbeit

Die durchgeführten Tätigkeiten werden in Vita Nova unter getätigte Leistungen dokumentiert.

Sollten die Leistungen nicht nach Standard (also nicht innerhalb der vorgegebenen Toleranzen erfolgen) dann erfolgt eine exakte Dokumentation (Pflegebericht) warum nicht,

3.8.1.4 Auswertung der Patenschaftsliste (Aushang Dienstzimmer)

Diese Abweichungen werden von der PDL analysiert. Dann erfolgt je nach Ergebnis eine entsprechende Veränderung bei

- a) der MitarbeiterIn (= Schulung), wenn Pflegeabläufe noch nicht „korrekt laufen“.
- b) Gespräch mit BewohnerIn, Erläuterung und Ansicht des Bew.In über den Sachverhalt.
- c) Überprüfung der „Grundpflegezeit nach MDK“ (→ Leistungsnachweis(LW)) und ggf's Änderung der Zeitvorgaben sowie Benachrichtigung MDK .
- d) Änderungen im → Ablaufstandart

3.8.1.5 Kalender:

Eine zentrale Bedeutung bei der Organisation nimmt der Kalender ein. Er wird mit MS → Outlook (aktuelle Version) geführt. So kann die PDL neben → Terminen und Terminserien die sonstigen Vorteile einer PC – gestützten Kalenders nutzen. Die Nachtwache druckt den aktuellen Tag aus. Durchzuführende Tätigkeiten werden abgezeichnet.

3.8.1.6 Übergaben:

Neben dem pflegerischen Anteil haben die → Übergaben auch einen organisatorischen Anteil. Dieser dient zu Informationsweiterleitung von einer Schicht an die Nächste.

3.8.1.7 Kooperationen

3.8.1.7.1 Derzeit besteht eine Kooperationsvereinbarung mit dem Diako Bremen. Wir sind Mitglied in BPA. Darüber hinaus halten wir enge Verbindungen zu Fach- und Hausärzten, Therapeuten, Ernährungs Beraterin Poschadel, Sanitätshaus Martens, Mitarbeiterin der freien Christengemeinde Behmann, Taxi Keller, Fotostudio Heiligenberg, Optiker Wessels, Bestattungsinstitut Sonnenburg, Herbrich, Hollenbeck, German Pellets, Agravis, Bogomail, R1 Systemhaus, HWV Sanitär, Nonne, Ecolab, Concordia, Nehlsen, Sauer und Windhorst, Datev u. Rümmler, Siemens, Bosch, Meyertechnik, Vita Nova so wie mit der Schwan Apotheke.

3.8.1.7.2 Zusammenarbeit mit Ärzten:

Die Zusammenarbeit mit den Ärzten erfolgt über das → Ärztfax, bzw. Telefon und den Visiten vor Ort.

3.8.1.7.3 Zusammenarbeit mit Pflege, Betreuung, HWS, Küche, Verwaltung, Hausmeister,... Findet jeden Montag 10 Uhr ein Meeting statt.

Weiter Möglichkeiten ist der direkte Schriftverkehr in den Posteingang des jeweiligen Bereiches.

3.8.1.8 Dienstenteilung Pflege

Der Tagesablauf für die Mitarbeiter im Hause wird durch die Leistungen Pro Tag in Vita Nova geregelt. Jede dieser „Dienstenteilungen“ bleibt (soweit keine Notfälle) solange gültig bis entweder spezielle Bewohnerwünsche berücksichtigt werden, oder im Rahmen der Qualitäts überprüfung Änderungen notwendig werden.

3.8.1.8.1 Sinn, Zweck der PC Einteilung aus Sicht der Bewohner

Geregelter Tagesablauf durch Transparenz

Größt mögliche Berücksichtigung individueller Wünsche trotz „Institutionalisierung“

Beispiel: Bew. A steht „immer“ um 8:30 auf, meldet nun 8:00 an, wir können reagieren.

3.8.1.8.2 Sinn, Zweck der PC Einteilung aus Sicht der Mitarbeiter

Übersicht und Sicherheit durch Einteilung und Vorgabe, dadurch schnelleres und gezielteres Handeln.

3.8.1.8.3 Sinn, Zweck der PC Einteilung aus Sicht der PDL

Ökonomische und effiziente Einteilung der Arbeit

Konkrete und Transparente Delegationsmöglichkeit (inklusive der Kontrolle)

Sehr gezielte und differenzierte Kontrollmechanismen möglich (Beispiel: Überprüfung der Pflegeln „A“ bei Bewln. „D“ um 9:20 Uhr mit einer Toleranz von xy Minuten möglich).

