

Pflegekonzept

- 1. Vorwort
- 2. Zielgruppen, Aufnahme- und Ausschlusskriterien
- 3. Pflege theoretische Grundlagen
 - 3.1 Das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens
 - 3.1.1 Schlüsselkonzepte und Rahmenmodell
 - 3.1.2 Die AEDL-Struktur
 - 3.2 Einbeziehung der Biographiearbeit in die Pflege und Betreuung
 - 3.3 Gerontopsychiatrische Betreuung
- 4. Angaben zur Pflegeorganisation
- 5. Die Umsetzung des Pflegeprozesses
 - 5.1 Die Informationssammlung zu den AEDL
 - 5.2 Die Pflegeplanung
 - 5.3 Durchführung der Pflegemaßnahmen
 - 5.4 Die Auswertung (Evaluation)
 - 5.5 Das verwendete Pflegedokumentationssystem
- 6. Aufbau- und Ablauforganisation
 - 6.1 Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen
 - 6.2 Informationsweiterleitung und deren Sicherstellung
 - 6.3 Dienstplanung / Einsatz- und Tourenplanung
- 7. Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege und Betreuung
- 8. Angaben zum Qualitätssicherungssystem
 - 8.1 Interne Qualitätssicherung
 - 8.1.1 Einsatz von Qualitätsbeauftragten
 - 8.1.2 Qualitätszirkel
 - 8.1.3 Fachliche Überprüfung der Pflege
 - 8.1.4 Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards
 - 8.1.5 Risikomanagement
 - 8.1.6 Umgang mit Beschwerden oder Hinweisen
 - 8.1.7 Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
 - 8.2 Externe Qualitätssicherung
- 9. Fort- und Weiterbildung

1. Vorwort

Das vorliegende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot unseres Pflegedienstes und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Vorrangig präzisiert es Zielsetzungen und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter.

Basierend auf dem Pflegeleitbild bietet es eindeutige Aussagen darüber, nach welcher Pflege Theorie in unserer Einrichtung gehandelt werden soll. Das schriftlich fixierte Pflegekonzept dient demnach der Orientierung und der Schaffung eines Rahmens, in dem der Mitarbeiter die Vorstellungen und Zielsetzungen der Gesamtorganisation erkennen kann. Ferner dient es zur Außendarstellung unserer Einrichtung, zur Transparenz und zur Orientierung der Patienten, Angehörigen, Betreuer und zuständigen Behörden. (Der Einfachheit halber wird im Weiteren nur noch von Patienten gesprochen, diese Definition trifft Behandlungs- und Grundpflegeleistungen zum großen Teil gleichermaßen)

Das hier vorliegende Konzept unterliegt einer dauerhaften Weiterentwicklung und Aktualisierung. Es wurde unter Beteiligung der verantwortlichen Pflegefachkraft und der Qualitätsbeauftragten in Zusammenarbeit mit einer externen Beratungsfirma entwickelt und mit den Mitarbeitern des Pflegebereichs eingehend diskutiert, um Transparenz über die Inhalte zu schaffen.

Das Pflegekonzept löst die bisher gültige Pflegekonzeption ab, da sich pflege theoretische Grundlagen weiterentwickelt und verändert haben. Viele Neuerungen wurden bereits umgesetzt und Prozesse optimiert; an der Einführung verschiedener anderer Maßnahmen wird intensiv gearbeitet. Im strukturellen Bereich sind langfristig Entwicklungen umgesetzt worden. Ziel dabei war es, zeitgemäße Voraussetzungen zu schaffen, um eine noch individuellere und am Patient orientierte Pflege und Betreuung leisten zu können, denn dies steht im Vordergrund all unserer Bemühungen.

Die Entwicklung eines zusätzlichen Konzepts zur Betreuung von Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wird diskutiert.

Das vorliegende Pflegekonzept dient allen Mitarbeitern als verbindliche Richtlinie für kundenorientiertes, qualitätsbewusstes und verantwortliches Handeln.

2. Zielgruppen, Aufnahme- und Ausschlusskriterien

Aufnahme in unsere Betreuung finden Personen, die pflegebedürftig sind oder andere Leistungen von uns wünschen (hauswirtschaftliche Unterstützung etc.).

Eine Spezialisierung auf bestimmte Fallgruppen gibt es nicht. Es finden alle Personen Aufnahme, die in die zuvor genannten Kriterien einzuordnen sind, jedoch wird im Einzelfall durch die Pflegedienstleitung entschieden, für welche Personen die Möglichkeit einer fachlichen Betreuung gegeben ist.

Patienten mit demenziellen Erkrankungen nehmen einen immer größeren Anteil ein.

3. Pflege theoretische Grundlagen

Die Erfüllung praktischer Aufgaben sollte stets reflektiert und theoriegeleitet erfolgen. Die Mitarbeiter des Pflegebereichs können durch ein zugrunde liegendes Pflegemodell ein reflektierendes Verständnis ihres pflegerischen Handelns entwickeln und sind nicht mehr allein auf eigene Erfahrungen, übernommene Alltagstheorien und intuitives Wissen angewiesen.

Ein Pflegemodell ist eine gedankliche Konstruktion von dem, was Pflege ist oder sein soll; es dient demnach der Vereinfachung und Beschreibung der Wirklichkeit.

3.1 Das Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens

Grundlage des pflegerischen Handelns in unserer Einrichtung ist das „**Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens**“ nach Monika Krohwinkel. Unsere Mitarbeiter arbeiten nach den grundlegenden Wertvorstellungen der ganzheitlichen, individuellen und aktivierenden Pflege dieses Pflegemodells.

