

Pflege/ Betreuungskonzept

Allgemeines

Unsere Seniorenresidenz wurde im Jahre 2007/2008 in herkömmlicher Bauweise im Zentrum von Dresden- Löbtau von Grund auf saniert. Es ist ein unter Denkmal stehendes altes Fabrikgebäude mit einer angrenzenden Jugendstilvilla, in welchem sich früher die Glockengießerei von Dresden befand. Auf dem Nachbargrundstück betreibt die Volkssolidarität eine betreute Wohnanlage. Unsere Seniorenresidenz steht Ecke Reißewitzer- Mohorner Straße, in der Nähe des Bonhöfer Platzes. Von diesen Standpunkten aus kann man mit öffentlichen Verkehrsmitteln z.B. der Linie 61 und Linie 93 viele kulturelle Sehenswürdigkeiten im Zentrum der Altstadt von Dresden, welche gerade mal 3 km entfernt ist, besuchen. Die S- Bahn ist in 5 Gehminuten zu erlangen.

Die Kesselsdorfer Straße bietet zahlreiche Einkaufsmöglichkeiten und lädt zum Bummel ein.

Wir verstehen unsere Seniorenresidenz, als eine auf die besondere Lebenssituation dementer alter Menschen ausgerichteten Alternative zu traditionellen Heimen, d.h. einer Ergänzung und Erweiterung bestehender Heimversorgungsstrukturen.

Wenn das Nachlassen der geistigen Fähigkeiten, eine Orientierung in der aktuellen Umwelt, d.h. in der Regel der familiären Umwelt nicht mehr möglich ist, dann muss die Umwelt entsprechend diesen Einschränkungen angepasst werden.

Unsere Seniorenresidenz ist eine Wohn- und Lebensgemeinschaft bestehend aus 13 dementen Bewohnern je Ebene, unter Einbeziehung der Familien, Freunden, Bekannten und einem kleinen überschaubaren Mitarbeiterteam. Unsere Mitarbeiter sind 24h vor Ort für die Pflege und Betreuung der uns anvertrauten Bewohner verantwortlich und Ansprechpartner.

In unserer Seniorenresidenz werden alle Dinge vor Ort gemacht, die zum alltäglichen Leben gehören: Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Essen, Reinigung, Freizeit gestalten usw., soweit es die Fähigkeiten der Bewohner zulassen.

Wie und auch wann diese Dinge erledigt werden, ergibt sich aus den jeweiligen Fähigkeiten, Interessen, Persönlichkeiten aber auch Stimmungsschwankungen der Bewohner, in Begleitung eines Mitarbeiters.

In unserer Einrichtung wird nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, ethisch vertretbaren Wertvorstellungen, individuell und nach Pflegestandards gearbeitet.

Dafür stehen in unserer Seniorenresidenz neben Alltagsbegleitern, Pflegehelfern auch Krankenschwestern und Altenpfleger bereit. Die Pflegehilfskräfte bestehen aus Ergotherapeuten und Krankenpflegehelfern mit hoher sozialer Kompetenz, persönlichem Engagement und Verantwortungsbewusstsein. Unser Personal steht unter der Leitung einer verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung und sie erfüllen die Voraussetzungen der Heimpersonalverordnung. Die Heimleitung und Pflegedienstleitung sind in der Woche zwischen 9.00 – 16.00 Uhr im Büro erreichbar, oder nach vorheriger Terminabsprache.

In unserem Haus finden 52 Bewohner einen Heimplatz in 8 Doppelzimmern und 36 Einzelzimmern. Die angegebenen Zimmer, die Sanitäreinrichtungen und die Pflegebäder entsprechen der Heimindestbauverordnung. Die Seniorenresidenz verfügt über 1 Dienstzimmer, rein / unreine Räume auf jeder Ebene, 3 Pflegebäder, ein Ausweichzimmer sowie über ein „Wohnküche“ auf jeder Etage. Zum Bewohnerzimmerstandard gehören ein Kleiderschrank, ein Pflegebett, ein Tisch, Stuhl sowie ein Nachtschrank und soll so individuell wie möglich mit persönlichen Gegenständen erweitert werden. Auch Haustiere sind bei uns sehr gern willkommen und können einen Umzug erheblich erleichtern und den Lebensabend bereichern.

Die Essenversorgung mit einem reichhaltigen Speisenangebot wird von den Wohngruppenmitgliedern und der zuständigen Mitarbeiterin täglich frisch zubereitet.

Für die Flachwäsche und Bewohnerwäsche steht uns eine externe Firma zur Seite, Handtücher, Seiflappen, Tischwäsche und kleinere Wäschestücke werden im Haus gewaschen und dienen der Alltagsaktivierung.

Jedes Zimmer verfügt über einen Antennenanschluss und Telefonanschluss, der von der Einrichtung entgeltlich vergeben werden kann.

Pflegerische Ziele

Allgemeine Ziele der Pflege

Ziel unserer Pflege und Betreuung ist die Unterstützung des Bewohners im Erreichen und Erhalten des bestmöglichen Wohlbefindens. Die Pflege sorgt sich um die Gesundheit, der Genesung von Krankheit und Verletzungen, der Verarbeitung und Bewältigung von Erlebnissen und Einschränkungen und um optimale Bedingungen für das Sterben in Frieden.

Pflege und Betreuung sind ein zwischenmenschlicher Prozess. Sie basieren auf Wertschätzung und orientiert sich an den Bedürfnissen des Bewohners.

Ziel ist es, ein Vertrauensverhältnis zwischen Heimbewohner und Pflege/ Betreuungspersonal aufzubauen, um Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln und ein würdevolles, erträgliches Leben zu ermöglichen. Dazu steht unser Pflege/ Betreuungspersonal in voller Unterstützung und Begleitung im psychosozialen Bereich zur Verfügung.

Ebenso ist es unser Ziel, Hilfestellung bei Orientierung und Integration zu geben. Eine umfassende Pflegeanamnese und Ermittlung der noch vorhandenen Ressourcen und Probleme ist Voraussetzung für die ganzheitliche Pflege.

Unser Personal kennt die Erkrankung Demenz. Die räumlich angepasste Umgebung und das Pflegepersonal gewähren dem an Demenz leidenden Heimbewohner die nötige Sicherheit.

Ziele einzelner Pflegeinterventionen

Durch Beständigkeit und Einfachheit soll dem Heimbewohner Geborgenheit, Vertrautheit und Sicherheit gegeben werden. Ein Ziel ist die Verbesserung der sensomotorischen und kognitiven Fähigkeiten des Heimbewohners.

Ihm muss die Möglichkeit gegeben werden, seine Kontakte zu fördern und zu leben. Dem Bewohner muss geholfen werden, Teilabläufe des alltäglichen Lebens zu einem Ganzen zusammenzufügen. Konzentration- und Auffassungsfähigkeit sollen verbessert oder zumindest erhalten werden.

Konzeptionelle Voraussetzungen

Aufgrund von Gedächtnisverlust im Alter benötigen die Heimbewohner klare Strukturen und einen an ihre Bedürfnisse angepassten Tagesablauf. Dafür müssen räumliche zeitliche und personelle Voraussetzungen geschaffen werden.

