

Pflegekonzept

Altenheime gGmbH

Stand: Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

Zielsetzung	3
Die stationären Einrichtungen der Altenheime gGmbH	3
Zielgruppe.....	4
Beratung	5
Selbstbestimmung	5
Professionelles Handeln	6
Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	6
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	6
Förderung der Kontinenz	6
Körperpflege	7
Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen.....	7
Wundversorgung	7
Umgang mit Notsituationen.....	8
Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	9
Wohlbefinden.....	9
Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen.....	10
Planung, Dokumentation und Evaluation	11
Qualitätsmanagement/-sicherung	18

Zielsetzung

Dieses Pflegekonzept ist die Grundlage der Planung, Durchführung und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen in den stationären Einrichtungen der Altenheime gGmbH und dient den Mitarbeitenden als Handlungsorientierung.

Die stationären Einrichtungen der Altenheime gGmbH

Die Einrichtungen bieten ein umfassendes Leistungsangebot (EuLA) für Menschen mit erhöhtem Pflege- und Unterstützungsbedarf 24 Stunden / 7 Tage die Woche, sowohl dauerhaft (stationär) als auch vorübergehend (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege). Pflege-, Teilhabe- oder andere Unterstützungsleistungen sowie Verpflegung gehören zum Leistungsangebot. Die grundsätzliche Personalausstattung ist im Wohn- und Teilhabegesetz NRW geregelt, hinterlegt im Hauskonzept (in Bearbeitung), zusätzlich siehe Personalkonzept AH (in Bearbeitung).

Die pflegerische Versorgung umfasst insbesondere

- Krankenbeobachtung
(Messung von Vitalzeichen, Beobachten und Bewerten des Allgemeinzustandes, von Krankheitssymptomen, der psychischen Verfassung und der kognitiven Leistungsfähigkeit, Informationsaustausch mit Haus- und Fachärzt*innen)
- grundpflegerische Versorgung
(Körperpflege, Kleiden, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme und Ausscheidung)
- Behandlungspflege
(medizinisch-therapeutische Maßnahmen, wie das Verabreichen von Medikamenten und Injektionen, die Wundversorgung, Kompressionsverbände, das Legen von Harndrainagen, Versorgung von Stomata etc.)
- Beratung, Schulung und Aufklärung
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozial Begleitendem Dienst
- Regelmäßige Kommunikation mit Angehörigen und Betreuer*innen

Ergänzt wird die pflegerische Versorgung durch die Angebote des sozial begleitenden Dienstes. Die kulinarische Versorgung erfolgt durch die hauseigenen Zentralküchen, die Wäscheversorgung und die Hausreinigung durch externe Unternehmen. Administrative Aufgaben und die Leistungsabrechnung werden von Mitarbeitenden des Diakonischen Werks erbracht.

Für die direkte pflegerische Versorgung sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte verantwortlich, Führungsaufgaben werden von den Wohnbereichsleitungen, Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretungen und der Bereichsleitung wahrgenommen.

Die Anzahl der Pflegeplätze verteilt sich wie folgt:

Einrichtung	Vollstationäre Plätze insgesamt	davon Kurzzeitpflegeplätze
Haus Abendsonne	101	12
Matthias-Claudius-Zentrum	143	18
Theodor-Fliedner-Haus	80	8

Die Einrichtungen sind komplett barrierefrei gestaltet, dazu gehört die Ausstattung mit Aufzügen, Handgriffen, Handläufen, ausreichend breiten Türen, teilweise Automatikvorrichtungen etc. Im Haus gibt es gemeinschaftlich genutzte (z.B. Eingangsbereich, Flure, Essbereiche) und individuell genutzte Räume für Bewohner*innen. Jedes Haus verfügt über einen am Haus angeschlossenen Außenbereich (z.B. Terrasse, Balkon, Garten). Funktionsräume (wie z.B. Lagerräume, Dienstzimmer, Pflegearbeitsräume) dienen den Mitarbeitenden in der Erbringung der Dienstleistung.

Eine **individuelle Gestaltung des eigenen Zimmers** sowie eine gemeinschaftliche Gestaltung der Gemeinschaftsbereiche hilft den Bewohner*innen, sich zu Hause zu fühlen. Bei immobilen Bewohner*innen ist z.B. eine individuelle Gestaltung der Zimmerdecke, über eine besondere Folie, Poster, Projektion möglich. Bei dementiell veränderten Menschen werden individuelle Bedürfnisse und durch die Erkrankung veränderte persönliche Bedarfe des Einzelnen berücksichtigt, z.B. Orientierungshilfen, biografiebezogene Beschilderung/Merkmale unterstützen die verlorengegangenen Fähigkeiten.

