

PFLEGE- UND BETREUUNGSKONZEPT

OBERHESSISCHES DIAKONIEZENTRUM
JOHANN-FRIEDRICH-STIFT LAUBACH

SENIORENZENTRUM LICH

Am Schlossgarten 2, 35423 Lich

Telefon: 06404 - 696 103

Email: seniorenzentrum-lich@oberhess-diakonie.de

Website: www.oberhess-diakonie.de

Stand März 2023

INHALT

1 Träger, Einrichtung, Ideologie	4
1.1 Oberhessisches Diakoniezentrum	4
Geschichte des Oberhessischen Diakoniezentrums.....	4
Unsere Struktur	4
Stiftungszweck.....	5
Unser Leitbild.....	5
1.2 Lebensumfeld Seniorencentrum Lich	5
Stationäre Pflege nach dem Hausgemeinschaftsprinzip	5
Seniorenrechtliches, Betreutes Wohnen	6
1.3 Leitbild	7
1.4 Normalisierungsprinzip.....	9
1.5 Soziale Teilhabe und Lebensqualität unter den Bedingungen der COVID-19 Pandemie.....	11
2 Struktur.....	12
2.1 Die Arbeitsbereiche	12
Pflege	12
Betreuung	13
Hauswirtschaft.....	14
Verwaltung	18
2.2 Organigramm.....	18
2.3 Ziele und Leitungsaufgabe.....	19
2.4 Öffentlichkeitsarbeit.....	21
2.5 Vernetzung	21
3 Betreuung	21
3.1 Aufnahme	22
3.2 Familienorientiertes Arbeiten	23
3.3 Einzel- und Gruppenangebote.....	23
3.4 Einrichtungsbeirat	27
4 Pflege	28
4.1 Pflegedokumentation und Pflegemodell.....	28
Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)	29
Risikomatrix	35
Maßnahmenplanung	35
Berichteblatt	37



Evaluation	38
4.2 Bestandteile der Dokumentation	38
4.3 Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie	39
4.4 Arbeitsorganisation	40
Pflegesystem.....	40
Dienstplangestaltung.....	40
Übergabe und Besprechungen	40
Pflegevisiten	41
4.5 Leben ist Bewegung.....	41
4.6 Sterbebegleitung	41
5 Qualitätsmanagement	42
5.1 Qualitätshandbuch	43
5.2 Beschwerdemanagement.....	44
5.3 Ständige Verbesserung.....	44
5.4 Fortbildung	45
5.5 Qualitätssicherung.....	46



1 TRÄGER, EINRICHTUNG, IDEOLOGIE

Das vorliegende Pflege- und Betreuungskonzept ist ein Handlungskonzept und beschreibt Grundsätze, Leitideen, unsere Vision und Mission sowie konkrete handlungsleitende Beschreibungen der täglichen Prozesse und Geschehnisse in unserer Einrichtung. Es beschreibt die grundlegende innere Haltung, die erforderlich ist, um unsere Ziele umsetzen zu können und macht konkrete Aussagen zu deren Umsetzung.

Das Konzept unterliegt dynamischen Prozessen und wird regelmäßig aktualisiert. Es berücksichtigt alle Arbeitsbereiche. Es wird durch weitere Konzepte, Verfahrensanweisungen und Formulare des QM-Handbuches ergänzt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die grammatisch männliche Form verwendet. Gemeint sind stets sowohl Frauen, Männer und Divers.

1.1 OBERHESSISCHES DIAKONIEZENTRUM

Die gemeinnützige Stiftung Oberhessisches Diakoniezentrum Johann-Friedrich-Stift, Laubach ist seit mehr als 300 Jahren eng verbunden mit der Stadt Laubach und ihren Bewohnern und steht auch mit der Region in einem fortlaufenden lebendigen Austausch.

An verschiedenen Standorten in Laubach und der Region bieten wir Beratung und vielfältige Unterstützungsangebote vom ersten bis zum letzten Lebensjahr an. Das Oberhessische Diakoniezentrum beschäftigt über 400 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Etwa 140 ehrenamtlichen Unterstützer sind im Auftrag des Oberhessischen Diakoniezentrums tätig.

Das Oberhessische Diakoniezentrum ist Träger von drei Seniorenzentren in Laubach, Hungen und Lich, Betreutem Wohnen in Lich, dem Ambulanten Pflegedienst und der Tagespflege Pudelwohl in Grünberg, sechs Kindertageseinrichtungen in Laubach und einer in Lich, sowie Kindertagespflegeangeboten in Laubach, Hungen, Lich und Grünberg und einem Hospizdienst.

Die Stiftung ist Träger der Tochtergesellschaft Johann-Friedrich-Stift gem. GmbH, mit verschiedenen Angeboten wie hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Vermittlung von Hausnotrufanlagen und Essen auf Rädern, sowie die trägerübergreifend arbeitende Koordinationstelle Ambulanter Hospizdienst.

GESCHICHTE DES OBERHESSISCHEN DIAKONIEZENTRUMS

Im Jahr 1711 errichtete die gräfliche Familie zu Solms-Laubach in Laubach ein Armen- und Waisenhaus, die „Mutter“ des heutigen Oberhessischen Diakoniezentrums. Eine lange Tradition christlich motivierten Engagements und die enge Verbundenheit mit der Region, die fortlaufenden gesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen führten zu einer kontinuierlichen Veränderung und Weiterentwicklung des Aufgabenspektrums, das immer an den Bedürfnissen hilfsbedürftiger Mitbürger orientiert war und ist.

Die Stiftung ist Mitglied des Verbandes Diakonie Hessen und dessen Selbstverständnis und Leitbild verpflichtet.

UNSERE STRUKTUR

Die Leitung des Oberhessischen Diakoniezentrums Johann-Friedrich-Stift setzt sich aus zwei Organen zusammen: Dem Stiftungsrat und dem Vorstand.

Der Stiftungsrat setzt sich aus mindestens fünf, höchstens sieben Mitgliedern zusammen, darunter als geborenes Mitglied ein Vertreter der Stifterfamilie aus dem Gräflichen Hause Solms-Laubach. Die Amtszeit beläuft sich auf vier Jahre. Der Stiftungsrat führt Aufsicht über die Arbeit des Vorstands und berät diesen in allen Angelegenheiten. Ferner ist es Aufgabe des Stiftungsrates, im Einvernehmen mit dem Vorstand, die



Grundsätze der Geschäftspolitik festzulegen. Darüber hinaus verabschiedet der Stiftungsrat den Jahresabschluss und verabschiedet den jährlichen Wirtschaftsplan.

Der Vorstand leitet die Stiftung mit allen Einrichtungen und Tochtergesellschaften. Er ist verantwortlich für die Führung der Geschäfte und Verwaltung des Stiftungsvermögens nach Maßgabe des Gesetzes, der Stiftungsverfassung und der Beschlüsse des Stiftungsrates. Der Vorstand vertritt die Stiftung gerichtlich und außergerichtlich.

Gemeinsam mit dem Stiftungsrat ist der Vorstand dazu verpflichtet, den gemeinnützigen Charakter sowie das humanistische Leitbild der Stiftung zu bewahren. Dem Vorstand können bis zu drei Mitglieder angehören, die für eine Dauer von bis zu fünf Jahren berufen werden.

STIFTUNGSZWECK

Die Aufgabe der Stiftung umfasst die Behandlung, Pflege, Betreuung, Unterbringung und Versorgung von kranken und alten Menschen. Ferner hat die Stiftung die Erziehung, Ausbildung und Förderung von nichtschulpflichtigen Kindern zur Aufgabe.

Der Stiftungszweck wird dadurch verwirklicht, dass wir als Oberhessisches Diakoniezentrum ambulante, teilstationäre, stationäre Pflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten und weitere soziale Angebote errichten, unterhalten und weiterentwickeln.

Im Rahmen der Vorschriften der Gemeinnützigkeit sind wir als Stiftung offen für die Übernahme weiterer gemeinnütziger bzw. diakonischer, sozialer und artverwandter Aufgaben. Politisch ist die Stiftung unabhängig.

Die Stiftung kann alle Geschäfte tätigen, die der Förderung oder Erfüllung des Stiftungszwecks dienen, also auch Gesellschaften oder weitere Einrichtungen wie benannt gründen oder sich an bereits bestehenden Gesellschaften und Einrichtungen mit vergleichbarer Zielsetzung beteiligen.

UNSER LEITBILD

In unserem Leitbild beschreiben wir sowohl unser Bild einer solidarischen und sozial gerechten Gesellschaft, formulieren die inhaltlichen Ziele unserer Arbeit mit und für unsere Kunden und Kundinnen und legen die Leitlinien für unsere Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und unseren Kooperationspartnern fest.