Räumliche Gestaltung durch:

- Schaffung eines überschaubaren räumlichen Umfeldes und einer farblichen Nuancierung zwischen den einzelnen Wohnbereichen in sehr beruhigenden ansprechenden Farbtönen
- Ein „verlaufen“ wird vermieden indem wir die Zimmer räumlich so angeordnet haben, dass bei dem Verlassen der privaten Räumlichkeit der Bewohner keine langen Gänge vorfindet, sondern sich mitten in einer 150qm großen Wohnküche auf jeder Ebene befindet. Zur Orientierung erhält jeder Bewohner an seinem Zimmerzugang ein Namensschild mit einem vertrautem persönlichem Foto

- Individuelle und wohnliche Gestaltung. Es wird auf eine lebensgeschichtlich/biographisch orientierte Einrichtung und Möblierung mit altvertrauten Gebrauchsgegenständen Wert gelegt die Vertrautheit und Kontinuität verspricht.
- Private Räume geben die Möglichkeit sich zurückzuziehen.
- Ausreichende barrierefreie Wege gehören ebenfalls zu unserer Architektur, denn Bewegung ist für viele Demenzkranke eine wesentliche Tätigkeit, die sie selbständig und aus eigenem Antrieb kompetent ausführen können.
- Bereitstellung von Elementen mit hohem Vertrautheits- und auch Aufforderungscharakter (z.B. Regale mit Wäsche und Küchenutensilien, Garderoben, Knöpfe, Fenster mit interessanten Ausblicken)
- Anbindung an eine Terrasse und einen angrenzenden Garten. Dies erweitert den Lebensbereich durch einen direkten Natur- und Außenbezug. Die Weglaufgefahr wird durch eine Einfriedung und Bepflanzung des Gartengeländes zur Straße und benachbarten Grundstücken vermieden bzw. reduziert.

Organisatorische Voraussetzungen

- Schaffung eines Höchstmaßes an Autonomie für die Mitarbeiter, die Familien, die Freiwilligen
- Ausreichender Personalschlüssel für den Tag- und Nachtdienst
- ständig fortlaufende fachliche Schulung und Qualifikation der Mitarbeiter
- Teambesprechungen und Supervision. Diese sind notwendig für die psychische Gesundheit der Mitarbeiter und für deren fachliche Kompetenz
- Verlässliche und planbare Arbeitszeiten

Personelle Voraussetzungen

- es ist auf Beständigkeit der Gruppenmitglieder und des Betreuungspersonals zu achten
- Integration der Angehörigen
- Wir legen besonderen Wert auf die soziale Kompetenz unserer Mitarbeiter

Gestaltung des Alltags durch

- Berücksichtigung der Biographie, des bisherigen Lebensstils und des Lebensrhythmus des jeweiligen Bewohners
- Bei der Gestaltung des Tagesablaufs durch hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Pflege nehmen wir Rücksicht auf die Befindlichkeit unserer Bewohner, ihre gesundheitlichen Probleme und persönlichen Wünsche.
- Wir richten uns nicht nach einer starren Tagesstruktur, sondern erstellen im Rahmen einer individuellen Pflegeplanung gemeinsam mit dem Bewohner seine individuelle Tagesplanung. Wir begeben uns jeden Tag auf einen neuen Weg und reagieren flexibel auf die Wünsche und Befindlichkeiten unserer Bewohner.
- Bei uns darf jeder Bewohner aufstehen und schlafen gehen, wann er es möchte. Jeder Bewohner hat freie Entfaltungsmöglichkeiten und das Recht sich zurückzuziehen. Wir respektieren seinen Willen und „verführen“ ihn nicht an ungewollten Tätigkeiten oder Gruppenaktivitäten teilzunehmen.

Einbeziehung der Bewohner in die Alltagsgestaltung

Der Bewohner wird soweit in die Alltagsgestaltung einbezogen, dass eine Über- wie auch Unterforderung mit der Gefahr der psycho- physischen Dekompensation vermieden wird. Die Mitwirkungsmöglichkeiten entsprechen sowohl den Kompetenzen der einzelnen Bewohner und haben auch einen Bezug zu seiner jeweiligen Biographie.

Einbeziehung von Familien, Freunden, Bekannten und Freiwilligen in den Tagesablauf

Diese Außenpersonen werden als aktiv Mitgestaltende in den Alltag einbezogen - sie sind nicht nur Besucher, sondern Co-Mitarbeiter.

Aufrechterhaltung eines hohen Maßes an Flexibilität, d.h. eine immer wieder neu herzustellende Abstimmung des Handelns auf den Einzelnen

Diese Abstimmung der Anforderungen auf den Einzelnen und seine gegenwärtigen Fähigkeiten, berücksichtigt die Schwankungen in der Symptomatik und vermeidet Unter- und Überforderungen. Konkret heißt dies auch, täglich die Meßlatte der zu erwartenden Leistungen neu festzulegen.

Sinn und Zweck der Pflegestandards

Pflegestandards sind Tätigkeitsbeschreibungen der konkret zu erbringenden Leistung und sind Hilfsmittel und Kurzinformationen sowie Anleitung für das Pflegepersonal.

Pflegestandards sind nicht mit standardisierter Pflege zu verwechseln, sondern als Bausteine, aus denen individuelle Pflegepläne zusammengestellt werden.

Pflegestandards dieser Einrichtung sind verbindlich und fungieren als Dienstanweisung.

Mit der Anwendung des Pflegestandards bei der Pflegeplanung - Dokumentation – Durchführung, soll ein einheitliches Pflegekonzept ermöglicht werden. Dadurch wird bei wechselndem Personal gleich bleibende Pflegequalität gewährleistet.

Pflegestandards machen im angewandten Zustand unsere Pflege nachweisbar, wiederholbar und beurteilbar.

Organisation und Ablauf von Pflegeprozessen

Bezugspflege

Die Bezugspflege ist ein Pflegesystem, das dadurch gekennzeichnet ist, dass eine Pflegekraft die gesamte Pflegeverantwortung für einen (oder mehrere) Bewohner übernimmt.

Sie trägt die Verantwortung für die Erhebung der Pflegeanamnese und der Biographie des Bewohners, erstellt gemeinsam mit dem Bewohner die Pflegeplanung und kontrolliert die Durchführung der von ihr geplanten Maßnahmen bezüglich der Sach- und Fachlichkeit.

Sie hält Kontakt zu den Haus- und Fachärzten und informiert zeitnah die Pflegedienstleitung über alle Veränderungen des Gesundheitszustands oder des Pflegebedarfs ihrer Bewohner.

Unsere Ziele

Wir wollen die körperlich orientierte Pflege um weitreichende zwischenmenschliche Aspekte ergänzen. Im Mittelpunkt unserer Bezugspflege steht der Bewohner. Unsere Pflege und Betreuung richtet sich nach den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Gewohnheiten sowie nach der Biografie und den Ressourcen des Bewohners.

Durch die Bezugspflege soll sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner aufbauen.

Gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner sollen durch hohe personelle Kontinuität in der Pflege speziell gefördert werden.

Durch die große Eigenverantwortlichkeit der Bezugspflegeperson wird die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert.

Neben der Überschaubarkeit der relevanten Mitarbeiter gehört es auch, die Fluktuation der Mitarbeiter so gering wie möglich zu halten. Jedes neue Gesicht wird als fremd erlebt und trägt zur Verunsicherung bei und eben dies gilt es zu minimieren.