Im Haus werden gemeinschaftlich genutzte **Hilfsmittel** vorgehalten (z.B. zum Erhalt der Mobilität, Unterstützung zum Transfer, Messinstrumente, Hilfsmittel zur Körperpflege, Haltegriffe). Zusätzlich sind bewohnerbezogene Hilfsmittel im Haus im Einsatz.

Zielgruppe

Die in den Einrichtungen des Diakonischen Werks versorgten Bewohner*innen sind pflegebedürftig im Sinne des § 14 Abs.1 SGB XI.

Demnach sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch Andere bedürfen und Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder gesundheitlich

bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mind. 6 Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Beratung

Bewohner*innen erhalten fortlaufend pflegefachliche Beratung.

Das Team besteht dabei aus verschiedenen Professionen, sodass in der Regel bei aufkommenden Problemlagen eine beratende Person vor Ort ist oder zu jemanden verwiesen werden kann.

...von Seelsorge über Pflegeberatung bis Palliativkraft....

Der Beratungsansatz ist ein unterstützender, präventiv-helfender, entlastender Prozess, der die Selbststeuerungskompetenz und Selbstbestimmung der Bewohner*innen fördert.

Die Beratung setzt kein Ergebnis voraus, sondern eröffnet Möglichkeiten und vermittelt Entscheidungsoptionen.

Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmung und „eigene Meinung“ der Bewohner*innen ist ein hohes Gut.

Über einen gemeinsam immer wiederkehrend stattfindenden **Verständigungsprozess**, abgebildet in der Pflegedokumentation, werden Bedürfnisse und Bedarfe miteinander abgestimmt. Dieser Verständigungsprozess ist die Grundlage des Hilfeangebots der Bewohner*innen und des professionellen Handelns vom Einzug bis zum Auszug.

Falls die/der Bewohner*in nicht mehr selbstbestimmt entscheiden kann, werden gesetzlich bestellte Vertreter, Vorsorgebevollmächtigte, eingesetzte Personen in der Patientenverfügung, Bezugspersonen, etc. unter Berücksichtigung des Datenschutzes beteiligt. Dabei ist handlungsleitend der mutmaßliche Wille der/des Bewohner*in.

Manchmal kollidiert die Selbstbestimmung mit der Fürsorgepflicht. In diesen Fällen erfolgt eine Beratung der/des Bewohner*in aus fachlicher Sicht mit dem Ziel, einen Kompromiss zu schließen, der sowohl die Selbstbestimmung wie auch Fürsorgeverpflichtung achtet. Dieser Prozess wird dokumentiert.

Professionelles Handeln

Besonders in der Pflege und Betreuung der Bewohner*innen bildet der **ressourcenorientiert aktivierende Ansatz** immer die Basis des pflegerischen Handelns; **unter Berücksichtigung individuell vorhandener Fähigkeiten, Bedürfnisse und Ressourcen.**

Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Die Bewohner*innen erhalten eine bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der **Mobilität**, die an individuellen Ressourcen und Bedürfnissen orientiert ist.

Das bedeutet, die/den Bewohner*in mit dem Ziel zu unterstützen, verlorene Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkung der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden und zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität unter Berücksichtigung des individualisierten Expertenstandard Mobilität (in Bearbeitung) einzuleiten.

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Bewohner*innen erhalten eine bedarfs- und bedürfnisgerechte **Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**.

Das beinhaltet die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, sowie anderen Berufsgruppen, sofern diese an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Bewohner*in beteiligt sind.

[Individualisierter Expertenstandard Ernährungsmanagement](#)

[Pflegestandard Dysphagie](#)

Förderung der Kontinenz

Die Bewohner*innen werden bedarfs- und bedürfnisorientiert bei **Kontinenzverlust** (Harn- als auch Stuhl(-in-)kontinenz) gepflegt, im Kontinenzertalt gefördert bzw. ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt oder bei der Versorgung unterstützt/angeleitet mit dem Ziel, Kontinenzverlust zu kompensieren und die Kontinenz der versorgten Person zu fördern. Im Falle einer Inkontinenz erfolgt eine individuelle gezielte Beratung und Unterstützung bei der Beschaffung von individuell geeignetem Inkontinenzmaterial.

[Individualisierter Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege](#)

Körperpflege

Die Bewohner*innen werden bedarfs- und bedürfnisorientiert bei ihrer **Körperpflege** unterstützt. Die Körperpflege umfasst die Rasur, Mund- und Zahnpflege. Dazu gehört auch, das individuell gewünschte Körperpflegeprodukt zu nutzen sowie Beratung zu geeigneten Produkten bei Abweichung. Bei Auffälligkeiten des Hautzustands wird fachgerecht reagiert.

Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die Bewohner*innen werden im **Umgang mit der Medikation** fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärzt*innen ist sichergestellt.

Das beinhaltet die Beratung zum Umgang mit der individuellen Medikation, Beachtung ärztlicher An- und Verordnungen, ärztliche Kommunikation sowie mit anderen an der medikamentösen Therapie beteiligten Berufsgruppen.

Arzneimittelmanagement

Die Bewohner*innen mit **akuten und/oder chronischen Schmerzen** sowie einer zu erwartenden Schmerzproblematik erhalten ein fachgerechtes **Schmerzmanagement**.

Dies beinhaltet u.a. die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und anderen Berufsgruppen, sofern diese am Schmerzmanagement der/des Bewohner*in beteiligt sind sowie die Beratung zu individuellen Alternativmaßnahmen, bzw. aus biografisch resultierenden Erfahrungen.

Individualisierter Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

Wundversorgung

Bewohner*innen mit **Wunden** oder einer Wundgefahr erhalten ein/e fachgerechte/s Wundmanagement/-prophylaxe.

Darunter fällt die Umsetzung pflegerischer Maßnahmen zur Wundversorgung, die begleitend zur ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt werden, die eigentliche ärztliche An- bzw. Verordnung zur Wundbehandlung sowie die Beschaffung von fachgerechtem Verbandsmaterial basierend auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, bei Bedarf in Kooperation mit Externen (z.B. Wundmanager)

Individualisierter Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Die Bewohner*innen mit besonderen **medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen** werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen liegen vor bei:

- trachealem oder oralem Absaugen
- einer MRSA-Sanierung
- suprapubischem Katheter
- Trachalkanüle
- PEG / PEJ
- Stomata

Umgang mit Notsituationen

Es handelt sich hierbei um den Umgang mit medizinisch akuten Problemlagen, die ein sofortiges oder zeitnahes Handeln erfordern.

Jede Einrichtung hält **Kooperationsverträge** mit Hausärzt*innen, Zahnärzt*innen und anderen Fachärzt*innen vor, die die Art und den Umfang der Zusammenarbeit beschreiben. **Kooperationen** mit externen Dienstleistern (z.B. Apotheke, Sanitätshäuser, etc.) ergänzen diesen Prozess zusätzlich.

Die Bewohner*innen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit **sonstigen therapiebedingten Anforderungen** unterstützt.

Das bedeutet die Sicherstellung, dass die Versorgung den ärztlichen An- bzw. Verordnungen entspricht und eine nachvollziehbare ärztliche Kommunikation und lückenlose Dokumentation der ärztlich angeordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen vorhanden ist.

Besonders die **Krankenbeobachtung** (z.B. Messung von Vitalzeichen, Beobachten und Bewerten des Allgemeinzustandes, von Krankheitssymptomen, der psychischen Verfassung und der kognitiven Leistungsfähigkeit) hilft dabei, Auffälligkeiten zu erkennen. Dazu werden in der Einrichtung entsprechend Hilfsmittel vorgehalten oder bei Bedarf angeschafft.

Durch eine **permanente berufsimmanente Beobachtung** werden Gefährdungspotentiale der Bewohner*innen frühestmöglich erkannt und mit individuellen Maßnahmen unter Berücksichtigung der individualisierten Expertenstandards erfasst, geplant, durchgeführt und bewertet.

Zusätzlich wird das Ergebnis aus der Krankenbeobachtung nach Rücksprache mit der/dem Bewohner*in über den Kontakt mit dem behandelnden Arzt (Hausarzt/Facharzt) besprochen und ggf. Maßnahmen abgestimmt.

Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Bewohner*innen mit **beeinträchtigter Sinneswahrnehmung** werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Das beinhaltet die Unterstützung der/des Bewohner*in bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in ihrem/seinem Zusammenhang relevant sind.

Die Bewohner*innen erhalten die notwendige Begleitung, um eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende **Tagesstruktur** zu entwickeln und umzusetzen. Den Bewohner*innen stehen **Beschäftigungsmöglichkeiten** zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Bewohner*innen werden bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Bewohner*innen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der **Kommunikation**, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung **sozialer Kontakte** unterstützt (z.B. auch über neue digitale Medien, wie z.B. Handy, Video-Call etc.).

Des Weiteren gehört hierzu, der/dem Bewohner*in nach ihren/seinen Bedürfnissen orientiert, eine individuelle Gestaltung ihres/seines Tagesablaufs zu ermöglichen und diese zu fördern, bei Bewohner*innen mit kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden die Tagesstruktur einzusetzen. Dazu gehört auch, der/dem Bewohner*in bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten, Kommunikation mit einer vertrauten Bezugsperson, Freunden oder Bekannten zu unterstützen.