Monika Krohwinkel lehrt als Professorin an der Fachhochschule Darmstadt. Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der Aktivitäten und der existenziellen Erfahrungen des Lebens.

Das AEDL-Modell ist der Gruppe der Bedürfnismodelle zuzuordnen und wurde in einer 1991 abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt. Diese Studie, die sich mit der ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken befasste, war die erste, von einer Pflegenden durchgeführte wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland.

Als Hauptquellen und Einflussfaktoren für die 4 Schlüsselkonzepte Mensch, Umgebung, Gesundheit, Krankheit und Pflege benennt Krohwinkel, Martha Rogers, Dorothea Orem, Nancy Roper und A. H. Maslow.

3.1.1 Schlüsselkonzepte und Rahmenmodell

Mensch

Mit "Mensch" sind sowohl die / der Pflegebedürftige als auch die Pflegeperson gemeint. Krohwinkel sieht den Menschen als "einheitliches, integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile, mit seiner eigenen Identität und Integrität". Jeder Mensch ist fähig sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen.

Umgebung

In der ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung der wesentliche Faktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. Mensch und Umgebung sind offensichtlich sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen Lebewesen auch "ökologische, physikalische, materielle, und gesellschaftliche Faktoren". Der Bedarf an Veränderung der Umgebung wird besonders deutlich im Bereich der Rehabilitation.

Gesundheit und Krankheit

Krohwinkel definiert Krankheit und Gesundheit als "dynamische Prozesse", die für die Pflege als Defizite und Fähigkeiten erkennbar sind. Sie identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit.

Pflege

Beim Modell der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)“ handelt es sich um ein Bedürfnismodell.

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen werden in 13 Bereiche untergliedert.

Die ersten elf Bereiche sind mit den Lebensaktivitäten von Nancy Roper identisch.

Der zwölfte, "Soziale Bereiche des Lebens sichern", ist für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt von besonderer Bedeutung.

Den dreizehnten Bereich, "Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen", gliedert Krohwinkel in:

- die **Existenz gefährdende Erfahrungen** (Abhängigkeit, Sorge, Angst, Schmerzen, Sterben usw.)
- die **Existenz fördernde Erfahrungen** (Unabhängigkeit erreichen, Zuversicht, Vertrauen, Sicherheit usw.)
- **Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden** (Kultur und Biographie)

Die Bedürfnisse und Fähigkeiten haben eine **physisch-funktionale, eine willentlich-emotionale, eine kulturelle** und eine **soziale Komponente**. Alle sind immer, wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägt, vorhanden und auch in jeder anderen Komponente enthalten.

Krohwinkel hat diese 4 Schlüsselkonzepte und die AEDL-Struktur in ein **Rahmenmodell ganzheitlichfördernder Prozesspflege** eingebaut.

Dieses Rahmenmodell gliedert sich in folgende Teile:

Das primäre pflegerische Interesse:

• meint den pflegebedürftigen Menschen mit seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten; außerdem Einflüsse aus der Umgebung, dem Gesundheits- bzw. Krankheitsprozess sowie Diagnostik und Therapie

Die primäre pflegerische Zielsetzung:

• meint die Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person zu fördern, zu erhalten oder wiederzuerlangen; dieses Ziel gilt unabhängig von der Prognose oder dem Gesundheitszustand für alle Menschen

Die primäre pflegerische Hilfeleistung:

• meint verschiedene Möglichkeiten methodischen Handelns (handeln für jemanden; führen und leiten; eine fördernde Umgebung schaffen; unterstützen, anleiten, beraten, unterrichten und fördern)

3.1.2 Die AEDL-Struktur

In der nachfolgenden Tabelle sind die AEDL von Monika Krohwinkel dargestellt; die 13. AEDL soll quer zu den anderen AEDL's angesiedelt werden, da sie in grundsätzlich allen AEDL's vorkommt.

Aktivitäten des Lebens realisieren können

Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können
4. Essen und trinken können
5. Ausscheiden können
6. Sich pflegen können
7. Sich kleiden können
8. Ruhen, schlafen und sich entspannen können
9. Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und sich verhalten können
11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können

Existenzfördernde Erfahrungen machen können

Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können

Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden können, unterscheiden und sich daran entwickeln können

Das Modell von Krohwinkel ist primär ein personenbezogenes, fähigkeits- und förderorientiertes System und weniger an Defiziten orientiert. Die Fähigkeiten des Menschen spielen eine große Rolle. Dass der Mensch seine Bedürfnisse entwickeln kann und mit seinen Fähigkeiten umzugehen weiß, ist oberstes Ziel.

Kann der Mensch dies nicht mehr selbst tun, übernimmt die Pflegekraft Verantwortung und stellvertretend das, was der hilfsbedürftige Mensch tun würde, wenn er das Wissen, den Willen und die Kraft dazu hätte.

Bei dieser Realisierung der Lebensaktivitäten ist die Integration der existenziellen Erfahrungen notwendig.

Eine gründliche Beobachtung, ein empathisches Zuhören ist in diesem Prozess wichtig; ebenso wie die Sicherung und Gestaltung der prozessfördernden Pflege durch alle am Prozess Beteiligten. Dieses Pflegeverständnis entspricht dem unseres Hauses, weil gezielt Fähigkeiten, Ressourcen, Wünsche und Gewohnheiten unserer Patient in den Pflege- und Betreuungsprozess mit eingebunden sind. Die Erhaltung der Selbständigkeit unserer Patienten ist unser erklärtes Ziel. Bestehende Fähigkeiten sollen erhalten bleiben, verlorene Fähigkeiten sollen wiedererlangt und andere oder neue Fähigkeiten sollen erworben werden. Pflege in unserem Haus wird demnach als fördernde und aktivierende Pflege erbracht, die fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich durchgeführt wird.

