



Seniorenheim Neandertal Pflegekonzept

Wir richten unsere Arbeit sowohl nach unserem Pflege- und Betreuungsleitbild, welches auch die im WTG beschriebenen 8 Artikel der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ beinhaltet, als auch nach den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) aus.

Ziel unseres Konzeptes ist es, unseren Bewohnerinnen und Bewohnern Sicherheit und Hilfe zu bieten.

1. Grundlagen unseres Pflegekonzeptes

1.1 Pflege- und Betreuungsleitbild des Seniorenheim Neandertal

In Kapitel 1/ 2.2.1 unseres QM- Handbuchs findet sich unser Leitbild, welches unter dem Leitgedanken „Begegnet älteren Menschen mit Achtung und hilft ihnen, wo ihr könnt“ (3. Mose 19,32) darstellt, wie wir mit den Bewohnern zusammen deren Leben hier im Haus gestalten wollen.

1.2 Begutachtungsassessment nach dem SGB IX oder Begutachtungs-Richtlinien - BRi

„Mit dem ab 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialen Pflegeversicherung ist die Einführung eines Begutachtungsinstrumentes verbunden, das die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK (Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) grundlegend verändert hat.

Seit dem 1. Januar 2017 steht nicht mehr der verrichtungsbezogene Hilfebedarf in Minuten im Fokus. Entscheidend für die Festlegung des Pflegegrades ist nun der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen. Bei der Begutachtung werden die Ressourcen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen differenziert erfasst. Dieser ressourcenorientierte Ansatz ermöglicht zudem eine systematische Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarf. (siehe: „Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit“ MDS, 2016)

Das Begutachtungsassessment untergliedert die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in folgende Bereiche:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Bei Einschränkungen der Bewohner bzw. Bewohnerinnen in den genannten Bereichen sollen sie umfassende Hilfe erfahren, durch die Ressourcen gefördert und Defizite ausgeglichen werden.

Unter Berücksichtigung unseres christlichen Pflegeleitbildes verknüpfen wir die 8 Artikel der Charta inhaltlich mit den 6 Bereichen des Begutachtungsassessment.

2. Der Pflegeprozess:

Der Pflegeprozess beginnt bei Einzug des Pflegebedürftigen und gilt für den gesamten Aufenthalt.

2.1. Informationssammlung

Der ersten Phase kommt besondere Bedeutung zu. Sie ist das Fundament des gesamten weiteren Ablaufs. Die Pflege(bedarfs)erhebung durch das Aufnahmegespräch und unter Berücksichtigung aller relevanter Quellen (z.B. der Pflegeanamnese, der Wünsche des Bewohners), das Erkennen und Beschreiben pflegerelevanter Fähigkeiten und Probleme des Pflegebedürftigen im Hinblick auf den Gesundheits- und Lebensprozess sowie die Abschätzung der zugrunde liegenden Ursachen machen deutlich, wie die Versorgung und Betreuung zu planen ist.

2.2 Individuelle Pflegeplanung

erfolgt in Form einer Tagesstruktur und unter Einbeziehung aller individueller Risiken und notwendiger Prophylaxen.

Dabei stellen wir uns folgende Fragen:

- Ist die geplante Maßnahme auf den Bewohner zugeschnitten und an ihn angepasst?
- Können Erfolge anhand von Standards nachgewiesen und gemessen werden (Bilanzierungen, Gewichtsreduktion, etc.)?
- Wird die Pflegemaßnahme vom Bew. toleriert und ist er damit einverstanden?
- Sind die geplanten Maßnahmen umsetzbar? Ist das Ziel für den Bewohner realistisch?

Anmerkung: Ziele sind nicht zwingend in schriftlicher Form vorhanden!

Die Planung der Maßnahmen ist Aufgabe ausgebildeter Pflegepersonen.

Die Pflegeplanung setzt sich zusammen aus der Informationssammlung und Einschätzung der Risiken sowie der Fähigkeiten bzw. Defizite des Bewohners.