Die Mitarbeiter organisieren sich in eine feste, überschaubare, verantwortliche Mitarbeitergruppe. Die Dienstpläne unserer Einrichtung sind speziell darauf ausgelegt, das für jeden Bereich Stammpersonal geplant ist und dieses seine jeweilige Vertretung hat.

Pflegemodell der AEDL =Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens

Wir arbeiten anhand des rehabilitierenden, aktivitätsfördernden Pflegemodells der Prozesspflege von Monika Krohwinkel, das auf 13 AEDL's basiert.

Wir haben uns für das Pflegemodell von Monika Krohwinkel entschieden, weil dieses Pflegemodell einzelne Lebensbereiche eines Menschen voneinander unterscheidet und gleichzeitig berücksichtigt, dass jeder Lebensbereich die anderen wechselseitig beeinflusst. Dadurch eignet sich das Modell besonders für langfristige Pflegebeziehungen, wie sie im Heim entstehen.

Kybernetische Regelkreis

Pflegeanamnese = Informationssammlung

Während des Erstgesprächs, das möglichst vor dem Einzug in unsere Einrichtung in der Häuslichkeit des künftigen Bewohners von unserer Pflegedienstleiterin oder deren Stellvertretung geführt wird, werden die ersten Stammdaten und Informationen zum Pflegebedarf erhoben.

Beim Einzug werden diese ergänzt und im Stammbblatt eingetragen. Während der ersten Woche wird anhand der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens die Pflegeanamnese erhoben und die Pflegesituation bei der Aufnahme beschrieben.

Biographische Daten sowie die Krankengeschichte und die medizinischen Diagnosen werden auf den dafür vorgesehenen Dokumentationsformularen festgehalten.

Erkennen der Ressourcen und Probleme

Anhand der erhobenen Daten werden die Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners und seiner Umwelt sowie seine Probleme bei der Bewältigung des Alltags erfasst und schriftlich festgehalten. Der Bedarf an Hilfsmitteln, vorhandene Hilfsmittel ebenso deren Einsatz werden in allen AEDL's ermittelt und geplant. Erst dieser Schritt ermöglicht uns die Benennung realistischer, erreichbarer und überprüfbarer Ziele.

Festlegen der Pflegeziele

Auf der Grundlage der ersten beiden Schritte werden für und zusammen mit dem Bewohner realistische, erreichbare und überprüfbare Pflegeziele festgelegt.

Realistisch bedeutet, dass die Ziele sachlich und wirklichkeitsnah sind. Erreichbar bedeutet, dass die Ziele tatsächlich erreicht werden können. Überprüfbar bedeutet, dass der Erfolg/Misserfolg anhand eines Vergleiches zwischen der Ausgangs- und der Überprüfungssituation messbar ist.

Wir legen überwiegend Nahziele fest, weil sie schneller erreicht werden können und dadurch den Bewohner stärker motivieren. Sie beziehen sich auf die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeiten sowie auf Linderung der Beeinträchtigungen.

Dieser Schritt gibt uns die Richtung zur Festlegung handlungsleitender Maßnahmen vor.

Planung der Maßnahmen

Die erforderlichen Maßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele werden konkret und handlungsleitend beschrieben: wer, was, wann, wie und wie oft tun muss. Der Bewohner wird beraten und in die Festlegung der Maßnahmen eingebunden.

Die Maßnahmen können kompensatorisch (vollständige Übernahme), teilweise kompensatorisch (teilweise Übernahme), unterstützend (Führung bei der Durchführung) und anleitend (Verbale oder taktile Instruktion/Anbahnung) sein.

Diese Phase muss innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem Einzug erfolgt und abgeschlossen sein. Dieser Schritt bildet die Grundlage für die geplanten pflegerischen Handlungen.

Durchführung und Dokumentation

Die Durchführung der festgelegten geplanten Maßnahmen ist für jeden unserer Mitarbeiter verpflichtend. Abweichungen müssen begründet und transparent für alle Mitarbeiter im Pflegebericht dokumentiert werden.

In der Leistungserfassung wird täglich die Durchführung der geplanten Maßnahmen mit dem Handzeichen des durchführenden Mitarbeiters bestätigt.

Im Pflegebericht finden sich ebenfalls Angaben über die Visiten der Haus- und Fachärzte. Der Pflegebericht spiegelt die aktuelle Situation und den aktuellen Gesundheitszustand des Bewohners wieder. Dieser Schritt bildet die Grundlage zur Evaluation.

Auswertung = Evaluation = Ist- / Soll – Analyse

Die Auswertung führt die Bezugspflegefachkraft zu einem in der Pflegeplanung festgelegten Zeitpunkt bzw. bei Veränderungen des Gesundheitszustandes oder des Pflegebedarfs des Bewohners durch. Die Häufigkeit der Überprüfung richtet sich nach dem Krankheitsbild und dem Schweregrad der vorherrschenden Pflegeprobleme. Zentrales Thema der Auswertung ist die Antwort auf die Frage: Sind die festgelegten Pflegeziele erreicht worden? Wenn nicht, woran lag es? Darüber hinaus wird geprüft, ob es neue Informationen gibt.

Dieser Schritt schließt den ersten Regelkreis, führt zum Schritt 1 zurück und stellt die Grundlage für die Erstellung einer neuen Pflegeplanung.

In der ersten Pflegeplanung erfassen wir jedes AEDL indem die fördernden Lebensbedingungen (Ressourcen) und Fähigkeiten unter Berücksichtigung der Biographie zuerst, dann die Risikofaktoren und die erforderliche Prophylaxe erkannt und beschrieben werden. Anhand dieser Informationen werden die Probleme und die erreichbaren Ziele festgelegt. Zum Schluss werden die konkrete, benötigte Beratung und die Hilfestellungen in einer Maßnahmen- und Tagesplanung festgeschrieben.

In den nachfolgenden Pflegeplanungen werden AEDL´s in denen der Bewohner volle Selbständigkeit hat nicht berücksichtigt. Lediglich während der Anamnese muss die Pflegefachkraft überprüfen, ob diese Selbständigkeit noch vorhanden ist.

Dieses Vorgehen begründen wir mit dem Grundsatz professioneller Pflege, dass Pflegekräfte nur in den Bereichen tätig werden, wo ihre Unterstützung erforderlich und gewünscht ist.

Die folgende Kurzbeschreibung der einzelnen Aktivitäten und Erfahrungen des Lebens ist nur eine kurze Darstellung und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

AEDL 1 Kommunizieren können

Es gibt verbale (Sprache) und nonverbale (Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.) Kommunikation.

Grundsätzlich gilt: ein Mensch kann nicht Nichtkommunizieren.

Menschen kommunizieren stets und ununterbrochen von Geburt an bis zum Tod. Es wird immer Wissen erhoben, Informationen werden ausgetauscht sowie Stimmungen und Gefühle werden vermittelt und wahrgenommen.

Die wichtigsten Organe der Kommunikation sind unsere Sinnesorgane: Augen (Sehen), Ohren (Hören), Nase (Riechen), Zunge und Nase (Schmecken), Haut (Tasten und Spüren) und unsere Sprache (verbale Informationsäußerungen).