Einfache (wenn auch grobe) Überprüfung der Pflegestufen durch Kontrolle des durchschnittlichen Zeitaufwandes möglich.

3.8.1.8.4 Sinn, Zweck der PC Einteilung aus Sicht des „MDK“

„Sieht“ durch die schriftliche Fixierung der Aufgaben die Umsetzung des Leitbildes durch Transparenz (vereinfachte Kontrollfunktionen).

3.8.2 Leistung der sozialen Betreuung

3.8.2.1 Allgemein

- Prävention und Gesundheitsvorsorge
- Pflege und Hilfsmittel
- Reha - Möglichkeiten
- Religiöse Bedürfnisse

3.8.2.2 Sozialberatungen

- Persönliche Angelegenheiten
- Behördenkontakte
- Sprechstunden nach Erfordernis (jeder Zeit)
- Feste Ansprechpartner (lt. Organigramm und Stellenbeschreibung)
- Informationsgespräche über geplante Heimaufnahme

3.8.2.3 In welcher Form wird soziale Betreuung geleistet?

Die Atmosphäre des Hauses trägt einen familiären Charakter der Grund ist in der geringen Größe des Hauses zu finden und in der Beteiligung der Senioren am Tagesgeschehen, unter anderem auch das Einbeziehen in die Baumaßnahmen, in Form von Gesprächen (Infos). Es kann/wird auf spezielle Bedürfnisse Rücksicht



genommen werden, wie z. B. spontane Einkaufs-Kaffeefahrten, Gespräche, das Verteilen von Tips, für Bastelarbeiten usw. „man kennt sich und weiß, welcher Bedarf besteht.“

- (Vordruck) (Ordner anlegen nach Namen ordnen, Maßnahme einheften)

- Gruppenangebote (Diskussionen)
- Angehörigengruppen (Mensch ärgere Dich), Bibelstunde
- Orientierungstraining (Denksportspiele- Ratespiel, Kreuzworträtsel, „wie war das früher“?)
- Alltagspraktische Tätigkeiten, Stricken, Gemüse putzen, Raumpflege, Tisch eindecken/abdecken, Pflanzen begießen, aus Zeitung vorlesen,
- Teilnahme am öffentlich kulturellem Leben, Ausflüge
- Krisenintervention, Gespräche in der Gemeinschaft, Einzelgespräche
- Sterbebegleitung, durch PflegerInnen, Verwandte, Gemeindegliedern, Kirche

3.8.2.4 Ordnung, Sauberkeit und Hygiene

Sehr wichtig ist es uns, den typischen „Anstaltsgeruch“ zu vermeiden. Neben den standardisierten Checklisten der Reinigungskräfte wird ein besonderes Augenmerk auf die transparente Ordnung gelegt. Mit Hilfe des Hygienekonzept und der Unterstützung der Firma Ecolab sollte jeder Mitarbeiter das Gesuchte schnellsten finden.

3.8.2.5 Pflegefachliche Schwerpunkte

Pflegebedürftige ältere Menschen, ab Stufe „1

3.8.2.6 Gerontopsychiatrischer Pflege

Hier können wir gute Erfolge nachweisen

3.8.2.7 Gerontopsychiatrische Anforderungen

Wie schon oben vermerkt, streben wir nur Einzelzimmer an. Dem erhöhten Mobilitätsbedürfnis tragen wir mit unserer insgesamt sehr großzügigen Bauweise ohnehin Rechnung. Zusätzlich bieten wir den umfriedeten, sehr abwechslungsreichen Außenbereich. Vielfältige Orientierungshilfen und eine freundlichen Farbgebung runden das Bild ab.

3.8.2.8 Angebotsstruktur:

Halbjährliche Highligths wie z.B. Sommerfest, Betriebsausflug (der Bewohner), usw. .



Obst und Gemüse schälen, notwendige Bekleidungsstücke (z.B. für Enkelkinder, in Absprache mit den Angehörigen) zu erstellen. Ferner Handreichungen des alltäglichen Lebens durch die Bewohner, sowie indirekter Gymnastik bei WC – Gängen usw.

3.8.2.9 Wochenenddienst

Wird wie normal abgedeckt, da kein geringerer Pflege- und Betreuungsbedarf besteht.