Wir haben einen hohen Anspruch an uns selbst formuliert und sind uns darüber bewusst, dass wir uns immer auf dem Weg zur Zielerreichung befinden werden.

Unter fortlaufend schwieriger werdenden Rahmenbedingungen geht es darum, die bestmögliche Balance zwischen unseren Zielen und Wünschen und den ökonomischen und politischen Zwängen und Begrenzungen zu finden.

1.2 LEBENSUMFELD SENIORENZENTRUM LICH

Die Einrichtung liegt am Rande des Stadtkerns, in direkter Anbindung zum Licher Schlosspark. Geschäfte, Ärzte, Banken etc. sind leicht fußläufig erreichbar. Eine Bushaltestelle befindet sich in ca. 150m Entfernung vom Seniorenzentrum. Der Bahnhof mit Zuganschluss ist ca. 600m entfernt.

STATIONÄRE PFLEGE NACH DEM HAUSGEMEINSCHAFTSPRINZIP

Die Räumlichkeiten der vollstationären Einrichtung sind in zwei U-förmigen Gebäuden mit je zweigeschossiger Bauweise untergebracht (Haus A und Haus B). In Haus A befinden sich insgesamt 4 Hausgemeinschaften mit 8 Einzelzimmern, im Haus B befinden 3 Hausgemeinschaften in denen 8 Bewohner betreut werden. Natürlich

hat jeder Bewohner sein eigenes Zimmer - alle mit eigenem Bad und Toilette ausgestattet - und damit seine eigene Privatsphäre. Alle Bewohnerzimmer verfügen über ein Telefon- und Kabelanschluss und sind mit einer Notruf-Klingelanlage ausgestattet. Bewohner können das Zimmer möbliert, teilmöbliert und ohne Möbel anmieten. Jeder Bewohner kann seine eigenen Möbel mitbringen.

Das eigentliche Zentrum einer jeden Hausgemeinschaft ist jedoch ein großer Gemeinschaftsraum mit Wohn- und Essbereich und einer Küche. Hier werden alle seniorengerechten Mahlzeiten zubereitet – zum Teil frisch gekocht, zum Teil angeliefert und angerichtet. Jeder kann mithelfen, man kann aber auch einfach nur dabeisitzen und sich an den Kochdüften und der Geselligkeit erfreuen. Die Bewohner können aktiv ihren Alltag mitgestalten. Vielfältige Beschäftigungsangebote sorgen für einen abwechslungsreichen Tagesablauf. Zu allen Zeiten und Aktivitäten sind Familienmitglieder und Freunde herzlich willkommen.

Insgesamt stehen 56 Plätze zur Verfügung.

Weitere Räumlichkeiten in jeder Hausgemeinschaft sind der Vorratsraum, der Hauswirtschaftsraum, das Dienstzimmer und ein Pflegebad pro Etage (für zwei Hausgemeinschaften) mit je einer Hubbadewanne, Lifter, Dusche, Toiletten und Waschbecken. In jeder Hausgemeinschaft befindet sich außerdem eine Fäkalienspüle.

Eine Cafeteria und die Büroräume befinden sich im Erdgeschoss des hinteren Gebäudes (Haus B).

Die Idee der Hausgemeinschaften wendet sich bewusst von den Strukturen und Organisationsprinzipien eines traditionellen Pflegeheimes ab. Das Angebot richtet sich an verschiedene Zielgruppen, um hochbetagten Menschen gemäß ihrer individuellen Lebenssituation, ihren Wünschen und Möglichkeiten ein angemessenes Lebens- und Wohnumfeld zu garantieren.

Es ist das Anliegen der meisten Menschen auch bei fortgeschrittener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit weiterhin in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben. Dies ist auch möglich, wenn ein entsprechendes soziales Umfeld vorhanden ist und aktiv diesen Wunsch unterstützt. Bei Ausdünnung oder Wegfall dieses sozialen Umfeldes ist zwar eine medizinische-pflegerische Versorgung nach wie vor möglich, es können aber gleichzeitig lange Phasen des Alleinseins, sozialer Isolation, Vereinsamung, Verlust von Lebensqualität, Antriebsarmut, Verwahrlosung usw. entstehen. Um solchen Sekundärwirkungen vorzubeugen bieten sich die stationären Wohn- und Versorgungsformen der Hausgemeinschaften im Seniorencentrum Lich an. Dabei berücksichtigt das Konzept nachfolgende Aspekte:

- Gewinn von Privatheit und Individualität
- Gewinn an Selbstbestimmung
- Abwechslung und Anregung (Lebendigkeit, Humor)
- Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten
- Begegnung mit Achtung und Wertschätzung
- Vorrang von „Alltagsnormalität“
- Zusammenleben mit Gleichgesinnten

SENIORENGERECHTES, BETREUTES WOHNEN

Neben dem Seniorencentrum Lich gibt es einen Wohnkomplex mit 26 barrierefreien Betreuten Wohnungen für Senioren. Er liegt direkt am Rande des Schlossparks, so dass man aus den großen Wohnzimmerfenstern einen direkten Blick ins Grüne hat.

Dieses Angebot ist vor allem für Menschen gedacht, die aus körperlichen, seelischen oder sozialen Gründen nicht allein wohnen wollen. In einem Betreuungsvertrag werden ergänzend zum Mietvertrag Service- und Betreuungsleistungen (Grundbetreuung), sowie zusätzliche Wahlleistungen angeboten.

Die Wohnungen bieten ein Schlafzimmer, einen kombinierten Wohn-/Essbereich und ein barrierefreies Bad mit Dusche. Die Küche ist mit Einbauküche, Herd und Kühlschrank ausgestattet. Zu jeder Wohnung gehört ein verschließbarer Kellerraum. Außerdem sind die Wohnungen mit einer Notrufanlage mit 24-Stunden-Erreichbarkeit ausgestattet.

1.3 LEITBILD

Unser Leitbild orientiert sich am Leitbild des Oberhessischen Diakoniezentrums und steht damit in Einklang. Für unsere Einrichtung haben wir folgende Punkte als Leitgedanken formuliert:

ALLTAGSNORMALITÄT HAT VORRANG

Wir schaffen einen Lebens- und Wohnraum für Menschen, in dem sie sich zuhause fühlen können. Zuhause sein bedeutet: von vertrauten Menschen umgeben zu sein die um die persönlichen „Eigenheiten“ wissen und diese akzeptieren. Es bedeutet auch über Räume und Gegenstände frei verfügen zu können. In einem solchen Umfeld kann der Mensch mit seinen alten Gewohnheiten ankommen und sein der er ist. Es gilt der Leitsatz: So viel Normalität und Eigenverantwortung wie möglich, so viel Betreuung und Hilfe wie nötig.

JEDE PERSON IST NUR AUS IHRER GESCHICHTE HERAUS ZU VERSTEHEN

Gerontopsychiatrische Veränderungen wie Demenz oder Depression betrachten wir in erster Linie als Daseinsform, die bei jeder Person ihren individuellen Ausdruck findet. Der Mensch versucht ständig seine Selbstpflegefähigkeit zu erhalten und seine Person zu schützen. Auch Beeinträchtigungen und ungewohnte Verhaltensweisen sind vor diesem Hintergrund zu verstehen. Wir versuchen nicht die Lebenswelt des Menschen zu korrigieren, sondern nehmen ihn so an wie er ist.

DIE FAMILIE IST UNVERZICHTBAR

Der Mensch ist Zeit seines Lebens in familiäre Bezüge eingebunden. Die Familie spielt insofern lebenslang eine bedeutsame Rolle als sie emotional und identitätsstiftend wirkt. Die Familie können und wollen wir nicht ersetzen. Sie ist unser wichtigster Partner bei der Begleitung der Menschen, die bei uns leben.

Auch für das Leben in den Hausgemeinschaften ist das Modell der Familie im Sinne einer Wahlfamilie das zentrale Leitbild. In den Hausgemeinschaften leben überschaubare Gruppen mit beständigen Bezugspersonen zusammen.

Die Aufrechterhaltung der Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Nachbarn gehören zu einem „normalen“ Familienleben. Daher sind und bleiben sie wichtige Bezugspersonen – auch für das Leben in der Hausgemeinschaft. Alltagsnormalität bedeutet für uns weiterhin den Dialog mit den Licher Bürgern zu pflegen und Freiwilligen- und Nachbarschaftsengagement zu fördern.

DIE PRIVATHEIT DER RÄUMLICHKEITEN IST BEDEUTEND

Die Hausgemeinschaften stellen den privaten Lebensraum der dort wohnenden Menschen dar. Prinzipiell gibt es keine „öffentlichen“ Räumlichkeiten.

Wir bieten ausschließlich Einzelzimmer an, um nicht nur jederzeit Kontakt und Beziehung zu ermöglichen, sondern auch immer Rückzugsmöglichkeiten zu garantieren.