Darüber hinaus trägt auch unsere Orientierung bezüglich Personen (sich selbst und andere Personen erkennen), Situationen (situative Zusammenhänge und Absichten erkennen), Zeit (Tages- und Jahreszeit erkennen), Raum (Orte erkennen) zur Kommunikation bei.

Die Mitarbeiter, die unmittelbar mit den Bewohnern arbeiten, sind über die Bedeutung der Kommunikation und deren Einschränkungen informiert.

Während des Pflegeprozesses wird das Ausmaß der Einschränkung in der Kommunikationsfähigkeit des Bewohners ermittelt und in der Planung und Durchführung der darauf abgestimmten pflegerischen Maßnahmen berücksichtigt.

Gespräche im Bereich der Biographiearbeit werden mit dem Einverständnis der Bewohner mit deren Angehörigen oder anderen Bezugspersonen angestrebt.

Die Pflegemitarbeiter fördern den Kontakt der Bewohner untereinander. Die Funktionsfähigkeit der Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Zahnprothese) wird regelmäßig überprüft.

Die Pflegekräfte kooperieren mit anderen Berufsgruppen: Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte, ArzthelferInnen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden sowie Heilpraktiker.

AEDL 2 Sich bewegen können

Es gibt vielfache Ursachen für Bewegungseinschränkungen: orthopädische, neurologische, psychische und allgemeine.

Die Pflegefachkräfte kennen Krankheitsbilder, die zur Bewegungseinschränkungen führen können und sie können die Symptome diesen Krankheitsbildern zuordnen.

Sie erfassen in der Pflegeanamnese die körperlichen Möglichkeiten und Einschränkungen des Bewohners und planen gemeinsam mit dem Bewohner und anderen Berufsgruppen fördernde Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität.

Die Pflegekräfte erkennen Risiken für Dekubitus und Kontrakturen und beherrschen prophylaktische Maßnahmen.

Die eingesetzten Hilfsmittel (Gehhilfen, Rollstühle, Lagerungshilfsmittel usw.) werden regelmäßig auf Funktionstüchtigkeit überprüft.

Die Pflegemitarbeiter fördern die Bewegungsfähigkeit des Bewohners, indem sie ihn zur Bewegung motivieren, ihm begleitete Spaziergänge im Haus und außerhalb des Hauses anbieten, seine Gelenke während der direkten Pflege passiv bewegen oder seine Lagerung geplant durchführen.

Die Pflegefachkräfte fordern von den behandelnden Haus- und Fachärzten Verordnungen physiotherapeutischer Mitbehandlung und Hilfsmittel ein. Bei Bedarf wird von der Bezugspflegefachkraft für den Bewohner Kontakt mit niedergelassenen Therapeuten hergestellt.

AEDL 3 Vitale Funktionen aufrechterhalten

Viele akute und chronische Krankheiten verursachen Störungen des Herz- und Lungensystems und der Temperaturregulation des Körpers.

Die Pflegefachkräfte verfügen über Kenntnisse und Fähigkeiten um Symptome von Fieber, Durchblutungs- und Atemstörungen frühzeitig zu erkennen, wirksame Erste Hilfe zu leisten und Notfallmaßnahmen einzuleiten.

Um vorbeugende Maßnahmen durchführen zu können werden die Bewohner bzw. deren Angehörige bei der Pflegeanamnese bezüglich Risikofaktoren und Ereignisse in der Vergangenheit befragt. Diese Informationen werden in der Pflegeplanung berücksichtigt.

Es wird eine genaue Krankenbeobachtung in den Bereichen: Atmung, Hautfarbe, Bewusstsein und Körpertemperatur durchgeführt.

Bei Bedarf oder auf ärztliche Verordnung werden Puls und Blutdruck gemessen.

Ebenso auf ärztliche Verordnung erfolgt die Sauerstoffgabe, Absaugen des Bronchialsekrets und Pflege der Trachealkanülen.

Die Pflegefachkräfte sichern die Versorgung der Bewohner mit Medikamenten entsprechend der ärztlichen Anordnungen. Sie reichen die Medikamente und, in begründeten Fällen, überwachen sie deren Einnahme.

Jeder Bewohner hat eine/-n eigene/-n Hausärztin/Hausarzt, die/der im Rahmen der Hausbesuche den Bewohner medizinisch betreut und mit uns kooperiert.

Wir bemühen uns auch Fachärzte zu gewinnen, die bereit sind Hausbesuche bei unseren Bewohnern durchzuführen.

AEDL 4 Sich pflegen können

Meistens sind es Probleme in der Bewegungsfähigkeit oder in der Kognition, die zum Defizit im Bereich der Körperpflege führen.

Die Pflegekräfte schützen die Intimsphäre der Bewohner bei sämtlichen pflegerischen Maßnahmen. Sie kennen die täglichen Gepflogenheiten und Gewohnheiten jedes Bewohners. Sie ermitteln in welchen Bereichen der Körperpflege Hilfe, Unterstützung oder Anleitung notwendig sind und beraten bei der Auswahl geeigneter Körperpflegemittel. Angebote zur Fußpflege und zum Friseur im Haus werden vermittelt.

Die Bezugspflegekräfte planen und organisieren fördernde Pflegemaßnahmen.

Eine genaue Hautbeobachtung findet statt, krankhafte Hautveränderungen werden in den Berichten dokumentiert und der Hausarzt wird verständigt.

Wunden werden nach ärztlicher Anweisung verbunden. Wir informieren die Hausärzte über moderne Verbände und Wundauflagen und bemühen uns darum entsprechende Verordnungen zu erhalten.

Wir kooperieren mit einer externen Wundtherapeutin.

AEDL 5 Essen und trinken können

Verschiedene körperliche, psychische und kognitive Beeinträchtigungen können zum Hilfebedarf in diesem Bereich führen.

Die Einnahme der angebotenen fünf Mahlzeiten findet in unserer Wohnküche statt. Der Bewohner kann jedoch individuell wählen ob er in seinem Zimmer essen möchte. Zum Frühstück und zum Abendbrot bieten wir ein Buffet mit süßem und herzhaftem Aufstrich, Wurst, Käse, Salaten, frischem Obst und Gemüse an, bei umtriebigen Bewohnern reichen wir auch zwischendurch Fingerfood. Das Eindecken des Tisches wird mit den Bewohnern gemeinsam vollzogen und dient der visuellen Vorbereitung auf das Essen. Das Mittagessen wird in jedem Wohnbereich von den Mitarbeitern und den Bewohnern selbst gekocht, die Zubereitung soll die Motorik erhalten, aktivieren, die Sinne ansprechen und den Alltag nachempfinden.

Vorlieben und Abneigungen des Bewohners werden in der Pflegeanamnese erhoben und bei der Planung der Mahlzeiten berücksichtigt. Wir verstehen die Mahlzeiten als Teil des rehabilitierenden Pflegeprozesses und motivieren unsere Bewohner stets ihre vorhandenen Fähigkeiten einzusetzen.

Wird Gefahr einer Unterversorgung festgestellt, erfolgt eine Berechnung des Energiebedarfs, der Flüssigkeitsmenge und des Proteinbedarfs. Daraufhin wird der Hausarzt informiert und mit ihm der Bedarf abgestimmt. Die aufgenommenen Mengen der Flüssigkeiten und der Nahrung werden dokumentiert. In Absprache mit dem Hausarzt wird dem Bewohner hochkalorische Zusatznahrung angeboten, bzw. auf ärztliche Anordnung subkutane Flüssigkeitssubstitution durchgeführt.