3.8.2.10 Konzept , Einarbeitung Neuer?

- kennt der neue Mitarbeiter das Konzept? (Checkliste ausfüllen und abzeichnen lassen)
- systematische, umfassende und zielorientierte Einarbeitung
- Festlegung der Einarbeitungsdauer
- Durchführung der Einarbeitung dokumentieren
- Neues:
- Anpassung
- Konzeptweiterentwicklung

3.8.2.11 Namensliste Handzeichen?

Die Liste befindet sich im PC Bereich der Pflege

3.8.2.12 Stellen Beschreibung:

Liegen vor

3.8.2.13 B 3.3.7 Welche Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe werden benutzt?

Grundsatz: Alles dokumentieren!

Neben Übergabegesprächen, regelmäßigen Dienstbesprechungen, Teambesprechungen, Arbeitsanweisungen, PC runden individuelle Einzelbetreuung durch die PDL eine fast lückenlose Informationsweitergabe ab.

Leider findet der „menschliche Faktor“ aber immer noch Wege Informationen zu verlieren.

3.8.2.14 Pflegebezogene Fortbildung

Auslegen von Fachzeitschriften (Altenpflege) Kopien und andere (Ordner)

Durch kopieren des Inhaltsverzeichnisses werden die Informationen allgemein zugänglich und bestimmte Artikel werden auf Wunsch kopiert. Zusätzlich werden



allgemein interessante Berichte zur
Kenntnisnahme ausgelegt und die
Kenntnisnahme mit Unterschrift dokumentiert.

Zusätzlich liegt ein prospektiver Fortbildungsplan für die Pflege (pflegespezifisch und für alle Mitarbeiter (Grundsätzliches) vor

3.8.2.15 Durchführung der med. Behandlungspflege von qualif. Pflegefachkräften?

Die Pflegekräfte halten sich bei der Durchführung an die ärztlichen Anweisungen (schriftliche). Sie übernehmen nur solche Aufgaben, auf die sie fachlich vorbereitet sind, dokumentieren diese Maßnahmen und überwachen die Wirkung. Wo nötig, geben sie dem Arzt sofort Rückmeldung.

Es ist (gute Möglichkeit zu überprüfen) im PC festzuhalten, welche Behandlungspflege (in Vita Nova) von den Mitarbeitern geleistet wurde. Wenn möglich kann die Liste (Behandlungspflege) von den Ärzten abgezeichnet (Vorrichtung auf Vordruck) werden.

3.8.2.16 Medikamente

Alle Medikamente werden bewohnerbezogen und in abgeschlossenen Schränken bzw. Bereichen aufbewahrt. Soweit angezeigt in Kühlschrank oder ähnlich gelagert. Die Medikamente werden Geblistert für ca. sieben Tage an Hand der Angaben des Medikamentenblattes in der Pflegedokumentation vorgerichtet. Tropfen bzw. sonstige „verderbliche“ Medikamente selbstverständlich täglich frisch. Salben und ähnliches werde, im Dienstzimmer aufbewahrt. BTM werden im BTM Tresor aufbewahrt entnommene BTM werden auf dem BTM Blatt eingetragen. Der BTM Schlüssel wird in der Übergabe an die Nächste Fachkraft übergeben, und von dieser der Erhalt des Schlüssels bestätigt.

3.8.2.17 Beschwerdemanagement

Grundsätzlich wird versucht, Beschwerden sofort abzuwehren. Durch einen relativ offenen Umgang aller Beteiligten ist es uns gelungen, daß selbst „kleinere Bauchschmerzen“ schnell zur PDL / HL gelangen. Da es eine bekannte offensives Krisenmanagement gibt, bleibt der Kummerkasten meistens leer.

Häufig auftretende Probleme werden aufgegriffen und im QM Zyklus behandelt.

3.9 Evaluation

Auch der gesamte theoretische Grundlagenbereich unterliegt einer ständigen Veränderung. Das macht seine Evaluation notwendig, diese wird ca. ein mal jährlich durchgeführt, neben der allgemeinen Überprüfung auf Aktualität sollte insbesondere

- das Pflegeangebot
- das Pflegekonzept

detailliert überprüft und fortgeschrieben bzw. verändert werden. Dazu sind

Analysen über räumliche Struktur;
Besonderheiten des Hauses, Klientenstruktur;
Mitarbeiterstruktur und Kooperationspartner
hilfreich.



4 Küchenkonzeption (pflegerrelevanter Teil)

4.1.1 Speiseplan

Zur allgemeinen Orientierung und damit rechtzeitig auf individuelle Wünsche eingegangen werden kann, hängt ein Speiseplan aus.

4.1.2 Wahlmöglichkeiten

Grundsätzlich werden zwei Einheitsessen angeboten, unter anderem um den familiären Charakter zu stärken und um keinen Neid aufkommen zu lassen. Dies betrifft selbstverständlich nicht notwendige sonstige besondere Kostformen (Diät,...). Auf Grund des starken sozialen Gefalles unseres Klientel, versuchen wir über das Standardmaß hinausgehende Wunschkost zur Verfügung zu stellen.