Durch die Orientierung an Krohwinkels Modell können sämtliche alltagsrelevante Aspekte unserer Patienten genau erfasst und analysiert werden; der pflegerische Hilfebedarf wird deutlich. Pflegeziele können individuell auf die Pflegebedürftigen abgestimmt, festgelegt und die Wirksamkeit der erbrachten Pflegemaßnahmen beurteilt sowie ggf. neu angepasst werden.

3.2 Einbeziehung der Biographiearbeit in die Pflege und Betreuung

Eine wesentliche Bereicherung im Umgang mit unseren Patienten ist die Biographiearbeit; sie bildet die Grundlage für weitere therapeutische und pflegerische Ansätze.

Jeder Mensch hat eine eigene, individuelle Lebensgeschichte, die niemals der Geschichte eines anderen Menschen gleichen kann.

Die Erlebnisse, Erfahrungen und Beobachtungen seines langen Lebens haben den Menschen unter Einbezug aller Sinne geprägt; er hat Höhen und Tiefen erlebt. Da in der Erinnerung viele Ereignisse erhalten bleiben, bestimmen diese jetzt die Gewohnheiten und das Verhalten des Pflegebedürftigen. Einen Zugang zu dieser persönlichen Lebensgeschichte erhält man über die Biographiearbeit.

Sie trägt dazu bei, das Verhalten des pflegebedürftigen Menschen besser verstehen bzw. interpretieren zu können, Vertrauen aufzubauen und im Alltag angemessen auf dessen Bedürfnisse und Besonderheiten eingehen zu können.

Gespräche über Ereignisse aus dem eigenen Leben helfen dem Pflegebedürftigen, seine Identität länger zu bewahren und so Sicherheit und Selbstvertrauen, auch zur Bewältigung schwieriger Situationen, zu erhalten.

Besonders alte Menschen mit Morbus Alzheimer leben oft in der Erinnerung. Hier kann biographieorientiertes Arbeiten zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung entscheidend beitragen. Durch eine Konfrontation mit positiven Erfahrungen aus dem früheren Leben unter Einbezug aller Sinne z. B. mit Lieblingsmusik, bekannten Stimmen sowie auch angenehmen Gerüchen und einfachen, vertrauten Tätigkeiten kann versucht werden, Erinnerungen mit der jetzigen Zeit zu verknüpfen. (Basale Stimulation)

Angehörige können dazu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Informationen zum bisherigen sozialen Umfeld des alten Menschen beitragen, bei nonverbaler Kommunikation helfen und Auskunft über bestimmte Zusammenhänge, Vorlieben und Abneigungen geben.

Jeder Mitarbeiter unserer Einrichtung ist angehalten, diesbezügliche Informationen während des gesamten Pflegeprozesses zu sammeln, schriftlich festzuhalten und in der täglichen Arbeit zu nutzen.

3.3 Gerontopsychiatrische Betreuung

Im Alter nehmen psychische Störungen und psychische Erkrankungen zu. Erscheinen viele alte Menschen auf den ersten Blick noch rüstig und bei guter Gesundheit, so fallen bei näherem Umgang Verwirrtheit, Desorientierung sowie Vergesslichkeit auf. Da der verwirrte, alte Mensch teilweise in einer anderen Realität lebt, bedeutet Ganzheitlichkeit, diese Welt zu verstehen und einen geistigen Zugang zu dieser Welt zu erhalten.

Um unseren Ansatz der ganzheitlichen Pflege ernst zu nehmen, stellen wir immer die pflegebedürftige Person in den Mittelpunkt unseres Handelns.

Da beim Vorliegen gerontopsychiatrischer Erkrankungen eine besonders intensive und qualifizierte Pflege durch das Personal erforderlich ist, wird in unserer Einrichtung auf ein Maximum an Kontinuität in der personellen Besetzung, einen hohen Sicherheitsstandard und eine Überschaubarkeit der Lebenswelt des Pflegebedürftigen geachtet.

Sinnvolle und individuelle Beschäftigungsangebote können helfen, die geistigen und körperlichen Abbauerscheinungen zu bessern oder diese aufzuhalten. Durch die Vermittlung von menschlicher Nähe und Geborgenheit sowie die Einbeziehung des Pflegebedürftigen in die Aktivitäten des täglichen Lebens können Rückzug, Regression und Selbstbezogenheit des alten Menschen verhindert werden. Selbstbewusstsein und Zugehörigkeitsgefühl werden durch entsprechende Angebote gefördert, denn die größten Probleme des integrativen Weges sind die für verwirrte Patienten nicht zu begreifende Welt mit all ihren Möglichkeiten.

Wichtig im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Personen ist es deshalb, diese so anzunehmen, wie sie sind und eine offene und vertrauensvolle Beziehung zu ihnen aufzubauen. Eine einfühlsame verbale und nonverbale Kommunikation unterstützt diesen Prozess; Überforderungen sollten vermieden und Erfolgserlebnisse geschaffen werden.

Gerade bei verwirrten alten Menschen ist es notwendig, Brücken zwischen der Erlebniswelt und der Realität zu bauen, damit sich der Mensch im täglichen Leben wertgeschätzt, angenommen und verstanden fühlt. Langfristig plant unsere Einrichtung, sich diesem Bereich stärker zu widmen.