Die Pflegemitarbeiter kennen verschiedene ernährungsabhängige Krankheitsbilder und entsprechende Diäten. Bewohner mit einer Magensonde, PEG oder PEJ werden angemessen überwacht und gelagert.

AEDL 6 Ausscheiden können

Probleme in der Mobilität oder in der Kognition, Herzerkrankungen, Erkrankungen des Urogenital-Traktes, des Magen-Darm-Traktes oder Nebenwirkungen bestimmter Medikamente können zur Entstehung eines Selbstpflegedefizits bei der Ausscheidung führen. Die Pflegemitarbeiter wissen, dass es dem Bewohner schwer fällt über Probleme und benötigte Hilfestellung bei der Ausscheidung zu sprechen. Sie sind in der Lage, taktvoll und einfühlsam die betroffenen Bewohner zu beraten und zu unterstützen.

Eine sorgfältige Beobachtung der Ausscheidungen und der Haut gehört zu den Hauptaufgaben bei Inkontinenz. Mit gefährdeten/betroffenen Bewohnern wird nach Auswertung eines über 5 Tage

geführten Miktionsprotokolls ein Toilettentraining zur Kontinenzförderung geplant und durchgeführt. Betroffene Bewohner werden bei der Auswahl geeigneter Inkontinenzhilfsmittel beraten und bei den Toilettengängen und beim Wechsel der Inkontinenzhilfsmittel unterstützt. Bei vorhandenen Risiken wird Harnwegsinfekt- und/oder Obstipationsprophylaxe durchgeführt. Pflege eines Blasenverweilkatheters oder eines Stoma wird geplant und fachgerecht durchgeführt.

AEDL 7 Sich kleiden können

Einschränkungen in der Mobilität, dementielle und psychische Veränderungen und soziale Isolation führen oft zu Defiziten in der Fähigkeit der Kleiderwahl und Kleiderwechsels. Die Fähigkeit des Bewohners sich selbstständig zu kleiden, der Bedarf an Anziehhilfen und erforderliche Hilfestellung werden in der Pflegeplanung festgehalten. Die Vorlieben und Gewohnheiten bei der Art sich zu kleiden werden dabei berücksichtigt. Jedes Bewohnerzimmer verfügt über Möglichkeiten die persönliche Kleidung angemessen aufzubewahren.

AEDL 8 Ruhen und schlafen und sich entspannen können

Bestimmte Erkrankungen, Schmerzen und individuelle Sorgen und Nöte wirken sich negativ auf das Schlafverhalten aus. Die Pflegemitarbeiter kennen entsprechende Krankheitsbilder, die Ursachen von Schlafstörungen, den Umgang damit und Wirkung sowie Nebenwirkungen der Schlafmittel. Sie erfassen in der Pflegeanamnese die individuellen Schlafgewohnheiten des Bewohners. Wir sprechen uns gegen die Sedierung unserer Bewohner aus und versuchen durch ausreichende Stimulation tagsüber den Tag/Nachtrhythmus positiv zu beeinflussen.

Entsprechend den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners wird Hilfe beim Aufsuchen und beim Verlassen des Bettes angeboten. In der Nacht werden im Bedarfsfall Getränke und Speisen angeboten sowie Begleitung zur Toilette und geeignete Inkontinenzversorgung. Es besteht die Möglichkeit mit den Mitarbeitern der Nachtschicht ein Gespräch zu führen oder die Wohnküche zu nutzen.

AEDL 9 Sich beschäftigen können

Erkrankungen, Kräfteverlust, Schmerzen und soziale Veränderungen schränken oft die Beschäftigungsmöglichkeiten ein. Eine sinnvolle Beschäftigung trägt zu einer möglichst hohen Lebensqualität bei, die sich nicht allein auf geistig rege Bewohner beschränkt.

Den Mitarbeitern sind aus der Biographie des Bewohners seine bisherigen Vorlieben und Hobbys bekannt. Die Angebote werden auf die Bedürfnisse der Bewohner in ihrer jeweiligen Wohngruppe abgestimmt.

Neben der Zubereitung von Mahlzeiten und hauswirtschaftlichen Aspekten haben wir Angebote zum Gedächtnistraining und Ratespiele, die im geistig-psychischen Bereich wirken. Basteln fördert die Feinmotorik und wird zur Gestaltung der Wohnküchen genutzt, Singen spricht das Gedächtnis an und vermittelt Wohlgefühl, Gymnastik fördert die Mobilität. Die Beschäftigungen in unseren Wohngruppen fördern das Gruppengefühl, bringen Abwechslung in den Alltag und vermitteln ein besseres Verständnis der Bewohner untereinander. Diese Aktivitäten fließen zeitlos und unbegrenzt in den Alltag ein und können aufgrund der baulichen Gegebenheiten spontan und flexibel geschehen. Die Jahreszeiten werden in Form von Fasching, Frühlings-, Sommer- und Oktoberfest, Laternenumzug, Adventsfeiern und Silvesterfeuerwerk betont.

AEDL 10 Sich als Mann oder Frau fühlen können

Die Mitarbeiter nehmen jede Bewohnerin/jeden Bewohner als Frau oder Mann wahr.

Sie respektieren, unterstützen und fördern seine Identität und schützen seine Intimsphäre. Die Bewohnerin/ der Bewohner wird auch in ihrer/seiner Rolle als Mutter/Großmutter oder Vater/Großvater wahrgenommen. Eine ungestörte Zweisamkeit bei Partnern und Ehepaaren wird ermöglicht.

Die Mitarbeiter verfügen über ein ausreichendes Wissen in Bezug auf historische Ereignisse, die auf die Biographie des Bewohners Einfluss gehabt haben und wissen über mögliche Traumata während des

Krieges, die unsere Bewohner erlebt haben könnten. Die Wünsche des Bewohners nach einer weiblichen oder männlichen Pflegekraft werden möglichst berücksichtigt. Persönliche Wünsche zur Kleidung, Frisur, Düften und Schmuck werden als identitätsfördernd erkannt und in das Pflegegeschehen miteinbezogen.

AEDL 11 Für eine sichere Umgebung sorgen können

Einschränkungen in der Mobilität und Feinmotorik, Seh- und Hörbeeinträchtigungen, geistige und psychische Erkrankungen können zu Defiziten in der selbständigen Wahrung der eigenen Sicherheit des Bewohners führen. Wir sind der Meinung, dass es in unserem Leben keine 100% Sicherheit gibt. Wir können lediglich versuchen, im Rahmen unserer strukturellen, finanziellen und fachlichen Möglichkeiten die Risiken zu minimieren, können die Gefahren jedoch nicht gänzlich ausschließen oder eliminieren. Die Bezugspflegefachkraft erhebt bei der Pflegeanamnese eventuelle Risiken und plant entsprechende Prophylaxen. Sie berät den Bewohner bezüglich einer sicheren Einrichtung seines Zimmers und erklärt die Bedienung der Notrufanlage. Freiheitseinschränkende Maßnahmen werden bei uns ausschließlich auf eigenen, schriftlich verfassten Wunsch des Bewohners, auf richterliche Anordnung oder bei Notwehr/Nothilfe durchgeführt.