2.3 Der Pflegeprozess in 6 Stufen:

Informationssammlung: Die Informationen vom Bewohner oder über ihn bilden den Beginn des Pflegeprozesses. Bereits hier bilden sich auch Ziele heraus, die der Bewohner ggf. selbst formuliert.

Erkennen von Fähigkeiten und Problemen. Die pflegfachliche Einschätzung der examinieren Pflege-mitarbeiter legt im Besonderen die Fähigkeiten und Probleme offen.

Festlegen der Pflegeziele: Das Festlegen der Pflegeziele ist nicht zwingend schriftlich fixiert, jedoch immer Bestandteil eines geplanten Vorgehens.

Planung der Pflegemaßnahmen: In einer Tagesstruktur werden die Maßnahmen konkret eingebunden. Sie bestehen aus den Wünschen der Bewohner, Erfordernissen und ärztlichen Anordnungen.

Durchführung der Pflege: Die Pflege wird von den MitarbeiterInnen der Pflegebereiche nach der erstellten Tagesstruktur durchgeführt.

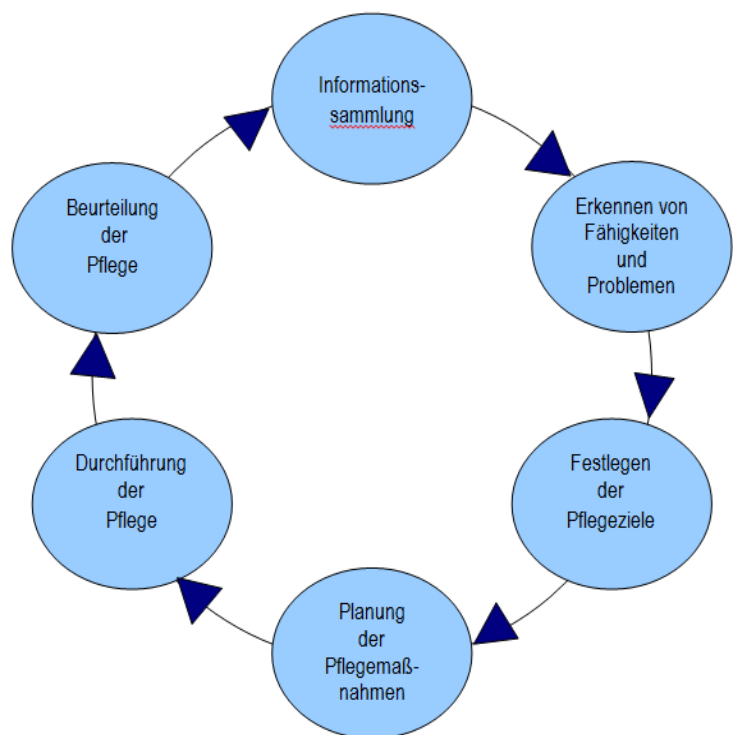
Beurteilung der Pflege (Evaluation): Die Beurteilung der geplanten Pflegemaßnahmen findet durch regelmäßige Evaluationen und /oder Pflegevisiten statt, u.a. anhand der abgezeichneten Leistungen, der Berichtseinträge über den Zustand des Bewohners/ der Bewohnerin. Ggf. werden die Maßnahmen und die Tagesstruktur angepasst. Der Evaluationsrhythmus bei Gefährdungen ist abhängig vom Gefährdungsgrad. Eine Hauptquelle der Auswertung ist der Pflegebedürftige selbst. Er soll - wo immer möglich – aktiv am Auswertungsprozess beteiligt werden.

2.4 Pflegedokumentation:

Die Pflegedokumentation ist wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses. Wir legen Wert auf eine vollständige und lückenlose Dokumentation. Sie macht allen an der Pflege und Versorgung Beteiligten deutlich, auf welche Weise der Bewohner/ die Bewohnerin zu versorgen ist.