Alle weiteren Fragen zu Speisenangeboten sind dem Küchenkonzept zu entnehmen.

4.1.3 Zubereitung der Nahrung

Im Sinne der aktivierenden Pflege (s.o.) wird die Nahrung nur wenn überhaupt nicht mehr vermeidbar, mundgerecht zubereitet. Eine Ausnahme hiervon ist das „Marmeladenfrühstück“ bzw. sonstige Mahlzeiten in denen hygienische Vorschriften dem aktivierenden Gedanken zuwider laufen.

4.1.4 Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten / Getränkeversorgung?

Grundsätzlich kann neben den Standardmahlzeiten jeder Zeit zusätzlich gegessen und getrunken werden. Im Sinne unseres familiären Charakters wird auf eine größere Flexibilität der Essenszeiten geachtet, gleichwohl werden individuelle Wünsche selbstverständlich berücksichtigt. Als Standard werden angeboten drei Haupt- (Früh, Mittag, Abend) mahlzeiten und drei Zwischen- (2. Früh, Kaffee, Spät) mahlzeiten .

Soweit medizinisch Indikationen vorliegen, sind weitere Standard - Mahlzeiten möglich.

Wunschessen unserer Bewohner werden über unsere Küchenleitung in den Speiseplan eingearbeitet.

Optional können selbstverständlich Mahlzeiten beliebig gewählt werden.

Die Versorgung mit Getränken umfaßt die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke. Dies stehen somit jeder Zeit, aber nicht (!) in unbegrenzter Menge zur Verfügung, sondern nur in Vernünftiger.

Grundsätzlich muß unser Klientel zum Trinken angehalten werden (ggfs. □ Bilanzblatt), ansonsten werden die Getränke auf Nachfrage ausgehändigt und angeboten.

4.1.5 Speiseversorgung nach individuellen Bedürfnissen

Grundsätzlich werden die Mahlzeiten im Speisesaal gereicht (Zimmerversorgung ohne Grund optional)



4.1.6 Zeitpunkt der Mahlzeiten
Dauer des Essens
kostenloses Angebot der Getränke

5 Hauswirtschaftliche Konzeption (pflegerrelevanter Teil)

B 3.3.9 Wird nach einem Hygieneplan gearbeitet
/ Hygiene - beauftragter?

6 Qualitätsmanagement

- Qualitätsplanung
- Qualitätslenkung
- Qualitätsprüfung
- Qualitätssicherung

6.1.1 Externes Qualitätssicherungsverfahren?

Dieser Schritt wird grundsätzlich durch den MDK (laufend bei Begutachtungen und periodisch durch Prüfungen nach § 80 SGB XI) durchgeführt.

6.1.2 sind innerbetriebliche Maßnahmen der Qualitätssicherung ausgewiesen? Fortbildung über Veranstaltungen

- Fachliteratur
- Arbeitsgruppen zu spezifischen Fachthemen
- Standards
- Pflegedokumentation
- Qualitätszirkel

6.1.3 Zufriedenheit

6.2 Teil C; Qualitätsüberprüfung beim Versicherten

C1 Allgemeine Angaben des Bewohners

C1.1 Allgemeine Angaben

C1.1.2 Begutachtungsanlaß

C 1.2 Einverständnis

C 1.4 Vorhandene Unterlagen

C 1.5 Anwesende Personen

C 2 Rahmenbedingung der individuellen Leistungserbringung

C.2.1 Erstbesuch

C 2.1.1 Informationen zum Leistungsangebot

Siehe A1, B1 und B2

Standartzettel?

C. 2.1.2 Erfragen von Wünschen und Erwartungen bei Neuaufnahme

Standartzettel?

C 2.1.3 Berücksichtigung der Wünsche und Erwartungen

Standartzettel? Und Doku von Wünschen und Verwirklichung

C 2.1.4 Zusatzleistungen

C 2.1.5 Kostentransparenz

C 2.3 Personal

C 2.3.1 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

C 2.3.2 Dauer von Signalgebung bis Versorgung?