Wir richten und verabreichen die Medikamente entsprechend der Verordnung des Hausarztes und, in begründeten Fällen, überwachen deren Einnahme. Die Pflegefachkräfte haben Kenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen der gängigen Medikamente.

Wir kooperieren mit der URS Apotheke in Dresden, die uns mit den Medikamenten beliefert sowie 1x wöchentlich poucht, 2 x jährlich prüft und unsere Mitarbeiter schult.

Wir wahren die Schweigepflicht und halten die Hygienevorschriften ein.

AEDL12 Soziale Bereiche sichern können

Es gibt vielfältige Ursachen für Defizite im Bereich der sozialen Beziehungen: Verlust des Lebenspartners, Verlust der gewohnten Umgebung, behindernde Lebensumstände, Erkrankungen... Die Mitarbeiter erfassen bestehende Kontakte des Bewohners, ermöglichen und fördern die Pflege der Freundschaften und Beziehungen zur Familie, Nachbarn, Vereinsbrüdern usw. Sie fördern die Kontakte zu den Mitbewohnern und gehen selbst persönliche Beziehungen zu den Bewohnern ein.

AEDL13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Jeder Mensch unabhängig seines Lebensalters benötigt Fähigkeiten und Ressourcen um existenzfördernde Erfahrungen machen zu können und um mit existenzbelastenden- und -gefährdenden Erfahrungen umgehen zu können. Fördernde Erfahrungen sind: Unabhängigkeit im Denken, im Wollen, im Entscheiden, im Handeln, im Ausdruck von Gefühlen und Wohlbefinden. Auch Wertschätzung, Geborgenheit, Zuwendung, Zugehörigkeit, für Andere da sein, Sicherheit und Zuversicht erfahren, gehören zur existenzfördernden Erfahrungen. Weltanschauung, eigene Werte und Religion können existenzfördernd oder -gefährdend wirken. Schmerzen und Ängste können die Existenz stark negativ beeinflussen.

Die Mitarbeiter kennen die Schlüsselbedeutung dieses Bereiches. Während des Erstgesprächs und bei der Erhebung der Pflegeanamnese werden Informationen über Gründe zur Freude und Hoffnung und über erlittene Verluste, Ängste und Sorgen erfragt und dokumentiert. Die persönliche Lebensgeschichte wird im Biographieformular erfasst. Die Mitarbeiter kennen die verschiedenen Formen von Schmerzen, führen eine Schmerzerfassung und Schmerzprotokolle und können dem behandelnden Arzt die Informationen beschreiben.

AEDL13 Sterben und Tod

Für alle Menschen ist das Thema Sterben und Tod verständlicherweise sehr angstbehaftet und bedrohlich. Davon sind auch wir betroffen. Trotzdem versuchen wir mit Sterben und Tod offen umzugehen und die Tabuisierung zu durchbrechen. Wir fragen beim Einzug nach Vollmachten und Patientenverfügungen und regen entsprechende Gespräche der Angehörigen mit dem Bewohner an. Bei Angehörigenabenden bieten wir in regelmäßigen Abständen Informationen zu diesem Thema und Beratung an. Die Ängste des Bewohners vor dem Tod und vor dem Sterben nehmen wir sehr ernst. Wir versuchen diese zu lindern durch: unsere Gesprächsbereitschaft, die Zusicherung der Schmerzlindeung, Schaffung der Möglichkeiten mit einem Geistlichen seiner Glaubensrichtung zu sprechen, Einbindung seiner Angehörige in seine Pflege und Begleitung während des Sterbeprozesses. Nach dem Tod des Bewohners haben seine Familie, Freunde und Bekannte und mit ihm befreundete Bewohner die Möglichkeit in seinem Zimmer von ihm Abschied zu nehmen.

Biographie

Durch Kenntnis und Reaktivierung des lebensgeschichtlichen Bezugsrahmens können Identität und Selbstwertgefühl von demenzten Bewohner stabilisiert werden.

Neben der Kenntnis der individuellen Biographie, gehört eine Kenntnis der allgemeinen Geschichte aus der Kindheit, der Jugendzeit und der jungen Erwachsenenzeit der Bewohner. Neben der allgemein politischen Situation in der damaligen Zeit, sind auch Kenntnisse über die sozialen Umstände, die kulturellen Trends und die Modeerscheinungen der damaligen Zeit eine wichtige Kenntnis zur Gestaltung eines heimischen und vertrauten Alltags.

Die Individualität des Menschen ist immer auch Ergebnis seiner einzigartigen Lebensgeschichte. Die Suche des gemeinsamen Weges, setzt neben einer wachen Beobachtungsfähigkeit auch die Auseinandersetzung mit der Biographie des Bewohners voraus.

Erst vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Bewohners können sein Verhalten, seine Persönlichkeit und seine Motive verstanden werden.

Die Aufrechterhaltung seiner Identität gelingt dem Bewohner dann am Ehesten, wenn sich seine Lebensgeschichte, seine Lebensgewohnheiten und sein Lebensstil in dem heutigen Alltag widerspiegeln.

Jeder Mensch hat seine Gewohnheiten und Rituale. Jeder Mensch hat seine bestimmte Art aufzustehen, ins Bett zu gehen, sich anzuziehen, sich auszuziehen, auf Toilette zu gehen usw. Diese Gewohnheiten, mögen sie noch so absonderlich sein, gehören zur Individualität eines jeden Menschen. Wahrscheinlich fühlt man sich da am ehesten zuhause, wo man genau diese "Marotten" unsanktioniert leben darf.

In der Unterstützung von unseren Bewohnern gilt es deshalb in besonderer Weise, diese "Lebensgewohnheiten" zu erkennen und es ihm zu ermöglichen diese zu leben.

Dabei gilt es zu bedenken, dass es für jeden Menschen äußerst schwierig ist, andere Menschen an diesen "Gewohnheiten" teilhaben zu lassen oder ihnen auch diese mitzuteilen.

Menschen entwickeln im Verlaufe ihres Lebens ihre ganz persönlichen Interessen und Neigungen. Die zum Teil auch sehr verdeckten Interessen und Neigungen eines Bewohners liefern jedoch den Rohstoff für die sehr persönliche Alltagsgestaltung. Hieran anzuknüpfen vermittelt dem Bewohner Vertrautheit und Akzeptanz.

Dokumentation

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiges Arbeitsmittel der professionellen Pflege. Die Pflegedokumentation dient der Sicherstellung der nächsten Arbeitsschritte der Pflegenden und der Kooperation bei der Versorgung der Bewohner im Pflegeteam und mit beteiligten Berufsgruppen wie Ärzten. Sie umfasst alle Berichte, Formulare über den Pflegeverlauf der jeweiligen Person in einer Akte. Ihr wichtigster Teil ist aus pflegerischer Sicht die Pflegeplanung.

Die Pflegedokumentation ist eine Form, die alle schriftlichen Berichte, Strichlisten, Pläne und gelegentlich anfallende Formulare etc. über eine Person in einer Akte über den Pflegeverlauf dieser Person zusammenführt.