Die individuelle Gestaltung des Wohnraumes und unter bestimmten Aspekten der gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten werden unter den Wünschen und Bedürfnissen der jeweiligen Person angepasst. Begleitend erfolgt eine Beratung aus fachlichen Gesichtspunkten und nach Risikobewertung, ob z.B. ein Teppich zu einer Stolperfalle werden kann.

[Konzept zur Teilhabeförderung](#)

Wohlbefinden

Das Wohlbefinden der Bewohner*innen ist ein hohes Gut. Dementsprechend ist es wichtig, von Beginn an persönliche Vorlieben, Gewohnheiten, Rituale zu achten und diese in den Tagesablauf zu integrieren.

Das Wohlbefinden der Bewohner*innen wird regelmäßig im Berichtsblatt dokumentiert. Ergeben sich Hinweise zur Steigerung des Wohlbefindens oder Unwohlseins, werden diese genutzt, um zukünftiges Handeln danach auszurichten oder Handlungen zu unterlassen/zu meiden. Sie fließen zusätzlich in die SiS und Maßnahmeplanung mit ein.

[Konzept SBD](#)

Es erfolgt eine regelmäßige Kommunikation mit Angehörigen und Betreuer*innen - immer unter Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner*innen, solange diese noch selbstständig einwilligungsfähig sind. Falls dies nicht mehr gegeben ist, fungieren Angehörige und Betreuer*innen auch als Vertreter*innen bezüglich der Willensäußerung, Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse.

Bewohner*innen erhalten auch in der **Nacht** eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Dazu gehören u.a. Maßnahmen wie Lagerungen, Hilfe beim Toilettengang oder Inkontinenzversorgung ebenso wie der Umgang mit einer Tag-Nacht-Umkehr, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Einschlafschwierigkeiten.

Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Bewohner*innen werden während der **Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung/Einzug** zielgerichtet unterstützt.

Die Bewohner*innen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung während der Eingewöhnungsphase zur Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls und der Integration in die neue Lebensumgebung. Darin beinhaltet ist der **erste Verständigungsprozess über die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung** mit der/dem Bewohner*in und bei Bedarf mit anschließendem Anpassungsprozess.

[Einzug](#)

[Integrationsgespräch](#)

Für Bewohner*innen wird im Falle eines notwendigen Orts- und Versorgungswechsels eine fachgerechte **Überleitung** erstellt, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen des Betroffenen zu vermeiden.

[Individualisierter Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege](#)

Bewohner*innen mit **herausfordernd erlebtem Verhalten** erhalten eine ihrer Verhaltensweise und **psychischen Problemlagen** entsprechende Unterstützung.

Das bedeutet den Einsatz von geeigneten Instrumenten wie Validation, das Schaffen von Nähe und Distanz oder Maßnahmen zur Gewaltprävention.

[Konzept Das Leben gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner*innen im TFH](#)

Der Einsatz von **freiheitsentziehenden Maßnahmen** wird soweit wie möglich vermieden.

Im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet. Handlungsentscheidend ist, dass die in Erwägung gezogenen Maßnahmen im Einklang mit der individuellen Selbstbestimmung sind.

Das bedeutet grundsätzlich immer zu prüfen, in wie weit **alternative Maßnahmen** eingesetzt werden können. In den Fällen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen nicht vermieden werden können, wird sichergestellt, dass diese fachgerecht angewendet werden, insbesondere beim Einsatz von mechanischen Fixierungen, Isolation als auch von ruhigstellenden Medikamenten.

Es ist sicherzustellen, dass eine Einwilligung der/des Bewohner*in oder eine richterliche Genehmigung bzw. ein richterlicher Beschluss vorliegt.

[Umgang mit freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen](#)

Von besonderer Bedeutung ist die einfühlsame **Begleitung und Pflege palliativer/sterbender Bewohner*innen** inklusive der gegenseitigen Unterstützung von Mitbewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden in der Phase des Abschieds und der Trauer.

[Konzept Palliativ Care](#)

Die an der Pflege beteiligten Mitarbeitenden haben eine **Schutzpflicht** gegenüber den Bewohner*innen, sie vor Schaden zu schützen und ihr damit verbundenes Recht auf Unversehrtheit zu wahren. Sie nehmen damit eine **Garantenstellung** ein.