4. Angaben zur Pflegeorganisation

Die Form der Organisation der Pflege macht Angaben darüber, wie die Patienten durch uns gepflegt und betreut, also wie die Pflege geplant und umgesetzt wird. Nicht nur die Organisation der Prozesse wird durch die Entscheidung für das jeweilige Pflegesystem geprägt und beeinflusst; auch die Intensität, mit der die Individualität der Patienten, ihre Bedürfnisse, Wünsche, Probleme und Ressourcen in der Pflege berücksichtigt und umgesetzt werden, stehen in enger Verbindung zum Pflegesystem.

Um den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Mitarbeitern gewährleisten zu können, wird in unserer Einrichtung nach dem Prinzip der Ganzheitspflege gearbeitet. Das Strukturmodell der AEDL nach Krohwinkel dient dabei als Orientierungshilfe, da Informationen im Pflege- und Betreuungsprozess systematisch erhoben werden können.

Ganzheitspflege kann als nachvollziehbare, schriftlich fixierte Zuordnung von Patienten zu bestimmten Pflegemitarbeitern beschrieben werden. Für die Steuerung des Pflegeprozesses sind die Pflegefachkräfte zuständig; sie leiten Pflegehilfskräfte an, achten darauf, dass diese entsprechend der Pflegeplanung arbeiten und begleiten sie bei fachlichen Fragen. Im Rahmen der personellen und räumlichen Möglichkeiten werden die Patienten von ihnen zugeordneten pflegerischen Mitarbeitern kontinuierlich, umfassend und individuell betreut.

Bei der Auswahl unserer Mitarbeiter achten wir auf deren fachliche und persönliche Eignung sowie Kundenorientierung, Teamfähigkeit und Eigeninitiative. Pflegerische Hilfskräfte verfügen über die erforderliche Eignung sowie Kenntnisse und Fertigkeiten zur Pflege und Betreuung unserer Patienten. Die Planung der Pflege erfolgt in Anlehnung an die Bezugspflege, da eine Pflegefachkraft für eine bestimmte Anzahl von Patienten zuständig ist und deren Pflegeplanungen aktualisiert. Die Umsetzung der dort geplanten Maßnahmen erfolgt dann durch das gesamte Team, wobei im Rahmen der Alltagsorganisation angestrebt wird, den Pflegebedürftigen in der Gesamtheit seiner Bedürfnisse zu versorgen.

Leistungen der Behandlungspflege gehören zum pflegerischen Alltag.

5. Die Umsetzung des Pflegeprozesses

Beim Pflegeprozess handelt es sich um eine Sammlung und Analyse von Informationen über die Situation eines zu pflegenden Menschen, aus denen ein individueller Pflegeplan mit zu erreichenden Pflegezielen und entsprechenden Pflegemaßnahmen im Sinne eines Regelkreises erstellt, umgesetzt und anschließend evaluiert wird.

Bei Krohwinkel beinhaltet das Pflegeprozessmodell vier Phasen, die einen individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess ermöglichen.

1. Phase **Erhebung** Pflegeanamnese und Pflegediagnose
2. Phase **Planung** Pflegeziele und Maßnahmen
3. Phase **Durchführung** Kreative Umsetzung der Pflegeplanung
4. Phase **Auswertung** Evaluation vor dem Hintergrund einer Soll-Ist-Analyse und Feedback

Diese auf den Pflegeprozess abgestimmten Handlungen beruhen auf grundlegenden Aussagen des Qualitätsmanagements, da hier auf den Qualitätsregelkreis nach Deming (Plan, Do, Check, Act) zugegriffen wird.

Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses gehen ineinander über und haben einen Rückkopplungseffekt.

In unserer Einrichtung wird der Pflegeprozess in Anlehnung an dieses Pflegeprozessmodell umgesetzt.

5.1 Die Informationssammlung zu den AEDL

Vor der Aufnahme eines pflegebedürftigen Menschen in unsere Einrichtung führt Pflegedienstleitung ein Erstgespräch in der häuslichen Umgebung bzw. im Krankenhaus oder ein Gespräch mit Angehörigen hier im Haus durch, um den künftigen Patient kennen zu lernen und ihn und seine Angehörigen über die Pflege- und Betreuungsangebote der Einrichtung zu informieren und erste Informationen über persönliche Bedürfnisse, Gewohnheiten und soziale Beziehungen zu erhalten. In den ersten Tagen nach Aufnahme erfolgt dann eine Informationssammlung (Erhebung) durch die Mitarbeiter.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeeinschätzung immer in Übereinstimmung mit dem Pflegebedürftigen erfolgt. Unter Berücksichtigung des persönlichen Lebensstils sowie aktueller und potenzieller Pflegeprobleme wird überlegt, welche Informationen für die aktuelle Pflegesituation von Bedeutung sind.

Was kann der Pflegebedürftige selbständig, was nicht?

Hat er bisher Bewältigungsstrategien angewandt; wenn ja, welche?

Führten diese zu einem erwünschten Resultat?

Welche Besonderheiten sind in der Pflege und Betreuung zu berücksichtigen?