Benutzt wird sie von uns täglich bei Übergaben, Dienstbesprechungen und dem zeitnahen Notieren aller wichtigen Tätigkeiten. Sie wird z.B. bei Arztvisiten und bei Überprüfungen der internen Qualitätssicherungsverfahren herangezogen.

Auf die Frage, was dokumentiert werden muss und welche Angaben nicht erforderlich sind, hilft ein Merksatz von Reinhard Lay: „Was praxisrelevant, vergütungsrelevant, prüfungsrelevant oder juristisch erforderlich ist, wird vollständig, wahr und klar dokumentiert.“

Aus folgenden Gründen erforderlich:

- Informationsmaterial ist jederzeit verfügbar
- Kommunikation und Kooperation werden erleichtert
- Kontrolle über Verlauf und Beurteilung sowie Maßnahmen, Wirkung wird aus kontinuierlicher Dokumentation nachvollziehbar
- juristische Absicherung

Die Pflegeüberleitung ist im Standard „Entlassungsmanagement“ geregelt.

Pflegevisite & Hausbesuche

Definition

"Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei und ein Gespräch mit dem Patienten über den Pflegeprozess. Sie dient der gemeinsamen Benennung der Pflegeprobleme und Ressourcen bzw. der Pflegediagnosen, der Vereinbarung von gewünschten Pflegezielen, der Art, Menge und Häufigkeit der nötigen Pflegemaßnahmen und schließlich der Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der Pflege" (Heering, 2004).

Mit der Pflegevisite überprüft die PDL den Pflegeprozess. In einem Gespräch soll der Bedarf oder Wünsche nach pflegerischer Unterstützung aktualisiert werden.

Die Pflegevisite umfasst die Prüfung der Prozessdokumentation und ein Gespräch mit dem Bewohner. Dabei werden die AEDL- Bereiche betrachtet ,um differenzierte Informationen und pflegerelevante Daten über den einzelnen Bewohner zu erhalten.

Ziele

- Einbeziehung des Bewohners und seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen, personenzentrierten Pflege in die Planung und Bewertung der Pflege
- Entscheidung des Bewohners für oder gegen eine Maßnahme auf Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegefachkraft
- Steigerung der Zufriedenheit des Bewohners und der Transparenz des Pflegeprozesses für alle Beteiligten

- Systematische Überprüfung der Arbeit der professionell Pflegenden und ggf. Anpassung der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsstrategien durch Auswertung der Visitenprotokolle, indem die ermittelten strukturellen, organisatorischen und personellen Qualitätsdefizite beseitigt werden
- Regelmäßige Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Dienstplanung
- Hohe Qualität der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistung der einzelnen Mitarbeiter und positives oder negatives Feedback
- Einhaltung der Leistungs- und Qualitätskriterien
- Beschwerdemanagement

Zuständige Person

- Pflegedienstleitung
- Stellvertretende Pflegedienstleitung
- Qualitätsbeauftragter

Bei jedem Pflegebedürftigen wird in regelmäßigen Abständen eine Pflegevisite durchgeführt: in der PS 1 aller 3 Monate; PS 2 aller 3 Monate; PS 3 aller 2 Monat

Die bei der Visite gewonnen Informationen werden dokumentiert und an die betreuenden Mitarbeiter weitergeben.

Sofern sich aus der Visite relevante Änderungen in der Pflegeprozessplanung ergeben oder sonstige relevante Informationen erhoben werden, müssen die Veränderungen in protokollierten Besprechungen thematisiert werden.

Der Ablauf ist im hausinternen Standard „Pflegevisite“ näher geregelt.

Hausbesuch

Zur Feststellung des tatsächlichen Pflegebedarfs und der Pflegesituation führt unsere leitende Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung einen Ersthausbesuch beim Bewohner und/oder seinem näheren persönlichen Umfeld durch, sofern es die Zeit bis zur Aufnahme erlaubt und keine Gründe dagegen sprechen.

Bei diesem Ersthausbesuch wird eine Pflegeanamnese des Bewohners erhoben und schriftlich festgehalten.

Möchte der Bewohner unsere Leistungen in Anspruch nehmen, werden Informationen zum Pflegebedarf, die Möglichkeit der aktivierenden Pflege sowie die Ressourcen des Kunden ermittelt und in das Pflegedokumentationssystem eingetragen. Angehörige des Kunden werden in die Datenerhebung mit einbezogen. Kulturelle, religiöse und weitere individuelle Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse des Kunden werden ebenso erfragt.

Dienstübergabe

Der mündliche Teil der Übergabe muss sich für einen reibungslos, organisierten Ablauf und zur Gewährleistung gewissenhafter Pflege/ Betreuungsleistungen nach festen Regeln vollziehen.

Die Dienstzeiten, sowie dementsprechend die Übergaben sind abhängig von der jeweiligen Wohngemeinschaft und orientieren sich an dessen Tagesstruktur und Gewohnheiten unserer Bewohner. Wir als Pflege/Betreuungsteam gestalten unsere Arbeitszeiten flexibel und bewohnerorientiert.

- Übergabeort ist die jeweilige Ebene, bzw. das Dienstzimmer
- keine Privatgespräche während der Übergabe

- Übergabe findet in allen Schichten statt
- dient der besseren Kommunikation und Koordinierung bzw. Kooperation im Team
- interne Qualitätssicherung

Interne Qualitätssicherung und Qualitätszirkel und Qualitätsbeauftragter

„Qualität ist der Grad an Übereinstimmung zwischen den Zielen und der wirklich geleisteten Versorgung.“

Qualität wird unterteilt in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Die Aufgaben eines Qualitätsbeauftragten sind dabei die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Ziele werden mit Zustimmung der Einrichtungsleitung festgelegt. Der Qualitätsbeauftragte erfüllt die Aufgaben nach der Zielsetzung in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern unter Einbezug des Qualitätsmanagements des Trägers der Pflegeeinrichtung.

Qualitätszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, die das große Potential von Wissen, Ideenreichtum, Erfahrung und Verantwortungsbereitschaft der Mitarbeitenden aktivieren. Sie zielen vor allem auf die Verbesserung von Arbeitsabläufen ab. Dadurch lassen sich neben der Qualität der Dienstleistungen auch die Leistungspotentiale der Mitarbeiter und möglicherweise das Betriebsklima verbessern. Ausführliche Informationen zu diesem Thema sind in internen Standards nachzulesen.

Personalanforderungen

Für die Betreuung und Begleitung dementer alter Menschen eignen sich Mitarbeiter, die psychisch stabil sind und sich somit selbst gut und psychisch gesund fühlen.

Zu dieser eigenen inneren Stabilität gehört dann auch die Fähigkeit, demente alte Menschen in ihren Eigenheiten aushalten zu können und sie nicht mit eigenen Normvorstellungen zu überfrachten.

Die eigene innere Stabilität ermöglicht es, den dementen Menschen in seinem noch so verrückt und verwirrenden Sosein anzunehmen und von dort einen gemeinsamen Weg zu entdecken.

Jede Begegnung mit einem dementen alten Menschen ist eine Einladung, sich auf einen gemeinsamen Weg einzulassen, dessen Ziel man erst im Verlaufe des gemeinsamen Weges näher kennen lernt.

"Der Weg ist das Ziel", ist in diesem Sinne eine wichtige Grundeinstellung in der Begegnung und Betreuung dementer alter Menschen.