Aus Informationssammlung und Pflegeplanung wird in einem EDV-gestützten Programm eine Tagesstruktur gebildet.

An stationären PC's werden die Planungen und ein umfassendes Berichtssystem erstellt.



Wir nutzen mobile Handgeräte, die uns jederzeit in die Lage versetzen, die geplanten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abzulesen, zu bestätigen und anzupassen. Die pflegerelevanten Informationen können so in „Kurzform“ zur Pflege am Bewohner mitgenommen werden. Hierbei werden geplante Maßnahmen mit der Durchführung abgeglichen.

Im Zuge der Veränderungen der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit stellten wir Anfang 2017 unsere Einrichtung auf die Systematik der BRi (siehe 1.2) um.

Dadurch, dass die Systematik der BRi der der Maßnahmenplanung zugrunde liegt, kann auch eingeschätzt werden, ob der aktuelle Pflegegrad des Bewohners/der Bewohnerin noch zutreffend ist.

Durch diverse Verknüpfungen zwischen den gesammelten Informationen in unserem EDV- Programm ist es nicht mehr notwendig, diese mitunter an verschiedenen Stellen der Dokumentation erneut zu benennen.

Auch erleichtert unser Programm die Arbeit dadurch, dass es erinnert:

- an noch offene Maßnahmen
- an notwendige Berichte
- an offene, relevante Informationen (z.B. in Stammdaten, in den Assessments, in den Sturzprotokollen...)
- an Termine wie (Evaluationen der Planung, Erneuerung div. Bescheinigungen wie Inkontinenz, Zuzahlungsbefreiungen oder auch von Fixierung).

Es zeigt jeder anwesenden Pflegekraft zeitnah, welche Tätigkeit bereits ausgeführt wurde.

Wir haben uns trotz Entbürokratisierung dafür entschieden, bei jedem Bewohner alle Gefährdungen und Risiken zu erfassen, nicht nur die für ihn aktuell relevanten. Auch müssen weiterhin einige Einzelleistungsnachweise abgezeichnet werden.

Pflegeberichte dienen als Dokumentation des Verlaufs, des Befindens und ggf. des Verhaltens des Bewohners sowie eventueller Abweichungen von der Pflegeplanung

3. Pflegesystem

Die Umsetzung des Pflegeprozesses als Beziehungs- und Problemlösungsprozess erfordert ein zielorientiertes Pflegesystem. Wir nutzen das Bezugspflegesystem.

Das Besondere daran ist die Verantwortung einer examinierten Pflegefachkraft für die komplette Versorgung einer überschaubaren Zahl von Bewohnern. Die Bezugspflegekraft koordiniert alle Maßnahmen, die für eine ganzheitliche Pflege notwendig sind. Sie ist von der Aufnahme bis zur Entlassung für eine Bewohnergruppe verantwortlich.

Bezugspflege im Seniorenheim Neandertal ist wie folgt organisiert:

Die Beziehungsgestaltung zum Bewohner geschieht durch die Bezugspflegekraft in der Regel von der Aufnahme bis zum Abschied. Ein Wechsel der Bezugspflegekraft wird nötig, wenn der Bewohner umzieht, die Pflegekraft den Bereich wechselt, sich evtl. ihre Stellengröße ändert oder sich die Beziehung ungünstig auf Bewohner oder Pflegekraft auswirkt.

Die Bezugspflegekraft pflegt in ihrer Anwesenheit wenn möglich die ihr zugeordneten Bewohner, mindestens aber einen Teil davon, abhängig von der Anzahl der ihr zugeteilten Bewohner. Ist sie nicht selbst an der Pflege beteiligt, so ist sie doch verantwortlich dafür, dass auch die KollegInnen nach ihren Vorgaben pflegen können.