5.2 Die Pflegeplanung

Zu jedem der in der Informationssammlung aufgenommenen Pflegeprobleme wird in diesem Schritt mindestens ein konkretes **Pflegeziel** formuliert, dass **realistisch, erreichbar und überprüfbar** sein soll. Die pflegebedürftige Person selbst und evtl. ihre Angehörigen werden in die Zielfestlegung miteinbezogen, um den Patient zur Mitarbeit zu motivieren und Zustimmung und Akzeptanz zu erhalten. Bestehende Ressourcen des Patienten werden beschrieben und in die Planung miteinbezogen. Anschließend erfolgt eine konkrete Beschreibung der auf die Pflegeziele ausgerichteten Maßnahmen nach Art, Ausmaß, Häufigkeit unter Berücksichtigung des Kontrolldatums. Die Pflegemaßnahmen beschreiben demnach die Vorgehensweise zur Erreichung eines bestimmten Pflegeziels unter folgenden Gesichtspunkten:

Was wird getan?

Wie wird es getan?

Wann wird es getan?

Wie oft wird es getan?

Wie lange wird es getan?

Das Einbeziehen von Pflegestandards unterstützt die Pflegeplanung und Durchführung. Unsere Arbeit berücksichtigt die Grundsatzstellungen des MDS in Essen sowie die Nationalen Expertenstandards des DNQP (FH Osnabrück)

5.3 Durchführung der Pflegemaßnahmen

Die Pflegemaßnahmen werden entsprechend der Pflegeplanung bzw. der ärztlichen VO durchgeführt. Der Pflegebedürftige wird bei der Lösung, Aufklärung und Vorbeugung von Problemen im Rahmen seiner Grundbedürfnisse unterstützt.

Während der Pflege wird das Befinden des Patienten im Rahmen der Krankenbeobachtung ständig aktuell eingeschätzt. Wird von der schriftlich fixierten Pflegeplanung auf Grund von aktuellen Besonderheiten oder Wünschen des Patienten abgewichen, so ist dies entsprechend im Pflegebericht zu dokumentieren.

5.4 Die Auswertung (Evaluation)

In der letzten Phase des Pflegeprozesses wird die Wirksamkeit der geleisteten Pflege beurteilt und somit die Pflegequalität gesichert.

Das Ergebnis der Pflege wird dahingehend überprüft und bewertet, inwieweit die gesetzten Pflegeziele mit den dazu geplanten Maßnahmen erreicht werden konnten. Diese Überprüfung erfolgt durch beobachten, befragen und messen. Somit wird sichtbar, welche Pflegemaßnahmen ggf. an eine neue Pflegesituation des Pflegebedürftigen angepasst werden müssen.

Man beurteilt also:

Wie erfolgreich war mein Handeln?

Inwieweit habe ich mein gesetztes Ziel erreicht?

Muss ich meine geplanten Pflegemaßnahmen ggf. verändern oder neu anpassen?

5.5 Das verwendete Pflegedokumentationssystem

Qualifizierte und professionelle Pflege erfordert ein entsprechendes Informations- und Dokumentationssystem.

Dieses ist gesetzlich vorgeschrieben und bildet die Grundlage für eine nachvollziehbare, individuelle, bedürfnisorientierte und kontinuierliche Pflege.

Eine sorgfältig geführte Dokumentation dient als Arbeitsgrundlage, Arbeitsanweisung und Planungshilfe für alle am Pflegeprozess Beteiligten und vereinfacht die interdisziplinäre Information und Kommunikation, z. B. bei der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Physiotherapeuten u. a.. Außerdem gewährleistet sie rechtliche Sicherheit und Leistungstransparenz gegenüber Qualitätsprüfungsinstitutionen.

Aus diesen Gründen wird in unserem Pflegedienst ein einheitliches, an unserem verwendeten Pflegemodell ausgerichtetes Dokumentationssystem genutzt. Es besteht aus mehreren Formularen, die von Mitarbeitern unseres Pflegedienstes in Zusammenarbeit mit einer Beratungsfirma entwickelt wurden. Eine genaue Übersicht über die derzeit gültigen Formulare ist im Qualitätsmanagement Handbuch abgelegt.

6. Aufbau- und Ablauforganisation

Im Organigramm ist die Aufbauorganisation unseres Pflegedienstes schriftlich dargestellt, d. h. Organisationszusammenhänge, Unterstellungsverhältnisse und die Weisungsbefugnis der Mitarbeiter werden sichtbar.

Das Organigramm ist für alle Mitarbeiter einsehbar im Qualitätsmanagement Handbuch hinterlegt.

Um Offenheit und Transparenz auf allen Ebenen zu gewährleisten, ist die formelle Kommunikationsstruktur in unserer Einrichtung so organisiert, dass regelmäßige Besprechungen sowohl in den einzelnen Bereichen als auch bereichsübergreifend durchgeführt werden. Somit findet eine bewusste, interne Kommunikation auf festgelegten Wegen statt.

6.1 Darstellung der Verantwortung und Kompetenzen

Um zu gewährleisten, dass allen Mitarbeitern ihre Aufgaben und Kompetenzen bekannt sind, finden Stellenbeschreibungen, die auch Bestandteil des Arbeitsvertrages sind, Anwendung. Um sinnvoll und zielgerichtet arbeiten zu können, sind in den Stellenbeschreibungen Aufgabenbereiche definiert und Verantwortlichkeiten sowie Kompetenzen festgelegt.

Die Pflege wird unter ständiger Verantwortung einer leitenden Pflegefachkraft erbracht, die von einem entsprechend fachlich qualifizierten Stellvertreter unterstützt wird.

Hauptaufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft sind die Sicherstellung:

- der Pflege und Versorgung der Patienten
- der fachlichen Planung der Pflegeprozesse
- der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation
- der am Pflegebedarf orientierten Dienstplanung der Pflegekräfte
- von regelmäßigen Dienstbesprechungen im Pflegebereich
- der Anwendung von Qualitätsmaßstäben im Pflegebereich

6.2 Informationsweiterleitung und deren Sicherstellung

In unserem Pflegedienst wird ein verbindlicher und zuverlässiger Informationstransfer durch verschiedene Methoden gewährleistet.

Aktuelle patientenbezogene Informationen werden unter Einbeziehung der Pflegedokumentation bei den regelmäßig stattfindenden **Dienstübergaben** ausgetauscht. Die Zeiten für diese Dienstübergaben sind aus der Dienstplanlegende nachzuvollziehen.

Zur Weitergabe patientenbezogener Informationen, die außerhalb unseres Dienstes benötigt werden (z. B. bei Verlegung ins Krankenhaus), nutzen unsere Mitarbeiter einen Pflegeüberleitungsbogen, auf dem alle aktuellen Informationen zur Pflegesituation eines Patienten schriftlich fixiert sind.

Wir orientieren uns hierbei auch am Nationalen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“.

Die **Teambesprechungen / Dienstbesprechungen** finden regelmäßig statt. Inhalte sind hier vor allem die Weitergabe von speziellen Informationen aus multiprofessionellen Dienstberatungen, Fragen der Dienstplanung und Dienstplangestaltung sowie Informationen zu Neuerungen und Veränderungen von Standards und anderen Richtlinien.

Auftretende Fragen zur Pflege und Betreuung der Patienten werden geklärt und nach Lösungsmöglichkeiten für evtl. Probleme gesucht. Außerdem werden Fortbildungsinhalte besprochen oder Themen aus dem Bereich der Qualitätssicherung diskutiert. Fallbesprechungen finden ebenfalls statt.

Um Informationen festhalten und bei Bedarf jederzeit einsehen zu können, werden bei allen Besprechungen Ergebnisprotokolle sowie Teilnehmerlisten geführt.

Aktuelle Informationen, die den gesamten Dienst betreffen sowie Kurzmitteilungen hängen für alle Mitarbeiter einsehbar an den Pinn-Wänden aus.

6.3 Dienstplanung / Einsatz- und Tourenplanung

Die Dienstplanung / Einsatz- und Tourenplanung berücksichtigt eine kontinuierliche, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte, Pflege, Versorgung und soziale Betreuung.

Durch eine ausreichende Besetzung aller Dienste wird eine kompetente und gleich bleibende Pflege und Versorgung unserer Patienten gewährleistet.

Die fachliche Aufsicht und Anleitung von Hilfspersonal ist durch die ständige unmittelbare Anwesenheit oder Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft gesichert. Sie unterstützt die Pflegehilfskräfte in Notfallsituationen, bei den Dienstübergaben oder ist Ansprechpartner bei pflegfachlichen Fragen.

7. Einbeziehung von Angehörigen in die Pflege und Betreuung

Eine transparente Informationspolitik und Kontaktpflege gegenüber Angehörigen hinsichtlich der Pflege und Betreuung ist von großer Bedeutung, um die Kundenzufriedenheit auf beiden Seiten zu steigern.

In unserem Pflegedienst werden die Angehörigen als ein wichtiger Teil im Leben unserer Patienten angesehen. Sie stellen gewissermaßen ein Bindeglied zum früheren Leben unserer Patienten dar und leisten oft einen eigenen Beitrag im Pflegegeschehen. Es ist deshalb für uns deshalb selbstverständlich, mit Angehörigen oder Betreuern eng zu kooperieren, um die Interessen unserer Patienten bestmöglich im Pflegeprozess berücksichtigen zu können.

Angehörige werden jederzeit auf Wunsch und entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten in die Pflege und Betreuung unserer Patienten miteinbezogen. Unser Auftrag hierbei bezieht sich auch auf die fachliche Anleitung fehlt doch Angehörigen oft der fachliche und pflegerische Hintergrund, das Wissen und das Verständnis für die Umsetzung bestimmter Pflegemaßnahmen – und Techniken. Zudem wird eine intensive Begleitung durch Familienmitglieder während der Sterbephase ermöglicht und durch unsere Mitarbeiter einfühlsam unterstützt.

Beim Erstgespräch und bei der Aufnahme werden Angehörige integriert, da gerade diese Situation als ein erster Schritt des gegenseitigen Kennenlernens auf alte Menschen oft beängstigend wirkt.

Möglicherweise können sie die Vielzahl von neuen Informationen nicht gleich behalten und verarbeiten, was in späteren Situationen dazu beiträgt, das Entscheidungen nicht adäquat getroffen werden können.

Hier kann die Anwesenheit von vertrauten Personen beruhigend wirken und Ängste abbauen.

Hilfreich ist die Anwesenheit von Angehörigen auch bei der Erhebung von biografischen Daten, da die Angehörigen mit dem alten Menschen vertraut sind und seine Vorlieben und Bedürfnisse genau kennen.

So bieten wir auch Beratungen sowie Hilfeleistungen beim Kontakt mit Behörden und Ämtern sowie bei der Verwaltung von Barbeträgen an.

8. Angaben zum Qualitätssicherungssystem

Unter Beachtung des § 80 SGB XI und der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in ambulanten Pflegeeinrichtungen“ stellen wir uns den Anforderungen der Qualitätssicherung.

Als Pflegedienst sind wir somit gesetzlich verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird im Rahmen von Qualitätsprüfungen durch unabhängige Sachverständige untersucht.