JEDER MENSCH MÖCHTE SEIN LEBEN SELBST MEISTERN

Der Mensch bleibt eine wahrnehmungs- und kommunikationsfähige Persönlichkeit, solange er lebt. Wie schwer seine Beeinträchtigungen auch sein mögen, er verfügt über Ressourcen, um sein Leben selbst zu bewältigen. Wo wir auf Hindernisse stoßen mit ihm zu kommunizieren, ist es unsere Aufgabe unsere



„Behinderung“ zu überwinden und die Ressourcen des anderen aufzuspüren. Hilfe- oder Pflegeleistungen stehen nicht zur Erledigung an. Es gilt der Leitsatz: Kontaktaufnahme und Beziehung stehen vor gemeinsamen Tun.

JEDER MITARBEITER IST MIT DEM GELINGEN DER BETREUUNG, VERSORGUNG UND PFLEGE BEAUFTRAGT

Die Mitarbeiter sind mehr als Pflege- oder Hauswirtschaftskräfte. Sie nehmen den Bewohner an und bringen ihm Wertschätzung entgegen. Sie richten ihr Tun an ihren Bedürfnissen aus und gestalten mit ihm den Tag. Nur durch ein gutes Zusammenspiel aller Aufgabenbereiche kann für ihn ein positives Lebensumfeld geschaffen werden, in dem er genau die Unterstützung erhält, die er benötigt.

DIE UMGEBUNG PASST SICH AN, WO DIES DER MENSCH NICHT MEHR LEISTEN KANN

Die Hausgemeinschaften wurden nach speziellen architektonischen und gestalterischen Konzepten errichtet. Mobiliar, Farbgestaltung, Beleuchtung und Orientierungsmöglichkeiten wurden so gewählt das hoch betagte Menschen sich wohl fühlen und zurechtfinden können.

HAUSWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN ORIENTIEREN SICH AN DEN GEWOHNHEITEN, BEDARFEN UND WÜNSCHEN

Das Speisen- und Getränkeangebot, die Versorgung der Wäsche, die Reinigung der Räume, das Wohnumfeld mit seiner Dekoration – alle Bereiche der Hauswirtschaft orientieren sich an den Gewohnheiten, Bedarfen und Wünschen der Bewohner. Sie passen sich immer wieder den aktuellen Veränderungen der Fähigkeiten, der Fertigkeiten und den Stimmungslagen der Bewohner an.

Mit unseren Bewohnern und ihren Familien werden gemeinsam die hauswirtschaftlichen Leistungen abgestimmt. Bei unterschiedlichen Sichtweisen genießt der Wunsch des Bewohners so lange Vorrang, als er sich dadurch nicht selbst noch andere gefährdet.

WIR ERKLÄREN UNS ZUSTÄNDIG

Wir erklären uns zuständig für die Belange und Erfordernisse der Senioren von Lich und Umgebung. Wir nehmen unsere regionale Verantwortung wahr und suchen den Dialog mit allen relevanten Akteuren, um individuelle und bestmögliche Lösungen für die Senioren zu erreichen.

Die häusliche Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen ist eine Rund-um-die-Uhr-Aufgabe, die oftmals zu erheblichen Belastungen der Betreuenden führt. Gefühle der Überforderung, eigene Erkrankungen oder eine unvorhergesehene Entwicklung der Pflegesituation bringen dann die bisher tragfähige häusliche Situation ins Wanken. Mit unserem Angebot helfen wir, auch wenn es schnell gehen muss. Wir betreuen den Pflegebedürftigen, suchen mit den Familien nach Entlastung, klären Notwendiges ab und vermitteln Fachleute.

Wir bilden Fachkräfte aus und haben Kooperationsvereinbarungen mit Kranken- und Altenpflegesschulen. Wir bilden aus, weil wir unseren Beitrag dazu leisten, dass genügend qualifizierte Menschen in der Pflege arbeiten.

UNSERE ANGEBOTE ENTWICKELN WIR BESTÄNDIG WEITER

Eine gute Alltagsqualität ist täglich immer wieder neu herzustellen. Auch das Wissen um die Begleitung und Pflege hoch betagter Menschen besitzt immer Vorläufigkeit. Wir reflektieren unsere täglichen Praxiserfahrungen, um sie an die Bedarfe der Bewohner anzupassen und stehen in regelmäßigem Austausch mit externen Fachleuten. Die Bewohner und ihre Familien sind wichtige Dialogpartner, wenn es um die Weiterentwicklung der Betreuungsangebote geht.



1.4 NORMALISIERUNGSPRINZIP

Trotz geistigen, körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen ein Leben leben zu können so normal wie möglich, d.h. ein Leben, das dem der nicht beeinträchtigten Mitbürger entspricht – das ist die Maxime des Normalisierungsprinzips, das ursprünglich aus dem Bereich der Arbeit für Menschen mit Behinderung stammt. Es fordert u.a. Einrichtungen auf, das Leben, die Beziehungen, die räumliche Gestaltung und die Betätigungsmöglichkeiten „normal“ zu gestalten. Institutionen entwickeln jedoch häufig Mechanismen, welche die Komplexität des Zusammenlebens reduzieren und damit Gefahr laufen, die Selbstbestimmung der in ihr lebenden Menschen immer stärker einzuschränken. Normalität in der Begleitung von betagten Menschen heißt vor allem ihre Persönlichkeit als handlungsleitend für die Begleitung zu sehen, auch wenn verschiedene Verhaltensweisen aus unserer Sicht „überholt“ sind oder „aus dem Rahmen fallen“. Normalität heißt weiter die Individualität zu wahren, Wahlmöglichkeiten zu schaffen und Hilfeleistungen als Angebot zu verstehen, das prinzipiell auch abgelehnt werden kann. Das Normalisierungsprinzip meint ausdrücklich nicht, dass sich beeinträchtigte Menschen nach unseren sittlichen, hygienischen oder fachlichen Vorstellungen zu verhalten haben. Vielmehr geht es darum das Umfeld in einer Weise anzupassen, dass Normalität für den Menschen in seiner jeweiligen Lebenssituation erfahrbar bleibt.

ALLTAGSORIENTIERUNG

Der Normalisierungsansatz bedeutet in der praktischen Umsetzung, den Alltag umfassend und gelingend zu gestalten und einen „normalen“ Tagesrhythmus beizubehalten (bewohnerorientierte Arbeitszeiten und flexible Leistungserbringung in allen Arbeitsbereichen). Die Zeit des Aufstehens wird nicht von den Essenszeiten diktiert. Nicht alle wollen und müssen bis 9.00 Uhr grundpflegerisch versorgt sein. Der Beginn der Nacht und die Zeit des Zu-Bett-Gehens werden nicht vom Nachtdienst eingeläutet. Auch wenn der Berücksichtigung von Ritualen und Rhythmen ein hoher Stellenwert zukommt ist nicht die Gleichförmigkeit aller Tagesabläufe das Ziel, sondern deren Verlässlichkeit und Unterscheidbarkeit (Was macht den Tag einzigartig? Kommt Besuch? Was macht den Sonntag zum Sonntag? usw.)

Alltagsorientierung beinhaltet auch das Aufgreifen von Traditionen und saisonalen Gewohnheiten. Diese spiegeln sich im Speisenangebot aber auch in der Raumgestaltung wider. Die hauswirtschaftlichen Üblichkeiten prägen – wie zuhause auch – den Alltag.

PARTIZIPATION

Die Partizipation des Bewohners ist täglich neu zu ermöglichen. Gespräche über den Menschen in seiner Anwesenheit sind unangebracht und werden vermieden. Partizipatives Handeln bindet den Menschen in alle Entscheidungen und Tätigkeiten mit ein. Insbesondere werden ihm Fähigkeiten nicht pauschal abgesprochen („Herr x ist demenzkrank. Was sollen wir ihn hierzu befragen?). Häufig suchen Pflegende intensiv nach dem Grund für eine bestimmte Verhaltensweise (z. B. das nach draußen drängen) beziehen den Menschen selbst jedoch nicht mit ein. Ein schwerstdemenzkranker „schwieriger“ Bewohner, der ständig die Einrichtung verlassen wollte antwortete dem Neurologen auf Nachfrage, was für ihn das Schlimmste an seiner derzeitigen Situation sei: „Die Langeweile.“

BEZUGSPFLEGE

Das Leben in überschaubaren Gruppen in unseren Hausgemeinschaften gibt Sicherheit und einen familienähnlichen Rahmen. Die Umsetzung der Bezugspflege sichert klare Zuständigkeiten für die Belange der einzelnen Bewohner während des aktuellen Arbeitseinsatzes und sichert die langfristige Zuständigkeit über den einzelnen Dienst hinaus (z. B. Ausstattung mit Kleidung, Gestaltung des Zimmers, Aktivitäten am Geburtstag des Bewohners, Herstellen und Pflegen wichtiger sozialer Kontakte, Organisieren und Ermöglichen erforderlicher medizinischer Untersuchungen/Behandlungen etc.)