[Konzept Gewaltprävention und Gewaltschutz](#)

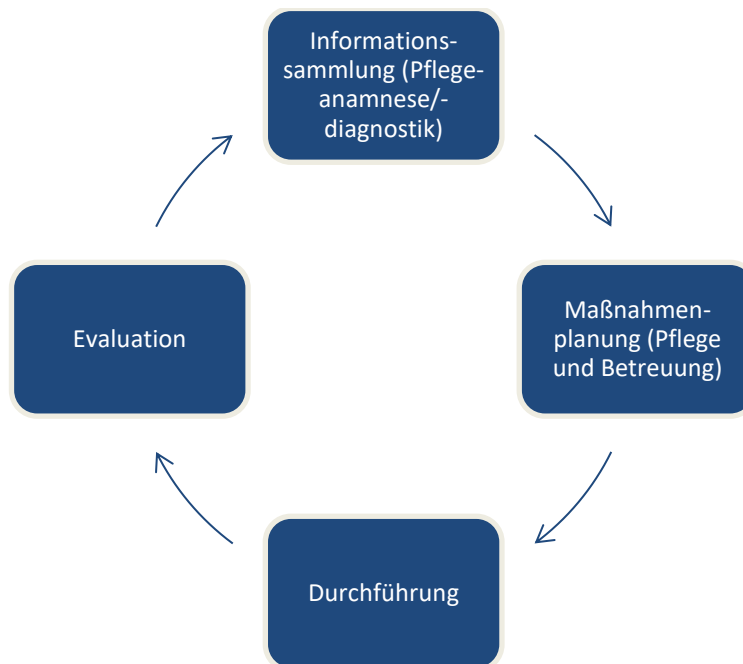
Planung, Dokumentation und Evaluation

Die Planung, Dokumentation und Evaluation der pflegerischen Maßnahmen erfolgt in Anlehnung an das Strukturmodell nach Beikirch und wird mit Hilfe des elektronischen Dokumentationssystems Vivendi PD abgebildet.

Die Strukturierte Informationssammlung mit der Ersteinschätzung von Risiken und Phänomenen sowie der Maßnahmenplan und die Evaluation zur Prozesssteuerung sind ausschließlich durch eine Pflegefachkraft mit entsprechender Berufserlaubnis durchzuführen.

Bei der Erstellung der Dokumentation werden Bewohner*innen und ggf. ihre Angehörigen grundsätzlich mit eingebunden.

Der 4-schrittige Pflegeprozess



Schematische Darstellung des Pflegeprozesses

Stammblatt

Informationssammlung

Strukturierte Informationssammlung (SiS)

Die Informationssammlung wird in den ersten 72 Stunden nach dem Einzug der/des Bewohner*in in die Pflegeeinrichtung erstellt, die Risikomatrix innerhalb der ersten 24 Stunden. Als Informationsquelle dienen:

- Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege und Hilfebeschreibung der/des Bewohner*in, ergänzend auch ihrer Angehörigen/Betreuer*innen
 - Beratung zum Pflege- und Hilfebedarf/Risikoeinschätzung aus Sicht der PFK (professioneller Filter)
 - Unterlagen, z.B. Überleitungsbögen externer Einrichtungen, Arzt- und Krankenhausberichte
- ➔ Ausschließlich der damit verbundene Verständigungsprozess wird in der SiS in den jeweiligen Themenfeldern abgebildet.

Ärztliche Anordnung (Behandlungspflege)

Diagnosen

[Biografie](#) + [Anschreiben](#)

Arbeitshilfe/Anleitung zum Ausfüllen der SiS

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Einstiegsfragen für das Gespräch bei Neuaufnahme; Schilderung der persönlichen Situation/aktueller Anlass: Warum die pflegebedürftige Person aus ihrer Sicht Leistungen der stationären Pflegeeinrichtung benötigt? Erwartungen durch die Inanspruchnahme der Dienstleistung/des neuen Wohnortes? Feld kann bei Evaluation neu erhoben werden

Die Aussage der/des Bewohner*in ist zu zitieren (O-Ton); Sinn dahinter: einen ersten Eindruck gewinnen.