Externe Qualitätsberatung und Qualitätsprüfung steht demnach in engem Zusammenhang mit den einrichtungsinternen Anstrengungen zur Qualitätssicherung, um Leistungsqualität von innen, also aus unserem Pflegedienst selbst heraus, zu entwickeln, nachhaltig zu sichern und weiterzuentwickeln.

8.1 Interne Qualitätssicherung

Unter Interner Qualitätssicherung versteht man alle Bemühungen des Dienstes selbst, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiter zu entwickeln.

Die zentralen Elemente der **Internen Qualitätssicherung** werden in den nachfolgenden Abschnitten kurz beschrieben.

8.1.1 Einsatz von Qualitätsbeauftragten

Um die Umsetzung dieses Systems zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung zu gewährleisten, ist langfristig vorgesehen einen Qualitätsbeauftragten einzusetzen, der in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung und unter Beteiligung aller Mitarbeiter das Qualitätsmanagementsystem installiert und weiter entwickelt, um eine ständige Verbesserung unserer Leistungen zu bewirken.

Der Qualitätsbeauftragte berät und unterstützt die Leitung des Pflegedienstes sowie die Mitarbeiter hinsichtlich des Qualitätsmanagements, der Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung. Sie arbeitet an der kontinuierlichen Implementierung des Qualitätssystems, koordiniert und betreut Projekte des Qualitätsmanagements und erarbeitet Verfahrensweisen und Standards.

8.1.2 Qualitätszirkel

Zur Umsetzung eines kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozesses ist in unserem Pflegedienst der Aufbau eines Qualitätszirkels geplant, der sich schwerpunktmäßig und aktuell mit unterschiedlichen Fragestellungen befasst, die sich aus der Pflege und Betreuung unserer Patienten ergeben. Dieser Zirkel soll aus ca. 3 Mitarbeitern bestehen, meist aus verschiedenen Berufsgruppen, die in unterschiedlichen Abständen zusammenkommen.

Ziel ist es kundenorientierte, dauerhafte, möglichst wirtschaftliche und mitarbeiterfreundliche Lösungsmechanismen für auftretende Probleme zu schaffen und diese verbindlich und einheitlich für unseren Pflegedienst festzulegen.

8.1.3 Fachliche Überprüfung der Pflege

Das Ergebnis der Pflege und Versorgung wird in unserem Pflegedienst in regelmäßigen Abständen durch Pflegevisiten überprüft. Diese stellen ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in unserer Einrichtung dar, da sie eine Möglichkeit bieten, den Pflegeprozess zu bewerten und zu beurteilen, die Umsetzung von Standards und Vorgaben zu überprüfen und die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Mitarbeitern zu fördern. Insbesondere wird darauf geachtet, inwieweit die aktivierende Pflege zielorientiert durchgeführt sowie die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt wurden.

Während der Pflegevisiten, die durch die Pflegedienstleitung oder andere speziell qualifizierte Mitarbeiter durchgeführt werden, werden u. a. die Qualität der Pflegedokumentation überprüft und ein Gespräch mit dem Pflegebedürftigen geführt, um den Grad der Zufriedenheit zu ermitteln sowie Defizite erkennen und zukünftig beseitigen zu können.

Hinweise aus den Pflegevisiten werden schriftlich dokumentiert, mit dem verantwortlichen Mitarbeiter besprochen und in regelmäßigen Abständen während der Dienstberatungen ausgewertet.

8.1.4 Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden in unserem Pflegedienst Standards für Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege sowie zur sozialen Betreuung entwickelt, die in der täglichen Arbeit Anwendung finden und entsprechend neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse bspw. von Expertenstandards optimiert und angepasst werden. Diese Standards widerspiegeln professionelle Wertvorstellungen, definieren Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflegenden und beschreiben das festgelegte Niveau der pflegerischen Versorgung. Pflegerisches Handeln wird dadurch transparenter; die Leistung der Pflegenden wird sicht- und messbar.

Mit der Entwicklung neuer Standards und der Optimierung bereits bestehender Standards, Leit- und Richtlinien beschäftigt sich in unserem Pflegedienst der QZ. . Er passt neue Erkenntnisse den individuellen Gegebenheiten unseres Dienstes an und ist in die Gestaltungs- und Entscheidungsvorgänge eingebunden.

(Nationale Expertenstandards/Grundsatzstellungen des MDS Essen)

8.1.5 Risikomanagement

Um Risiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren, sind in unserem Pflegedienst verschiedene Controllinginstrumente implementiert.

Besondere Priorität wird der Erfassung von pflegerischen Risiken beigemessen, um zeitnah und gezielt reagieren zu können.

So erheben wir nach vorgegebenem Schema in regelmäßigen Abständen die Patienten, die mit pflegerischen Risiken behaftet sind (bspw. BMI/Dekubitusrisiko / Kontraktoren / Katheter etc.) bzw. mit Fixierungen.

Um die Qualität in der Einarbeitungsphase neuer Mitarbeiter sicherzustellen, liegt ein speziell erarbeitetes Konzept vor, das Angaben über Ziele, Organisationsstruktur, Organisationsabläufe und Besonderheiten enthält und eine gezielte und individuelle Beurteilung und Begleitung des Mitarbeiters während der Einarbeitungsphase ermöglicht.