„NORMALITÄT“ ALS HERAUSFORDERUNG

Für Mitarbeiter und Familien gilt es zu lernen, dass sich die Welt des pflegebedürftigen Menschen nicht zwingend an den in der Gesellschaft vorherrschenden Normen oder an effizienten Arbeitsabläufen in der Pflege orientiert. Es geht in der Begleitung auch nicht um ein Einfaches „falsch“ oder „richtig“, sondern um die Möglichkeit Mensch-Sein zu können, wie jeder ist, anders zu denken und zu leben, auch wenn dies ggf. nicht unseren Erwartungen entspricht. Es gilt der subjektiven Sichtweise der erkrankten Menschen Raum und Zeit zu geben, sie zu akzeptieren. Dieses setzt aber eine flexible Betreuungsstruktur voraus, weil letztlich nur auf dieser Basis Freiräume entstehen, die die Möglichkeit bieten, weniger starr und damit oftmals konfrontierend arbeiten zu müssen.

ALLTAGSGESTALTUNG

Als Kernelemente der Alltagsgestaltung können zusammengefasst werden:

- Das Prinzip **Kontakt vor Funktion** - Jede funktionale Vorgabe wird eingebettet in ein individuelles Kontaktgeschehen. Ein „Ich bring´ Sie jetzt mal aufs Klo“ gibt es nicht.
- **Autonomie** und Herstellen „guter Abhängigkeiten“ sind gleichgewichtig – Regressionswünsche – sich zurück in die Unselbstständigkeit fallen lassen – sind zu respektieren.
- Erst wird **versucht zu verstehen**, bevor man handelt – Was beabsichtigt die Person, welchem Zweck kann das Verhalten dienen, auf welcher „Bühne“ oder in welcher Szene nimmt mich die (demente) Person wahr? Welche Bedeutung, welchen Sinn erlebt die Person in ihrem Tun? Welchen Hinweis gibt uns die Person durch ihr ungewohntes Verhalten oder gezeigte Autostimulation?
- Die **eigene Person** und Emotionalität ist die Arbeitsebene: Persönlichkeitsentwicklung ist wichtiger als Techniken, „wie man mit (pflegebedürftigen/dementen/depressiven) Menschen umgeht.“
- Emotionsunterstützendes Arbeiten wird ergänzt durch **Grenzen und Rahmen** setzen: Menschen der definierten Betreuungsgruppen sind in der Regel nicht psychotisch und durchaus in der Lage, Grenzsetzungen zu verstehen und zu vertragen.
- **Individualität** – Pflegebedürftigkeit und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder wie Demenz und Depression prägen sich immer individuell aus, allgemeine Bedürfnisannahmen, wie etwa: „die wollen alle in dieser Phase laufen“, sind wenig hilfreich – im Gegenteil, sie bestärken funktionale und schematische Haltungen seitens der Mitarbeiter.
- **Ansprechpartner sein** – die Betroffenen dürfen nicht das Gefühl haben, alleine gelassen zu werden: Es gibt Rückzugsnischen, aber es ist immer jemand erreichbar, um die emotionale Not bei Bindungsverhalten, Angst und Stress zu lindern.
- **Pflege und Betreuung integrieren** – Unter der Wahrung von Kernkompetenzen werden Aufgaben ganzheitlich und übergreifend wahrgenommen.
- Es gilt, **Kontakte aufzubauen, ohne etwas zu wollen** – besonders, ohne etwas „pflegerisches“ zu wollen. In Souveränität und Gelassenheit im Kontakt auszuharren, um der Person Gelegenheit zu geben, etwas zu initiieren.
- **Zulassen statt Kontrolle** – Mit der Zeit gilt es, die eigenen Hygienegewohnheiten hinten anzustellen, Ekelgrenzen abzubauen und auf „hauswirtschaftliche Ordnungszwänge“ zu verzichten bzw. die eigene Ordnung der Person – soweit eine Selbstgefährdung oder eine Fremdgefährdung ausgeschlossen werden kann - zu akzeptieren.
- Immer wieder gilt es zu versuchen, eine **gelingende soziale Situation** herzustellen – Da dies auch in Familien nicht immer gelingt, muss man sich und anderen verzeihen lernen.



- Vom Bewohner geht alle Kontrolle bzgl. Tagesablauf, Essensentscheidungen, Beschäftigung und Sauberheitskultur aus.
- Ein **wohnungsähnliches Zuhause** ohne Klinikcharakter ist in seiner positiven Wirkung auf alle Beteiligten bedeutsam.

1.5 SOZIALE TEILHABE UND LEBENSQUALITÄT UNTER DEN BEDINGUNGEN DER COVID-19 PANDEMIE

2020-2023 standen wir in den Pflegeeinrichtungen einer besonderen Herausforderung gegenüber – der Vereinbarkeit von Infektionsschutz, der auf „Social Distancing“ als eine der Hauptmaßnahmen baute, und Gewährleistung von Sozialer Teilhabe und Lebensqualität für unsere Bewohner.

Auch wenn die Pandemie offiziell als beendet gilt, haben die Erkenntnisse dieser Zeit Relevanz für unser Handeln und unsere Ausrichtung. Für Krisenzeiten mit Infektionsgeschehen bleiben die Erfahrungen und Erkenntnisse konzeptionell erhalten und sind daher an dieser Stelle aufgeführt:

- In unseren Teams machen wir uns dazu dauerhaft und tagesaktuell Gedanken, besprechen Ideen im Blitzlicht und versuchen so viel wie möglich Normalität im Alltag zu gewährleisten (siehe oben).
- **Behandlungspräferenzen** werden geprüft und dem Bewohner die Möglichkeit gegeben, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, sollte der Fall einer Infektionserkrankung auftreten. Dabei geht es um Einweisung ins Krankenhaus oder intensivmedizinische Behandlung. Die Wünsche und Vorstellungen der betreffenden Personen werden gemäß der vorhandenen Patientenverfügungen und/oder zusätzlichen Informationen umgesetzt. Auf Wunsch werden auch Vertrauenspersonen wie z. B. Hausärzte, Angehörige involviert. Bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche und Bedürfnisse klar zu artikulieren bzw. Entscheidungen zu treffen, wird mit den vorsorgebevollmächtigten Personen oder gesetzlichen Betreuern im Bedarfsfall ein Gespräch im Sinne einer ethischen Fallbesprechung geführt.
- Werden **Quarantänemaßnahmen** erforderlich, so versuchen wir diese in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt und der Pflege- und Betreuungsaufsicht auf ein notwendiges Maß zu minimieren (individuelle Risikoeinschätzung) und demjenigen in der Quarantäne alternative Kontaktangebote zu machen. Auch Probleme bei der Umsetzung von Quarantäneregeln können auftreten, z. B. bei Menschen mit Demenz oder Menschen mit Depressionen oder wenn jemand die Maßnahme nicht akzeptiert und ablehnt. Diese Probleme werden individuell im Team besprochen und ebenso individuelle Lösungen gesucht.
- **Beziehungsgestaltung** ist ein wichtiger Aspekt in der Versorgung der Bewohner. Soziale Kontakte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtungen sind zentral für das physische und psychische Wohlbefinden der Menschen. In Zeiten in denen Soziale Kontakte stark eingeschränkt sind, machen wir uns besonders die Bedeutsamkeit von Pflegehandlungen (Körperkontakt) bewusst. Unter Abwägung der Risiken ist auch Körperkontakt mit Angehörigen unter Einhaltung der Händehygiene ausdrücklich gestattet.
- Wir ermöglichen digitale Kommunikation. Wie bieten diese Möglichkeit über Tablets an und unterstützen die Bewohner bei der Überwindung technischer Hürden.
- Wir passen unsere **Kommunikation** verbal und nonverbal bei einer Tragepflicht für Mund-Nasen-Schutz bzw. Atemschutz an. Er dient dem Infektionsschutz, stellt jedoch eine Barriere in der Kommunikation dar, da er sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation beeinträchtigt. Das Abdecken des Mundes führt zu einer undeutlicheren Sprache bzw. zu Verständigungsproblemen. Insbesondere für Menschen mit Demenz ist es wichtig, die Mimik ihrer Gesprächspartner sehen zu können. Auch für Menschen mit Hörproblemen ist das Ablesen von den Lippen essenziell, um kommunizieren zu können.