Die Bezugspflegekraft ist verantwortlich für den gesamten Pflegeprozess ihrer zugeordneten Bewohner. Sie entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Bewohner, ggf. Angehörigen und der Wohnbereichsleitung sowie dem sozialen Dienst die Pflegeplanungen und entwickelt eine Tagesstruktur.

Weiterhin ist sie zuständig für die Überwachung der Pflegedokumentation, das Festsetzen der pflegerischen Verordnungen nach Rücksprache und/oder unter Zusammenarbeit mit der Wohnbereichsleitung. Außerdem ist sie beteiligt an der Pflegevisite.

Die Bezugspflegekraft hält intensiven Kontakt zu ihren Bewohnern, ist Ansprechpartner für Wünsche und Bedürfnisse und hält regelmäßigen, mind. aber 1x monatlich, Kontakt zu Angehörigen und Betreuern, sofern diese es wünschen.

Sie sorgt für die notwendige ärztliche und therapeutische Versorgung.

Alle anderen Pflegemitarbeiter führen in Abwesenheit der Bezugspflegekraft die Pflege der Bewohner nach der Pflegeplanung aus, die die Bezugspflegekraft vorgegeben hat. Abweichungen werden begründet und entsprechend dokumentiert.

Bei Auftreten unvorhergesehener Pflegeprobleme ist die zuständige Bezugspflegekraft, in deren Abwesenheit die Wohnbereichsleitung, deren Stellvertretung oder die Pflegedienstleitung zu informieren, um notwendige Anweisungen einzuholen.

Während des Urlaubs oder kürzerer Fehlzeiten einer Bezugspflegekraft übernimmt ggf. die Wohnbereichsleitung die Bewohnergruppe der fehlenden Mitarbeiterin als Vertretende mit allen Aufgaben.

Bei mehr als einer abwesenden Bezugspflegekraft werden die Bewohner dieser Mitarbeiter zu gleichen Teilen den anderen Bezugspflegekräften zugeteilt.

Um als Bezugspflegekraft eingesetzt zu werden, ist eine Stellengröße von mindestens 54% notwendig und eine Beschäftigung im Haus seit mind. 5 Wochen.

Die Wohnbereichsleitung bespricht mit der Pflegedienstleitung, wer als Bezugspflegekraft eingesetzt wird und wie groß die ihr zugeteilte Bewohnergruppe sein soll.

4. Qualitätssicherung

Der Wert unserer Arbeit misst sich in erster Linie an der Zufriedenheit unserer Bewohner.

Zur Sicherung und Verbesserung unserer pflegerischen Abläufe setzen wir folgende Instrumente und Methoden in unserer Einrichtung ein:

- Grundlage § 80 SGB XI
- Qualitätshandbuch, dessen Inhalte verbindlich für die Mitarbeiter sind und das unsere Qualität darstellt
- Qualitätsbeauftragter, zur ständigen Qualitätsüberprüfung und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen
- Pflegestandards sowie nationale Expertenstandards, die verbindlich Pflegeabläufe vorgeben
- Pflegevisiten, durch die die Qualität der Pflege überprüft wird
- Beschwerdemanagement, zur Erfassung von Beschwerden und Wünschen
- Qualitätszirkel, die sich gezielt mit einzelnen Themen befassen und deren Inhalte auf unseren Qualitätsanspruch hin bearbeiten
- Schnittstellenmanagement durch eine Steuerungsgruppe, die Probleme bei Arbeitsabläufen, an denen mehrere Abteilungen beteiligt sind, anspricht und klärt bzw. eine Klärung einleitet
- Fort- und Weiterbildungen, um Mitarbeiter immer auf dem aktuellen Stand zu halten
- Hausinterne Besprechungen, zur Klärung von Arbeitsabläufen innerhalb einzelner Abteilungen

Das Seniorenheim Neandertal ist Mitglied der paritätischen Qualitätsgemeinschaft. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen fließen in die Arbeit der Qualitätssicherung und –verbesserung mit ein.