C 2.3.3 Anklopfen / Eintritt in die Privatsphäre

C 2.3.4 Respektierung der Privatsphäre

C 2.3.5 Anrede des Bewohners

C 2.3.6 Information zur Pflegesituation

C 3 Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der direkten Pflege

C 3.1 Individuelle Pflegeberatung

C 3.1.1 Zufriedenheit über Beratung

C 3.2 Körperpflege

C 3.2.1 Unterstützung / Motivierung zur Eigenhilfe beim Waschen

C 3.2.2 Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Körperpflege

C 3.2.3 Unterstützung / Motivierung zur Eigenhilfe beim Anziehen/ Ausziehen

C 3.2.4 Selbstbestimmung bei der Kleidungswahl

C 3.2.5 Wäschekennzeichnung

C 3.2.6 Benutzung der Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, Zähne)

C 3.3 Ernährung

C 3.3.1 Speiseversorgung nach individuellen Bedürfnissen

C 3.3.2 Zeitpunkt der Mahlzeiten

C 3.3.3 Dauer des Essens

C 3.3.4 kostenloses Angebot der Getränke jederzeit ausreichend

C 3.4 Mobilität

C 3.4.1 Berücksichtigung individueller Wünsche

C 3.4.2 Ausreichend Zeit der Pflegekraft beim Aufstehen und Zubettgehen

C 3.5 Soziale Betreuung

C 3.5.1 Entsprechen die Angebote zur Unterhaltung und Beschäftigung ihren individuellen Interessen?

C 3.5.2 Erfolgt eine Motivation zur Teilnahme durch die Mitarbeiter?

C 3.6 Hauswirtschaftliche Versorgung

C 3.7.1 Sind Sie insgesamt mit der Betreuung zufrieden?

C 3.7.2 Haben Sie sich schon einmal beschwert bei der Pflegeeinrichtung?

C 3.7.3 Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?

C 3.7.4 Wünsche zur Betreuung?

C 3.8 Pflegerelevante Beobachtungen

C 3.8.1 Individuelle Gestaltung des Zimmers

C 3.8.2 Angemessener Umgang des Personals

C 3.8.3 Dokumentation Freiheits einschränkender Maßnahmen

C 3.8.4 Gewicht, Körpergröße und Ernährungszustand des Bewohners

C 3.8.5 Pflegezustand

C 4 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses (Pflegeplanung)

C 4.1 Gespräch vor oder beim Einzug

C 4.2 Stammdatenerfassung

C 4.3 Pflegeanamnese erstellt?

C 4.3.1 Biographiedaten

C 4.3.2 Differenzierte Aussagen zu Ressourcen / Fähigkeiten und Problemen / Defiziten

C 4.4 Formulierung individueller Pflegeziele

C 4.4.1 Überprüfbare Nahziele

C 8.2.11 Hauswirtschaftliche Versorgung lt. MDK

Diese gilt im Heim als gegeben, solange es keine gesetzliche Änderung gibt.

C 4.5 Planung individueller Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele

Werden bei der individuellen Pflegeprozessplanung berücksichtigt:

C 4.5.1 Prophylaktische Maßnahmen

C 4.5.2 soziale Betreuung

C 4.5.3 Pflegestandards, Leitlinien usw.

C 4.5.3.1 Werden die Standards und Leitlinien an die individuelle Situation des Bewohners angepasst?

C 4.6 Dokumentation der Durchführung mit Handzeichen?

C 4.7 Wird der Pflegebericht regelmäßig aktualisiert?

C 4.7.1 Kann der Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter bei akuten Ereignissen entnommen werden?

C 4.8 Regelmäßige Überprüfung der pflegeergebnisse und Pflegeplanung

C 4.9 Anwendung des Überleitbogens

C 4.10 Sachgerechter Umgang mit Dekubitusgefahr bzw. Dekubitus

C 4.11 Sachgemäßer Umgang bei Ernährungsdefiziten

C 4.12.1 Sachgerechter Umgang mit Urininkontinenz

C 4.12.2 sachgerechter Umgang mit Stuhlinkontinenz

C 4.13 Sachgerechter Umgang mit Gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen

C 4.14 Sachgerechter Umgang mit sonstigen Pflegesituationen

C 4.15 Delegation Behandlungspflegerischer Maßnahmen

C 4.15.1 Korrekte Dokumentation der Medikamente

C 4.15.2 Korrekte Dokumentation der Bedarfsmedikamente

C 4.15.3 Richten von Medikamenten

C 4.16 Richten der Medikamente
C 4.16 Aktueller wissenschaftlicher Stand
C 4.17 Personelle Kontinuität beim Bewohner
(Bereichspflege)



Anrede des Bewohners

s.o. Grundsätzlich werden bei uns alle Bewohner per Sie angesprochen, unabhängig davon wie die/der BewohnerIn die Pflegekraft anspricht. Abweichungen hiervon müssen dokumentiert werden.