Themenfeld 1 - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligung an einem Gespräch, Kognitive Fähigkeiten, Fähigkeiten und Beeinträchtigung des Seh-/Hörvermögens (auch unter Verwendung einer Brille/eines Hörgerätes) auch in Bezug auf den Lebensalltag

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Motivation, Mobilität zu erhalten/zurückzuerlangen, Beweglichkeit auf dem WB/Haus, Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lageveränderung im Sitzen, Stehen und Gehen, Umsetzen, Balance, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Kraft, Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine, Greiffähigkeit, Bewegungskoordination, FEM

Themenfeld 3 – Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Gesundheitliche Gesamtsituation, Einschränkungen und Belastungen, Beeinträchtigungen und Fähigkeiten im Bereich der Behandlungspflege, Arztbesuche und andere therapeutische Anwendungen, psychische Beeinträchtigungen, motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen,

Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen, Wunden, besondere-medicinische Bedarfslage

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Anzeichen oder Vorliegen einer Mangelernährung, Gewichtsverlauf (aktuell-3 Monate-6 Monate), biografisches Gewicht, PEG/PEJ, Essen, Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Getränke, Anzeichen oder Vorliegen einer unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme, Trinken, Benutzen einer/eines Toilette/-stuhls, Bewältigung der Folgen einer Harn-/Stuhlinkontinenz, Harn- und Stuhlinkontinenzprofil benennen, Nutzung von suprapubisch/transurethralem Katheter, Stoma, Waschen des vorderen/hinteren Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An-Auskleiden des Ober-/Unterkörpers, Rasur, Mund-/Zahnpflege, Prothesenpflege

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Beeinträchtigungen und Fähigkeiten für einen selbstständigen Aufenthalt im Freien, Beweglichkeit im Freien, Beeinträchtigungen und Fähigkeiten in der selbstständigen Gestaltung der Tagesstruktur, Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes; (Alltagskompetenz)

➔ Wird in Zusammenarbeit mit dem sozialbegleitenden Dienst erstellt

Themenfeld 6 – Wohnen und Häuslichkeit

beinhaltet z.B. Aussagen/Einschätzung/Hilfebedarf zu

Typische Hausarbeit, Regelungen für die alltägliche Lebensführung, Einkaufen für den täglichen Bedarf, einfache und aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Alltagskompetenz, behördliche und finanzielle Angelegenheiten, nächtliche Unruhe, Ruhen und Schlafen, Nächtlicher Unterstützungsbedarf, Gestalten des Bewohnerzimmers (eigene Einrichtungsgegenstände/Bilder), Orientierungshilfen

Risikomatrix

Zu jedem der oben beschriebenen Themenfelder wird systematisch erfasst, ob es Hinweise auf ein bestehendes Risiko für **Dekubitus**, **Sturz**, **Inkontinenz**, **Schmerz** oder **Mangelernährung** gibt. Unter Sonstiges wird das bestehende Risiko zu **Kontraktur** eingeschätzt.

Des Weiteren wird hier erfasst, ob eine weitere, genauere Einschätzung notwendig ist. Eine weitere Einschätzung könnte beispielsweise ein Assessment oder Screening sein.

Hinweis: Die Risikomatrix und die in den Themenfeldern beschriebenen Erkenntnisse müssen zueinander passen! Wenn also in der Risikomatrix ein Dekubitusrisiko erfasst wird, muss dieses Risiko in einem der Themenfelder beschrieben sein. Genauso muss umgekehrt beschrieben werden, warum aus pflegefachlicher Sicht kein Risiko besteht, obwohl alle Fakten eigentlich dafürsprechen (z.B. eine/ein Bewohner*in mit Hemiparese, die/der länger im Rollstuhl sitzt, aber ein Dekubitusrisiko besteht nicht)

Maßnahmenplanung

Resultierend aus dem Verständigungsprozess, abgebildet und entwickelt aus der Informationssammlung, wird gemeinsam mit der/dem Bewohner*in ggf. ihrem/seinem Angehörigen/gesetzlichen Vertreter eine Maßnahmeplanung erstellt. Diese bildet unter Berücksichtigung individueller Besonderheiten/Bedürfnisse und der Biografie, individuelle Maßnahmen zu regelmäßig wiederkehrenden grundpflegerischen Versorgung (Routine) und sozialen Betreuung (Einzel- und Gruppenangebote), ärztlich verordneter Behandlungspflege, sowie Maßnahmen zu bestehenden Risiken/Prophylaxen/Phänomenen die Tagesstruktur ab.

Die Maßnahmen werden teilweise durch Handlungsketten flankiert. Diese dienen als gemeinsame Handlungsgrundlage für alle. Des Weiteren sind die individualisierten Expertenstandards handlungsleitend. Weitere beschriebene Verfahren im OHB ergänzen das Sortiment.

Ergänzend zu der routinemäßigen Dokumentation werden Protokolle (sowohl in individuell gesetzten Zeiträumen als auch in Akutsituationen) genutzt, um eine besondere Situation/Phänomen/Gefährdung zu überprüfen. Das Ergebnis des Protokolls dient im Abschluss der (Bezugs-)Pflegefachkraft als Hinweis für weitere Maßnahmen, die eingeleitet werden müssen/können.