Wir sprechen daher deutlicher, langsamer, ggf. auch lauter, nutzen mehr Gesten. Auch das kurzfristige Abnehmen des MNS unter Wahrung eines Mindestabstands, um zum Beispiel das Gesicht zur Begrüßung zu zeigen, einer Emotion Ausdruck zu verleihen oder wichtige Informationen deutlicher zu kommunizieren, kann eine angemessene Lösung darstellen. Dies gilt nicht für die Nutzung von Atemschutz bei der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit bestätigter Infektion oder Verdachtsfällen. Hier hat der Gesundheitsschutz Vorrang. Auftauchende Probleme im Bereich der Kommunikation werden in der SIS und der individuellen Maßnahmenplanung berücksichtigt.

- Wir motivieren die Bewohner zu Aktivitäten **sinnstiftender Alltagsgestaltung** und machen Einzel- und Kleingruppenangebote.
- Wir machen Angebote zur **Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit** und berücksichtigen unsere Verfahrensanweisungen sowie die Expertenstandards.
- Mitarbeiter werden durch unser Leitungsteam und unsere Qualitätsbeauftragte umfassend **informiert und aufgeklärt**, so dass sie auch in der Lage sind, Bewohner und Angehörige auf dem Laufenden zu halten, Ruhe und Besonnenheit zu vermitteln und Vertrauen zu schaffen. Wir bieten unseren Mitarbeitern Supervision, Coaching und Seminare zum Umgang mit Stress, Umgang mit Fehlern, Kommunikation in schwierigen Situationen, Gefühlskompetenz etc. an (siehe Fortbildungsplanung). Ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist etabliert. Das Leitungsteam steht immer als Ansprechpartner zur Verfügung.
- **Hygieneschulungen** finden zur Auffrischung des Wissens, zur Klärung von Fragen und zur Sicherheit immer wieder in kleinen Gruppen durch unsere Hygienebeauftragte statt.
- Unser **Besuchskonzept** wird ständig an die aktuelle Situation angepasst mit der Tendenz so viele Besuche wie möglich unter Wahrung des Infektionsschutzes und Einhaltung der Hygieneregeln zu ermöglichen. Auch ehrenamtliche Angebote werden unter diesen Bedingungen ermöglicht und gewürdigt (z. B. Theater im Garten, Posaunenchor spielt vor dem Fenster, Briefaktion etc.).

2 STRUKTUR

Das Seniorencentrum Lich ist aufgeteilt in die Bereiche: Pflege und Betreuung, Hauswirtschaft, Verwaltung und Hausmeister. Träger ist das Oberhessische Diakoniezentrum Johann-Friedrich-Stift vertreten durch den Vorstand Herrn Bernd Klein. Träger und Vorstand tragen die Gesamtverantwortung für die Einrichtung.

Das Oberhessische Diakoniezentrum und damit auch das Seniorencentrum Lich haben sich zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems verpflichtet. Um die Umsetzung dieses Systems zu gewährleisten, wird die Einrichtung durch eine externe Qualitätsmanagerin unterstützt, die in enger Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und unter Beteiligung aller Mitarbeiter das Qualitätsmanagementsystem installiert und weiterentwickelt, um eine ständige Verbesserung unserer Leistungen zu bewirken.

Da es immer schwieriger wird Pflegefachkräfte einzustellen, legen wir großen Wert darauf selbst Pflegefachkräfte auszubilden. Dazu haben wir Praxisanleiter, die sich um die Ausbildung der Auszubildenden fachgerecht kümmert. Wir sind bestrebt 50% Fachpersonal (Pflegefachkräfte) vorzuhalten. In jeder Schicht ist mindestens eine Fachkraft anwesend.

2.1 DIE ARBEITSBEREICHE

PFLEGE

Die Organisation des Pflegedienstes liegt in der Verantwortung der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertretung.



Handlungsleitend für die pflegerische Betreuung und Begleitung ist das Normalisierungsprinzip. Ergänzt und konkretisiert wird es durch die Umsetzung spezifischer Konzepte für die jeweilige Zielgruppe:

- Integrative Validation, als Haltung und Handlungsansatz für die akzeptierende und wertschätzende Begegnung mit Menschen mit Demenz
- Basale Stimulation, als Förderansatz zur Unterstützung der Selbst- und Außenwahrnehmung, der Bewegung und Kommunikation
- Kinästhetik, als Handlungsansatz zur Unterstützung der Fortbewegung
- Palliativ Care als Handlungsansatz zur umfassenden Linderung von Beschwerden und Schmerzen

Die Strukturierung des Pflegeprozesses erfolgt nach dem Strukturmodell – ursprünglich von Elisabeth Beikirch, nun weiterentwickelt durch EINSTEP.

Die Hausgemeinschaften arbeiten im Sinne des Organisationsprinzips der Bezugspersonenpflege. Dabei sind die Pflegefachkräfte verbindlich zuständig für bestimmte Bewohner. Es lässt sich dabei die langfristige Zuständigkeit (Zuständigkeit für die Aktualisierung der Pflegeplanung, Organisation des Geburtstags, Sorge für das Vorhandensein angemessener Kleidung etc.) von der aktuellen Zuständigkeit im jeweiligen Arbeitsdienst unterscheiden.

Die Arbeitsabläufe innerhalb der Hausgemeinschaft werden so gestaltet, dass verbindlich geregelt ist, welche Pflegefachkraft für welchen Bewohner zuständig ist. Diese Zuständigkeit beinhaltet auch die Überprüfung von Dienstleistungen für Bewohner, die nicht durch die Fachkraft selbst erbracht werden (z. B. bei der Fachkraft vergewissern, ob der Bewohner die entsprechenden Medikamente erhalten hat; nachsehen ob ausreichend Wäsche für den Bewohner vorhanden ist).

Die Zuständigkeit im Rahmen der Bezugspersonenpflege bedeutet nicht die anderen Bewohner quasi „zu übersehen“. Ein gelungener Alltag in der Hausgemeinschaft lebt wesentlich von der gegenseitigen Wahrnehmung. Neben dem Prinzip „Kontakt vor Funktion“ bedeutet dies auch, dass das Hinsehen ein wesentliches Element in der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen ist. Dies bedeutet nicht, dass die Grundlagen der Bezugspersonenpflege durch ständige momentane Situationen ausgehebelt werden. Jedoch sind alle Mitarbeiter angehalten die Bewohner wahrzunehmen und wenn erforderlich, ihrer Aufgabe als Präsenzkraft nachzukommen (bspw. die zuständige Kollegin informieren, dass der Bewohner Hilfe braucht; dem Bewohner in eine Situation verhelfen, in der er einen Moment verbleiben kann, bis die Bezugspflegekraft sich ihm zuwendet etc.).

BETREUUNG

Die Organisation des Beschäftigungsangebotes liegt in der Verantwortung der Betreuungsfachkraft und der Einrichtungsleitung. Für die Umsetzung der Beschäftigungsangebote ist der gesamte Betreuungsdienst zuständig, der sich aus Betreuungsfachkraft und den Alltagsbegleitern zusammensetzt. Die Organisation der Betreuung ist in Verfahrensweisungen und Stellenbeschreibungen geregelt. Ausrichtung und Grundsätze der Betreuung werden nachfolgend im Betreuungskonzept beschrieben.

Der Alltag und die Alltagsgestaltung in den Hausgemeinschaften sind die Basis der gesamten Pflege und Begleitung für Senioren. Alltagsgestaltung wird nicht nur als Angebot von Beschäftigungen verstanden. Alltag und Alltagsgestaltung finden ständig statt: beim Miteinander in der Gruppe, bei der Körperpflege, bei den Mahlzeiten, beim Kontakt mit den Familien und den Freiwilligen.

Die Alltagsbegleitung soll den Menschen dabei unterstützen, Gemeinschaft zu erfahren, sich angenommen zu fühlen und durch ein Gegenüber sich selbst erfahren zu können. Dieses Miteinander geschieht in der Gruppe,

aber auch im Kontakt mit den Alltagsbegleitern, den Hauswirtschaftskräften und den Pflegekräften im täglichen Ablauf.

Alltagsbegleitung soll aber auch vor dem Hintergrund der individuellen Bedürfnisse den Erhalt der Persönlichkeit so lange wie möglich fördern. Beschäftigungen können, wenn sie nicht überfordern, Sinn geben und Wohlbefinden schaffen. Was Sinn macht und guttut, definiert jeder Mensch anders. Hier muss die Perspektive des Menschen und seine Situation Grundlage jeder Intervention sein. Je eingeschränkter der Mensch ist, desto geringer sind die Möglichkeiten für ihn, sich selbst aktiv zu beschäftigen. Dann treten die Sinne in den Vordergrund. Die Erfahrung von Nähe und das Wahrnehmen von Gerüchen, Geräuschen und Gegenständen können Ängste mindern und vertraute Lichtblicke und Anker für das „Selbst“ bedeuten.

Die Alltagsgestaltung lässt sich aufgliedern in die Alltagsgestaltung in Anwesenheit von Alltagsbegleitern, Hauswirtschaftskräften und Pflegekräften und festen Beschäftigungsangeboten.