8.1.6 Umgang mit Beschwerden oder Hinweisen

Kundenwünsche sind die Messlatte für die Qualität unserer Leistungen. Um die Kundenzufriedenheit zu gewährleisten oder wiederherzustellen ist in unserer Einrichtung ein offener Umgang mit Beschwerden oder Hinweisen selbstverständlich. Die Auswertung von Beschwerden und Hinweisen hilft uns, eigene Schwachstellen zu erkennen und Qualitätsverbesserungen zu erreichen.

Alle eingehenden Beschwerden werden mit Hilfe eines standardisierten Beschwerdeboogens schriftlich erfasst, entsprechend weitergeleitet und bearbeitet. Der Beschwerdeführer erhält selbstverständlich zeitnah eine Rückmeldung über die zur Abstellung des Problems veranlassenden Maßnahmen.

In regelmäßigen Abständen erfolgt in den Dienstberatungen eine Auswertung der eingegangenen Beschwerden, um die Mitarbeiter diesbezüglich zu informieren und zu sensibilisieren und künftig Probleme gleicher oder ähnlicher Art zu verhindern.

8.1.7 Patienten- und Mitarbeiterbefragungen

Die Qualität der Patientenversorgung und die Zufriedenheit der uns anvertrauten Menschen haben oberste Priorität. Wenn wir langfristig gute Leistungen einer Vielzahl von Patienten anbieten wollen, bedeutet dies, Wege zu finden, wie wir Kunden an uns und unsere Vorstellungen von Qualität binden können.

Um den Grad der Zufriedenheit unserer Patienten zu ermitteln, Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten zu erhalten und evtl. Schritte zur Fehlervermeidung einleiten zu können, führen wir in regelmäßig wiederkehrenden Abständen Patientenbefragungen mit Hilfe anonymisierter Fragebögen durch.

Die Ergebnisse dieser Befragungen werden wir veröffentlichen und in den Dienstberatungen ausgewertet.

Wir beabsichtigen außerdem, in regelmäßigen Abständen Mitarbeiterbefragungen in unserer Einrichtung durchzuführen, um die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu ermitteln sowie Vorschläge und Ideen zur Optimierung von Abläufen oder zur Veränderung von Rahmenbedingungen zu sammeln.

Ziel dabei ist es, den Ist-Stand zu erheben, Mitarbeitererwartungen festzustellen und innere Motivation bei unseren Mitarbeitern zu schaffen.

8.2 Externe Qualitätssicherung

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind alle Maßnahmen, die von außen in Form von Überprüfung und Kontrolle auf die interne Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung einer Pflegeeinrichtung einwirken.

Unser Pflegedienst nutzt im Bereich der Qualitätssicherung die Dienste einer externen Beratungsfirma, um die Umsetzung, Eignung und Funktionstüchtigkeit der eingeführten Elemente des Qualitätsmanagementsystems zu überprüfen.

Hinweise, die sich aus Qualitätsprüfungen von MDK oder anderen Prüfinstitutionen ergeben, werden genutzt, um Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Außerdem nimmt unsere Einrichtung an einem externen Qualitätszirkel teil, um einen aktuellen Austausch zu Fragen des Qualitätsmanagements zu pflegen.

9. Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildungen unserer Mitarbeiter sind ein zentraler Bestandteil der Personal- und Qualitätsentwicklung in unserer Einrichtung. Da sich das Wissen gerade im pflegerischen Bereich sehr schnell weiterentwickelt, kommt diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu.

In unserem Pflegedienst liegt ein Fort- und Weiterbildungskonzept vor, welches systematisch und strukturiert Auskunft darüber gibt, welche Fortbildungen im Bereich der Pflege angeboten werden. Damit wird Transparenz zu allen Aspekten der Fortbildung gewährleistet. Dieses Konzept trägt dazu bei, Wissenslücken gezielt zu beseitigen, die Qualität in der Pflege zu steigern und zu sichern. Die genauen Termine der im Konzept beschriebenen Veranstaltungen werden in einem gesonderten Fortbildungsplan allen Mitarbeitern bekannt gegeben. Dieser Fortbildungsplan wird jährlich prospektiv erarbeitet und ergänzt, so dass zum Jahresende ein Nachweis über den Umfang der Bildungsleistungen vorliegt.

Fortbildungen finden entweder intern in unserer Einrichtung statt oder es erhalten Mitarbeiter die Möglichkeit, an externen Veranstaltungen teilzunehmen. Um den Transfer in die Praxis zu gewährleisten, werden Inhalte der besuchten Fortbildungen auf den Wohnbereichen im Rahmen der Teambesprechungen weitergegeben.

Schulungen von Zulieferfirmen hinsichtlich ihrer Produkte finden in der Regel gezielt auf den einzelnen Wohnbereichen statt.

Die Teilnahme von Mitarbeitern an berufsbegleitenden Weiterbildungen wird entsprechend einrichtungsbezogener Bedürfnisse unterstützt.

Pflegerelevante Fachliteratur steht unseren Mitarbeitern im Entleihsystem zur Verfügung. Unser Pflegedienst verfügt außerdem über periodisch erscheinende Fachzeitschriften, in welche bei Interesse Einsicht genommen werden kann.

Literaturangaben

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin:

Leitfaden zur Erstellung einer Pflegekonzeption – vollstationäre, teilstationäre und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. 2001.

König, Jutta:

Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege. Hannover. 2003.

Löser, Angela:

Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher. 2. Auflage. Hannover 2004.

Sittler, Engelbert; Kruft, Marianne:

Handbuch Altenpflege. 2. Auflage. München. 2004.

Hinweise des Landespflegeausschusses zur Gestaltung von Pflegekonzepten