[Handlungsketten und Leitlinien](#) stellen sicher, dass die Versorgung der Bewohner*innen einheitlich, nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, geplant, gesteuert und ausgeführt werden.

Mit den [Pflegestandards](#) bestehen für die Mitarbeitenden verbindliche fachliche Anleitungen und Arbeitshilfen, die als Voraussetzung für professionelle Pflege dienen.

Damit ist die Qualität der pflegerischen Dienstleistungen planbar und kontrollierbar.

[Hygienestandards](#) dienen in besonderen Situationen als verbindlicher Leitfaden und beschreiben die weitere Vorgehensweise.

Durchführungsnachweis

Die praktische Durchführung der Maßnahmen orientiert sich immer an den in der Maßnahmenplanung beschriebenen Schritten. Kann die Pflege entsprechend der Planung durchgeführt werden, ist keine separate Maßnahmenbestätigung notwendig. Wird von der beschriebenen Planung abgewichen, so ist die **Abweichung und die Begründung** im Berichtsblatt zu dokumentieren.

Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen immer einzeln gesondert abgezeichnet werden.

„...Die Dokumentationspflicht erstreckt sich also nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten. 2 Nicht dokumentiert werden müssen insbesondere Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte. 3“

(Quelle: 19.06.2023, 11:48 Uhr [https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Kasseler Erklarung Pflegedoku HaftR 21 01 2014.pdf](https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Kasseler_Erklaerung_Pflegedoku_HaftR_21_01_2014.pdf))

Berichtsblatt

Eintragungen beziehen sich ausschließlich auf

- Abweichungen zur individuellen Maßnahmeplanung und tagesaktuelle Ereignisse/Vorkommnisse/besondere Situationen.
- Therapeutische Leistungen und Resultate aus der Zusammenarbeit mit externen Berufsgruppen (z.B. Ärzt*innen/Fachärzt*innen, Sanitätshaus),
- Kommunikation mit externen Partnern (z.B. Angehörige, Betreuer*innen).
- Dient zur Dokumentation des Wohlbefindens, Krankenbeobachtung, Wirksamkeitsprüfung, Informationsaustausch, etc.

Die hinterlegten Kategorien helfen eine Sortierung/Übersicht vorzunehmen.

Das Berichtsblatt entspricht einer Verlaufsdocumentation.

Evaluation

Die Evaluation dient der grundsätzlichen Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen, seiner Wirksamkeit und dem damit verbundenen Erfolg und zeigt somit eine Tendenz für den fortlaufenden weiteren Prozess. Sie ist der letzte Schritt im 4-schrittigen Pflegeprozess, beendet einerseits den Kreislauf, gibt aber auch den Impuls, den Pflegeprozess wieder neu zu starten als fortlaufender Kreislauf.

Es wird zwischen einer **individuellen und einer generellen Evaluation** unterschieden.

Die **individuelle Evaluation** unterliegt der fachlichen Entscheidung der Pflegefachkraft/Bezugspflegefachkraft mit der Festlegung von individuellen Evaluationsdaten und Zeiträumen. Sie erfolgt auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SiS®, insbesondere der Risikomatrix, der dazugehörigen Maßnahmeplanung und dem Verlauf aus dem Berichtblatt.

Eine **generelle Evaluation** erfolgt spätestens alle 6 Monate, nach einer Abwesenheit von mindestens 72 Std., einem Krankenhausaufenthalt oder eine Veränderung des Allgemein- oder Pflegezustandes der/des Bewohner*in. Zusätzlich können interne qualitätssichernde Maßnahmen/Regelungen einer Evaluation dienen/diese einleiten, z.B. durch eine Pflegevisite, Fallbesprechung, internes Audit.

Eine Evaluation kann sowohl ein, mehrere oder alle Themenfelder in der SiS, einen Teil oder die komplette Risikomatrix, eine einzelne, mehrere oder alle Maßnahmen im Maßnahmeplan oder auch die komplette Dokumentation mit der Abbildung des gesamten Pflegeprozesses beinhalten.

Nebenakten

Die Nebenakten sind ergänzende Ordner in Papierform, die folgende Dokumente enthalten können, z.B. Personalausweis (Kopie), Befreiungsausweis, KV Karte, medizinische Dokumente (z.B. Herzschrittmacherausweis), Krankenhaus-/Arztberichte, Vollmachten/Patientenverfügung, etc.

Qualitätsindikatoren

Halbjährlich zum einrichtungsbezogenen Stichtag werden über Vivendi IQS die Daten erfasst, abgerufen, überprüft, ergänzenden Angaben eingetragen und freigegeben.