HAUSWIRTSCHAFT

Ziel der Hauswirtschaft ist es, den Alltag im Sinne der vorgenannten Grundsätze zu gestalten, um so den Bewohnern Orientierung, Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. Die hauswirtschaftlichen Aufgaben wie Mahlzeitenzubereitung, Wäscheversorgung und Raumpflege nehmen einen hohen Stellenwert ein und sind wesentliche Element eines jeden Alltags. Die hauswirtschaftlichen Mitarbeiter, die Alltagsbegleiter ebenso wie die Pflegekräfte arbeiten gut zusammen, denn sie sind alle wichtige Bezugspersonen für die Bewohner.

Für die Hauswirtschaft liegt übergeordnet ein Hauswirtschaftskonzept des Oberhessischen Diakoniezentrum vor.

KÜCHE UND KOCHEN

In den Hausgemeinschaften sind die Küchen das Zentrum und bieten die Möglichkeit positive Empfindungen und Erinnerungen rund um das Essen und Trinken zu beleben. Den Bewohnern wird ermöglicht – ob passiv oder aktiv, im Tun oder im Gespräch – an dem Geschehen der Mahlzeitenvorbereitung mitzuwirken bzw. teilzuhaben. Essen und Trinken sind Alltag.

Das Essen wird größtenteils in der Zentralküche in Laubach vorbereitet und in den Hausgemeinschaftsküchen angerichtet und verteilt. An einigen Tagen wird auch direkt in den Küchen gekocht (therapeutisches Kochen). Ziel ist es, die Küchen immer mehr zum eigenständigen Kochen zu nutzen. Frühstück und Abendessen wird in der Hausgemeinschaft zubereitet.

Lebensmittel und Getränke sind in den Hausgemeinschaften ständig und direkt verfügbar. Es gibt keine starren Essenszeiten auch um 11.00 Uhr kann noch gefrühstückt werden; genauso ist der Nachtdienst angehalten auch in den frühen Morgenstunden oder am späten Abend die entsprechenden Mahlzeiten zu ermöglichen. Frühaufstehern werden Getränke sowie erste Frühstücksofferten angeboten.

Die Speisen und Getränke sind vielseitig und abwechslungsreich. Maßstab der Speisenplanung und -zubereitung sind die Wünsche der Bewohner. Alle Mahlzeiten werden unter größtmöglicher Beteiligung der Bewohner zubereitet.

In der Regel bieten wir zu folgenden Zeiten Mahlzeiten an:

- Frühstück ab 8.00 Uhr
- Mittagessen ab 12.00 Uhr
- Nachmittagskaffee ab 15.00 Uhr
- Abendessen ab 18.00 Uhr



Mittags werden zwei Hauptgerichte angeboten. Die Bewohner können wählen, welches Gericht sie essen wollen. Der Mitarbeiter der Hausgemeinschaft sorgt dafür, dass für die einzelnen Bewohner bei Abneigungen bzw. Vorlieben geeignete Alternativen zur Verfügung stehen, ggf. auch in Absprache mit den anderen Hausgemeinschaften.

Bei der Erstellung des Speiseplans werden die Bewohner durch den Einrichtungsbeirat mit einbezogen. Häufig lassen sich Vorschläge und Wünsche nicht einfach abfragen, entweder weil kognitive Einbußen dies Erschweren, generationsbedingt häufig aber auch, weil „es sich nicht gehört“ im wahrsten Sinne des Wortes „eine Extrawurst“ zu verlangen, denn „es wird gegessen, was auf den Tisch kommt.“ Ideen für den Speiseplan können daher auch spielerisch im Rahmen von Beschäftigungsangeboten bzw. ergotherapeutischen Gruppenangeboten gesammelt werden und dann in die konkrete Speiseplanung einfließen.

Die ernährungsphysiologische Qualität der Verpflegung wird durch die lebendige Umsetzung der 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung nachvollziehbar im Alltag umgesetzt.

Das Erkunden der Ernährungsbiografie greift zu kurz, wenn sie sich nur auf das „was“ konzentriert (Welche Speisen und Getränke sind bevorzugt? Welche werden abgelehnt?). Das „wie“, d.h. die subjektive Bedeutung von Essen und Trinken und damit der richtige Rahmen für die Mahlzeiten spielt eine wichtige Rolle (Bsp.: Ein schwer demenzkranker Mann blieb zu den Mahlzeiten nie sitzen was zunächst als Ablehnung der Speisen interpretiert wurde. Stehend am Küchentresen und mit einer Iso-Trinkflasche für Sportler, aß und trank der frühere Marathonläufer dagegen mit Appetit). Die Essbiografie wird mit den Essgewohnheiten, Besonderheiten und Ritualen im Rahmen der SIS erfasst, dokumentiert und laufend ergänzt.

Der Speiseplan hängt gut lesbar und sichtbar in der Einrichtung aus. Den Bewohnern werden Getränke wie Tee, Kaffee, Wasser, Limo, Saft kostenlos zur Verfügung gestellt.

Die Bestellung der Lebensmittel und der Mittagsgerichte erfolgt wöchentlich über die Zentralküche in Laubach. Dazu werden Bestellformulare ausgefüllt und an die Küchenleitung weitergeleitet. Alle 3 Monate finden Qualitätszirkel mit der Küchenleitung statt, um auftretende Fragen und Probleme zu klären oder neue Verfahren zu erarbeiten und einzuführen.

Die Lagerhaltung erfolgt auf den Hausgemeinschaften. Es gibt mehrere Liefertage pro Woche, um den Warenbestand übersichtlich zu halten. Damit ist die Lebensmittelmenge automatisch begrenzt. Dies erleichtert die fachgerechte Lagerhaltung und senkt Hygienrisiken.

Ein Reservevorrat wird zentral vorgehalten. Auf diese Weise ist eine kontinuierliche Versorgung der Bewohner auch bei versäumten Bestellungen durch die Wohnbereiche möglich.

Die Lebensmittelmengen werden anhand der seniorengerechten Portionsgröße bestimmt. Sie sind je mit den eigenen Erfahrungen der Bewohner zu ergänzen. Bei der Kalkulation sind die Mitarbeiteressen sowie weitere gewünschte Portionen (für Angehörige, Gäste der Cafeteria, BEWO) zu berücksichtigen.

Die Lebensmittel werden wöchentlich in die Hausgemeinschaften zu einer vereinbarten Zeit geliefert. Bei diesem Anlass wird das Lebensmittelhygienekonzept inkl. der Lagerhaltung sowie dem Einhalten der Bestandsmaximalmengen geprüft. Dadurch ist die kontinuierliche Aufsichtspflicht gewährleistet. Gleichzeitig ist die Hauswirtschaftsleitung als kompetente Fachkraft regelmäßig in allen Bereichen beratend anwesend.

Das Controlling erfolgt monatlich durch die Hauswirtschaftsleitung. Neben den Einkaufsdaten werden auch die Abfallmengen erfasst und ausgewertet.



WÄSCHEVERSORGUNG

Die Wäscheversorgung ist von enormer Bedeutung für die Zufriedenheit der Bewohner. Bei der Wäsche handelt es sich oft um den letzten wesentlichen verbliebenen Besitz der Senioren. Dieser Besitz wurde meist hart erarbeitet und hat in der Wahrnehmung einen besonders hohen Wert.

Die Wäschepflege wird von den Mitarbeitern in der Hausgemeinschaft übernommen. Die übergeordnete Verantwortung der Wäscheversorgung obliegt der Hauswirtschaftsleitung. Sie organisiert und koordiniert das Management der Flachwäsche.

Hüftschutzhosen sind das Eigentum der Bewohner und nur bewohnerbezogen im Einsatz. Um die durchgängige Verfügbarkeit dieses Hilfsmittels zu gewährleisten, werden diese täglich gesondert und vorrangig gewaschen und nach dem Trocknen wieder direkt dem Bewohner zur Verfügung gestellt. Die Koordination und Durchführung obliegen den Mitarbeitern der Pflege der jeweiligen Hausgemeinschaft. Eine Grundausstattung sollte fünf Hüftschutzhosen nicht unterschreiten. Bei einer bestehenden Inkontinenz wird ein Bestand von zehn Hosen empfohlen.

Tischwäsche (Tischdecken, Wäscheschutz, Geschirrhandtücher, ggf. Servietten etc.) wird getrennt gesammelt und gewaschen. Die Versorgung mit Tischwäsche unter Einbindung der Bewohner obliegt der Alltagsbegleitung.

Die vom Bewohner eingebrachte Wäsche muss maschinenwaschbar und trocknergeeignet sein und ist vor dem Einzug bzw. vor dem Einbringen in die Hausgemeinschaft zu kennzeichnen. Die Wäsche wird auf den Hausgemeinschaften gepatcht.