Zu den wichtigsten Grundsätzen zum Umgang mit dementiell Erkrankten gehört die Vermeidung von "Nein".

Das Erlebnis von Grenzen und Zurückweisungen sollte möglichst vermieden werden, weil den Bewohnern die Fähigkeit in die Gründe des "Neins" zu blicken geschwächt sind.

Ein weiterer Aspekt ist in diesem Zusammenhang nicht zu vernachlässigen, das ist die professionelle Kompetenz.

Entsprechend dem Grundsatz fachliche und berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse, vermeiden Angst und Verunsicherung auf Seiten der Mitarbeiter, gilt es Mitarbeiter zu schulen und für diese hochkomplexe Aufgabe zu qualifizieren und sie fachlich und menschlich in ihrer Tätigkeit zu begleiten.

Die Mitarbeiter unseres Demenzzentrums rekrutieren sich nicht aus einer bestimmten Berufsgruppe wie z.B. nur: Altenpflege oder Sozialarbeit;

...vielmehr richtet sich unser Augenmerk auf persönliche Voraussetzungen, wie psychische Gesundheit, Beziehungsfähigkeit, Organisationsfähigkeit, Haushaltserfahrungen und einer Grundhaltung der Mitarbeiter dem dementen alten Menschen gegenüber, die von Respekt, Partnerschaftlichkeit und Akzeptanz geprägt ist.

Die Alltagsbegleiter kochen, putzen und pflegen; sie begleiten und betreuen,

kommunizieren und validieren, schlichten Auseinandersetzungen und sorgen für Wohlbefinden. Sie managen – im umfassenden Sinne des Wortes – den Alltag von 13 pflegebedürftigen Menschen in unserer Wohngemeinschaft.

Kernaufgabe der Mitarbeiter ist die Essenszubereitung und hauswirtschaftliche Versorgung, aber auch die gemeinsame Versorgung von Haustieren und das Pflegen unseres Kräutergartens. Die Speisenzubereitung wird ausschließlich innerhalb der Wohngemeinschaft in der Wohnküche erfolgen. Es soll dabei ein Maximum an Teilnahme und Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen innerhalb der Wohngemeinschaft erreicht werden, wobei die hygienischen Vorschriften eingehalten werden. Zum Normalitätsprinzip gehört auch die soziale Betreuung der Bewohner in Form von Gedächtnistraining, ROT, Biographiearbeit, singen, basteln, aber auch die Teilnahme an unserer Sportgruppe die in den Tagesablauf integriert werden.

Wir akzeptieren aber auch das Bedürfnis nach Ruhe, Alleinsein und Nichtstun.

Das gemeinsame basteln und handwerken fördert nicht nur die Feinmotorik und den Gruppenzusammenhalt, sondern dient auch der Gestaltung und Verschönerung der Wohnküchen und privaten Rückzugsräume unserer Bewohner.

Jede Pflegefachkraft ist für eine Wohngruppe in allen pflegerischen Belangen verantwortlich. Sie ist für ihre Bewohner und deren Angehörige die Ansprechpartnerin und ist für den Pflegeprozess verantwortlich. Sie trägt die Verantwortung für die Erhebung der Pflegeanamnese und der Biographie des Bewohners, erstellt gemeinsam mit dem Bewohner die Pflegeplanung und kontrolliert die Durchführung der von ihr geplanten Maßnahmen bezüglich der Sach- und Fachlichkeit. Sie hält Kontakt zu den Haus- und Fachärzten und informiert zeitnah die Pflegedienstleitung über alle Veränderungen des Gesundheitszustands oder des Pflegebedarfs ihrer Bewohner. Sie hat aber ebenso das Recht wie auch die Pflicht sich am Alltagsgeschehen zu beteiligen, die Alltagsgestalter zu unterstützen und das Miteinander zu forcieren.

Unser Anspruch ist das Miteinander. Wir sehen keinen Unterschied zwischen „Fachkräften“ und „Hilfskräften“, da wir nur gemeinsam zum Wohl des Bewohners sorgen können und jeder Einsatzbereich ohne den anderen nicht vollkommen ist. Nur als Team leisten wir die adäquate und fachliche Pflege und Betreuung die unseren Qualitätsmaßstäben gerecht wird.

Angehörigenarbeit

Die Identität eines Bewohners hängt immer auch aufs Engste mit seinen familiären Bezügen zusammen. Die Familienmitglieder wie Ehepartner, Kinder, Enkel, Urenkel erinnern den Bewohner an seine existentielle soziale Einbindung.

Die Kenntnis der familiären Vorerfahrungen sowohl der Ursprungsfamilie als auch der eigenen Familie tragen wesentlich zum Verständnis des Bewohners bei.

Besuche von Angehörigen signalisieren dem Bewohner darüber hinaus diese biographisch tief greifende existentielle Bindung.

Die Einbeziehung von Angehörigen bildet somit einen wesentlichen Baustein in der Vermittlung von Sicherheit und Verlässlichkeit.

Durch Einbeziehung der Familien der Bewohner; wird nicht nur ein Bruch im bisherigen Beziehungsgefüge vermieden, sondern vor allem das Selbstverständnis im Sinne von Familienunterstützung und -entlastung gelebt.

Führungsgrundsätze

Unsere Führungskräfte sind offen, ehrlich, verlässlich, verantwortungsbewusst, fair, an der Lebensqualität der Bewohner und der Mitarbeiter interessiert. Sie sehen in erster Linie die Stärken

unserer Mitarbeiter, sie sprechen Anerkennung aus und schätzen deren Eigeninitiative. Kreativität aller Mitarbeiter, verschiedene Meinungen und Ideen sind gewollt und werden bewusst gefördert.

Sie ermöglichen Mitarbeitern ihre Arbeitsergebnisse zu vertreten.

Führungskräfte vereinbaren eindeutige, erreichbare Ziele mit ihren Mitarbeitern und überwachen die Zielerreichung. Ausreichende Ressourcen und realistische Rahmenbedingungen müssen Teil der Zielvereinbarungen sein. Bei knappen Ressourcen müssen Prioritäten gesetzt werden.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig in Dienstbesprechungen und Teamsitzungen informiert. Gemeinsam soll eine Besprechungskultur gefördert werden, in der alle Teilnehmer Verantwortung für den Verlauf der Sitzungen übernehmen.

Jeder unserer Mitarbeiter hat Anspruch auf einen klar festgelegten Aufgabenbereich, innerhalb dessen er eigenverantwortlich entscheidet und handelt. Delegierte Aufgaben und Befugnisse müssen aufeinander abgestimmt sein, weil sonst kein eigenverantwortliches Handeln möglich ist. Weitergabe von Verantwortung macht Erfolgskontrolle durch die Vorgesetzten nötig, was sich in konstruktiver, sachlicher Kritik äußern soll. Schließlich wollen wir aus Fehlern gemeinsam lernen.

Arbeitsplätze besetzen wir so, dass die ausgewählten Mitarbeiter für die jeweiligen Aufgaben fachlich und persönlich geeignet sind. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter muss sorgfältig erfolgen, und die Fähigkeiten jedes einzelnen sollen gezielt gefördert werden. Eine gute Integration aller Mitarbeiter in ihren Teamkreis ist dabei von großer Bedeutung.