Datenschutz

Die Dokumentation beinhaltet besonders sensible personenbezogene Daten und ist daher vor dem Zugriff unbeteiligter Dritter zu schützen.

Die Regelung zur [Schweigepflicht](#) sowie die [Handlungsleitlinien zum Datenschutz](#) und [Datenschutzkonzept](#) regeln dies.

Bezugspflege

Die Bezugspflege ist ein **Pflegesystem**, dass eine individuelle Verantwortungsübernahme in der Bewohnerversorgung beschreibt.

Die Bezugspflegefachkraft steuert den individuellen bewohnerbezogenen Pflegeprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung. Sie ist verantwortlich für die Erstellung und Evaluation der Dokumentation, dem Erkennen von Problemen und Ressourcen, Beratung zu Lösungen und Begleitung im Alltag; in allen Schritten wird der Bewohner*innen mit einbezogen. Sie ist Hauptansprechpartner für Bewohner*innen, Angehörige, Betreuer*innen und Ärzt*innen.

Jede Bezugspflegekraft hat eine Vertretung, mit der sie Planungen und Maßnahmen bespricht und die im Falle der Abwesenheit als Ansprechpartner für die betroffenen Bewohner*innen fungiert.

Die von der Bezugspflegekraft erstellte Maßnahmeplanung ist bindend für alle anderen Mitarbeitenden.

Das System der Bezugspflege bietet folgende Vorzüge:

- Bewohner*innen erleben eine hohe Kontinuität bei der Versorgung.
- Angehörige und Bewohner*innen haben bei Fragen zur pflegerischen Versorgung einen festen Ansprechpartner. Da alle relevanten Informationen bei der Bezugspflegekraft zusammenlaufen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Probleme, Fehlentwicklungen und mögliche Gefahren schneller erkannt werden und es gehen weniger Informationen verloren.
- Die Bezugspflegekraft kennt den Zustand der/des Bewohner*in sehr genau.

Unterstützt wird dieser Prozess durch den Einsatz der freigestellten Wohnbereichsleitung.

Qualitätsmanagement/-sicherung

Um die Qualität der erbrachten Arbeit und die Versorgung aller Bewohner*innen in allen Leistungsbereichen zu erhalten sowie ständig zu verbessern, wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement implementiert. Dies ist im [Organisationshandbuch](#) geregelt. Als Grundlage dienen die [Grundsätze der Qualitätspolitik](#) DWKKRE.

Instrumente zur Bewertung, Vermeidung und zur Behebung von Qualität und -defiziten sind u.a. in den Verfahren [Managementbewertung](#) und [Verbesserungs- und Fehlermanagement](#) beschrieben.

Zusätzlich dazu dient in der Altenheime gGmbH das Verfahren [Interne Qualitätssicherung](#).

Wenn trotz dieser Maßnahmen der/dem Bewohner*in eine Qualitätsabweichung auffällt, dient folgendes [Verfahren](#) zur Dokumentation und Bearbeitung.

Die betriebliche Hierarchie ist über ein [Organigramm](#) geregelt.

Über [Stellenbeschreibungen](#) sind Aufgaben und Verantwortlichkeiten geregelt.

Neue fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse ergeben sich aus Fachliteratur, Newslettern, Teilnahme an [Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen](#), Benchmarking, etc. Informationsweitergaben und Schulungsinhalte werden in Teambesprechungen, Hauskonferenzen und über Impulsschulungen geteilt.

[SAM](#) dient als elektronische Fortbildungsplattform.

Konzeptionelle Ausarbeitungen erfolgen über Arbeitskreise, [Qualitätszirkel](#), [Projektarbeit](#), etc.

Zur Unterstützung der Kommunikations- und Informationsstruktur dient die [Besprechungsmatrix](#) und damit folgende Instrumente:

- die Kommunikation im Team (z.B. [Fallbesprechungen](#), [Integrationsgespräch](#), [Dienstübergaben](#), Teamsitzungen, Arbeitskreise)
- die qualitätssichernden Maßnahmen (z.B. [Pflegevisite](#), [Medikamentenaudit](#)) und die [Dienstplanung](#)
....nach den Erfordernissen der jeweiligen Bewohnerstruktur.

[Fachbegleitungen](#).

Um die Fachlichkeit und Einhaltung von Qualitätsstandards zu gewährleisten, werden alle Mitarbeitenden durch den jeweiligen Vorgesetzten einmal jährlich bei ihrer Tätigkeit begleitet.

Die [innerbetriebliche Kommunikation](#) ist in der Besprechungsmatrix der Häuser [HAS](#) [MCZ](#) [TFH](#) geregelt.