Es werden Bettdecken, Kopfkissen, Bettwäsche, Handtücher, Badetücher und Waschlappen vorgehalten.

Prinzipiell kann der Bewohner alle gewünschten persönlichen Textilien mitbringen (Bettzeug, Bettwäsche, Gardinen, Tischdecken etc.) sofern diese gekennzeichnet sind.

Hinsichtlich des hygienischen Arbeitens werden die Regeln der Berufsgenossenschaft zum Umgang und der Aufbereitung von (potenziell) infektiöser Schmutzwäsche in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Rahmen der Möglichkeiten eingehalten (TRBA 250, BGR 500, Kap. 2.6 „Wäschereien“, TA 2048). Vorrang haben die Empfehlungen des RKI zur Hygiene in Heimen.

Einige Eckpunkte hierzu sind:

- Die Wäsche wird unmittelbar sortiert erfasst. Alle Mitarbeiter sind über die fachgerechte Sortierung geschult.
- Eine Zwischenlagerung der Schmutzwäsche erfolgt im Wäscheraum, bis die angemessene Füllmenge je Waschprogramm erreicht ist.
- Trennung von reiner und unreiner Seite im Wäscheraum wird durch eine bewusste Prozessführung im Wäscheraum gesichert.
- Das Beladen der Waschmaschinen erfolgt mit Schutzkleidung.
- Die Waschmaschinen werden nach dem Beladen an allen Kontaktflächen desinfizierend gereinigt. Somit sind die Maschinen zum Entladen auch rein.
- Für den Transport von unreiner und reiner Wäsche werden andersfarbige Wäschekörbe benutzt, um eine Rekontamination zu vermeiden.
- Wäsche mit (potenziell) infektiösen Substanzen (Körperflüssigkeiten, Wundsekret etc.) wird in einem desinfizierenden Waschverfahren sicher aufbereitet. Die Waschprogramme sind entsprechend eingerichtet. Die Mitarbeiter kennen die Dosierung der Waschmittel und dosieren entsprechend.



- Frischwäsche ist vor Kontamination zu schützen. Sie wird in Gemeinschaftsbereichen ausschließlich abgedeckt transportiert (geschlossene Rollcontainer). Die Sortierung in die Wäscheschränke erfolgt am Tag der Fertigstellung.
- In Infektionsfällen werden angemessene Notfallpläne aktiviert.

HAUSREINIGUNG

Die Hausreinigung wird durch die Laubacher Stift Service GmbH durchgeführt. Die Zusammenarbeit mit dem Dienstleister ist vertraglich geregelt.

Bei der Erbringung der raumpflegerischen Dienstleistungen haben Normalität, Beteiligung und Individualität Vorrang. Der Reinigungsplan ist ergebnisorientiert und berücksichtigt individuelle Vorlieben und Bedarfe (nicht jeder braucht und möchte in seinem Zimmer eine tägliche Reinigung des Fußbodens, während an anderer Stelle eine mehrfache Sichtkontrolle und ggf. Reinigung erforderlich sein kann).

Die Reinigungskräfte werden in den Hausgemeinschaften so kontinuierlich wie möglich eingesetzt. Sie sollen sich als Mitglied des jeweiligen Teams verstehen und nehmen möglichst auch an den Besprechungen teil. Wichtig ist, dass auch die Reinigungskräfte über wichtige Themen informiert sind und sich selbst einbringen können. So wird u.a. die Zusammenarbeit aller sinnvoll gesteuert.

Die Hausreinigung erfolgt nach dem aktuellen Stand der Technik durch die geschulten Mitarbeiter. Die RKI-Richtlinie für Heime wird lebendig umgesetzt. Im Vordergrund steht die Förderung der Wohnlichkeit und die Erhaltung der Immobilie durch wirksame und geeignete Reinigung.

Bei der Reinigung werden nachfolgende Vorgaben von den Reinigungskräften beachtet:

- Die Reinigung erfolgt mit Mikrofasertücher, die nach Bereichen eingesetzt werden (farbige Lappen werden Bereichen zugeordnet, z. B. rote Lappen für Toiletten)
- In jedem Zimmer wird für jeden Bereich ein neuer Lappen genommen. Dadurch wird die Keimverschleppung durch Reinigungstextilien verhindert. Gleichzeitig steht den Investitionskosten eine erfahrungsgemäß 20%-ige Arbeitszeiteinsparung gegenüber.
- Allen Reinigungskräften sind die Lappenfaltmethodik, der Lappenwechsel sowie die Lappenverwendung vertraut.
- Alle Reinigungstücher werden zentral gewaschen und getrocknet.
- Die Böden werden mit Mikrofaser mopps gereinigt. Auch diese werden zentral gewaschen und getrocknet.
- Die tägliche Vorbereitung der Mopps und Tücher erfolgt morgens.
- Reinigungsprodukte werden nach Herstellerangaben verwendet.
- Reinigungsgeräte sind:
 - Breitwischsystem mit Mikrofaserbezügen
 - Reinigungswagen mit Vorratseimern für die jeweilige Lappenfarbe, Mopps, Abfallsackhalter
 - Handfeger und Müllschippe

HAUSMEISTER

Im Bereich der Haustechnik werden Serviceleistungen im Seniorencentrum und im Betreuten Wohnen durch den Hausmeister erbracht. Dazu gehören die Instandhaltung und Wartung der gesamten Haus- und Gartenanlage, kleinere Reparaturen, Auf- und Abbau von Bewohnerinventar, Renovierungsarbeiten, die Prüfung, Wartung und Instandhaltung der Geräte und Winterdienst.

Fachfirmen sind mit der Wartung der Aufzugsanlagen, Brandmeldeanlagen, größeren Maschinen und technischen Anlagen beauftragt.



Weitere Aufgaben sind die umweltgerechte Entsorgung aller Abfallprodukte sowie von Sperr- und Elektromüll, Hilfestellung bei Umzügen innerhalb des Hauses, Vor- und Nachbereitung von Festen und Veranstaltungen und Hilfestellung in Notsituationen (z. B. Feueralarm, Aufzug etc.).

Die kooperative Zusammenarbeit mit allen anderen Bereichen des Hauses ist eine der wichtigsten Zielsetzungen des Hausmeisterdienstes.

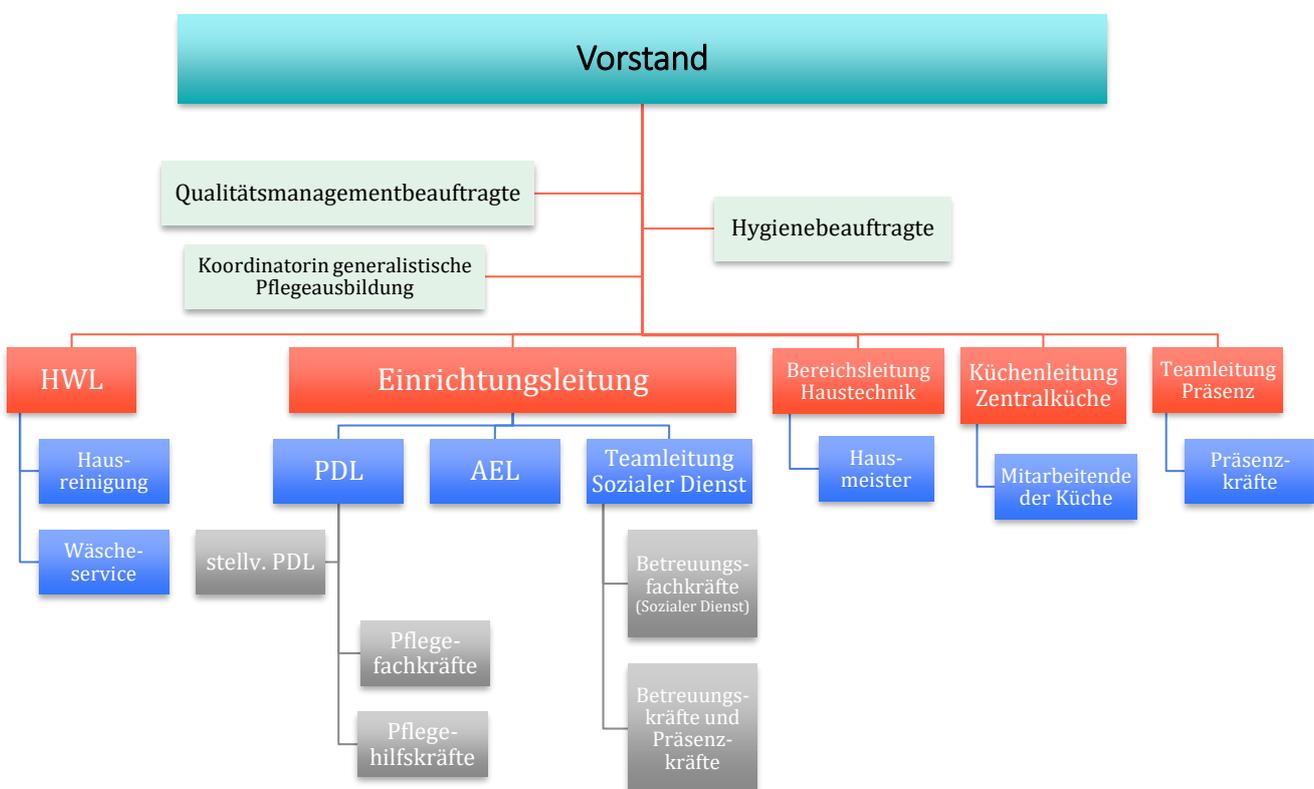
VERWALTUNG

Die Verwaltung stellt alle Dienstleistungen zur Verfügung, um die Einrichtung effizient und zielorientiert zu organisieren. Sie ist aufgeteilt in die Zentrale Verwaltung in Laubach (Personalverwaltung, Buchhaltung, Abrechnung) und die Verwaltung im Seniorencentrum Lich (Vertragswesen, Kontierung, Prüfung und Freigabe von Rechnungen, Ansprechpartner BEWO etc.).

Der Bereich ist innerhalb des entsprechenden Kompetenzrahmens insbesondere zuständig für die Umsetzung gesetzlicher Bedingungen und für die Zusammenführung von Wirtschaftlichkeit und Pflegequalität, so z. B. die Beratung Angehöriger und künftiger Interessenten im Hinblick auf alle notwendigen Formalitäten (finanzielle Absicherung) zur stationären oder teilstationären Versorgung, die Erledigung des gesamten Schriftverkehrs, Belegung.

Die Belegung erfolgt in Absprache und Kooperation mit der Pflegedienstleitung.

2.2 ORGANIGRAMM



Unter Organigramm wird die graphische Darstellung des Hierarchie-Aufbaus einer Organisation mit der Gliederung nach Unterstellungsverhältnissen und Dienstwegen verstanden. Aus dem Organigramm werden die Weisungsbefugnisse der Mitarbeiter deutlich. Für das Gesamte Oberhessische Diakoniezentrum liegt ein

Organigramm vor (siehe QMH), oben abgebildet das Organigramm für den Bereich der Kurzzeitpflege. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern bekannt und wird neuen Mitarbeitern im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes erklärt.

2.3 ZIELE UND LEITUNGSAUFGABE

Das Führen und Leiten im Seniorencentrum Lich wird angesichts immer komplexerer Rahmenbedingungen eine zunehmend anspruchsvollere Aufgabe, die neben dem Wissen über das Fachgebiet Altenarbeit auch Kenntnisse über das Management von Sozialunternehmen erfordert. Dies bedeutet, Zielsetzung und Planung der Arbeitsinhalte, Sicherstellung von Ressourcen, Definition von Leistungsform und Leitungsinhalt, Kommunikationsmaßnahmen, Mitarbeiterführung, Personalentwicklung, Organisation der Dienstleistung durch die Gestaltung von Aufbau- und Ablaufstrukturen. Tägliche Absprachen zwischen den Leitungskräfte und wöchentliche Treffen mit den Mitarbeitern aus allen Bereichen (Blitzlicht) sollen der Wirtschaftlichkeit, der Effizienz und der Qualität der Einrichtung dienen. Es finden regelmäßige Team- und Dienstbesprechungen statt. Die Kommunikationsstruktur ist in einer Kommunikationsmatrix hinterlegt.

Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit im Seniorencentrum Lich ist ein kooperativer Führungsstil der Leitungskräfte. Die Leitungskräfte verstehen sich als Moderatoren und Koordinatoren der Organisation.

Bei der Auswahl unserer Mitarbeiter legen wir großen Wert auf deren fachliche sowie persönliche Eignung, Kundenorientierung, Teamgeist und Eigeninitiative. Alle Mitarbeiter verpflichten sich zu ständiger Fort- und Weiterbildung. Sie werden auf der Grundlage unseres Einarbeitungskonzeptes eingearbeitet. Jährlich findet für jeden Mitarbeiter ein Personalentwicklungsgespräch statt.

Pflegehilfskräfte arbeiten unter fachlicher Aufsicht und ständiger Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft. Sie verfügen über die erforderliche Eignung, Kenntnisse und Fertigkeiten für die Pflege, soziale Betreuung und Versorgung der Bewohner.

Die jeweiligen Aufgaben der Mitarbeiter werden in Stellenbeschreibungen, die Verantwortlichkeiten im Organigramm geregelt.

Die Einrichtung will insbesondere:

- Pflege, soziale Betreuung und Versorgung der Bewohner sicherstellen
- fachlich kompetente und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Stand zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen gewährleisten
- Pflege, soziale Betreuung und Versorgung an der Menschenwürde ausrichten und eine hohe Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner unter Berücksichtigung der Individualität und der Biografie anstreben.
- durch Information und Austausch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleisten
- eine Vertrauensbeziehung zwischen Bewohner und Leistungserbringern schaffen
- auf aktivierende, bewohnerorientierte und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung ausgerichtet sein, die eine sinnvolle Tages- und Nachtstrukturierung bietet
- flexibel auf die Notwendigkeiten des Einzelfalles reagieren
- Hilfestellung bei der Bewältigung von Krisen bieten
- die Erhaltung oder Wiedergewinnung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens anstreben und fördern
- Familien unterstützen



EINRICHTUNGSLEITUNG

Die Einrichtungsleitung erfüllt den Auftrag der Einrichtung gemäß den gesetzlichen Rahmenbedingungen und dem Träger, des Oberhessischen Diakoniezentrums. Die Erfüllung des Leitbildes, die kontinuierliche Fortschreibung der Gesamtkonzeption und deren Umsetzung in die Praxis innerhalb der Handlungsfelder der Einrichtung, sowie die Sicherung der wirtschaftlichen und effektiven Einrichtungsführung und der Pflegequalität innerhalb der Einrichtung sind die Zielsetzungen der Einrichtungsleitung. Sie ist außerdem zuständig für die Leitung des Betreuten Wohnens.

PFLEGEDIENSTLEITUNG

Die Pflegedienstleitung hat die volle Verantwortung und die freie Entscheidung bezüglich der Organisation des Pflegedienstes in den Hausgemeinschaften. Die Pflegedienstleitung arbeitet in enger Kooperation mit der Einrichtungsleitung, der Hauswirtschaftsleitung, dem Sozialen Dienst, Mitarbeitern der Verwaltung und der Haustechnik. Sie ist an den Personalentscheidungen für den Pflegebereich beteiligt.

Die Pflegedienstleitung erfüllt den Pflegeauftrag gemäß den gesetzlichen Rahmenbedingungen, sowie dem Leitbild und der Konzeption im Rahmen der Aufgaben des Pflegedienstes. Die konzeptionelle Arbeit und deren Umsetzung im Rahmen der Pflege, die Sicherung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Dienstleistung der Pflege, sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegemitarbeiter stehen im Zentrum ihres Handelns. Dabei werden die Arbeitsabläufe im Pflegebereich gesichert. Die Zufriedenheit der Bewohner und der Mitarbeiter sind Ziele der Pflegedienstleitung.

HAUSWIRTSCHAFTSLEITUNG

Die Hauswirtschaftsleitung (Stabsstelle OD) trägt die Verantwortung für die Organisation des hauswirtschaftlichen Bereiches in den Hausgemeinschaften. Sie kooperiert mit allen anderen Bereichen des Hauses und übergreifend des Trägers unter dem Aspekt der Erfüllung des Auftrages der hauswirtschaftlichen Abteilung gemäß den gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Erfüllung des Leitbildes sowie der Konzeption im Rahmen der hauswirtschaftlichen Aufgaben. Ihr Auftrag besteht in der konzeptionellen Arbeit und deren Umsetzung für ihren Bereich und in der Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Dienstleistung. Die Sicherung der Qualität und die Zufriedenheit der Bewohner und der Mitarbeiter gehören zur Zielsetzung der Hauswirtschaftsleitung.

SOZIALER DIENST

Der Soziale Dienst ist ein wesentlicher Teil bei der Mitgestaltung des Versorgungsauftrages für die Bewohner des Seniorenzentrum Lich. Die Mitarbeiter dieses Bereiches sind in erster Linie für die psychosoziale Betreuung der Bewohner zuständig. Der Soziale Dienst dient mit seinen Angeboten und Aufgaben dem Wohl der Bewohner und soll ihnen ein hohes Maß an Lebensqualität und Autonomie gewährleisten. Dies umfasst u.a. die Stärkung von Kompetenzen und Selbsthilfepotentialen, die Stärkung persönlicher Kontrolle in wichtigen Lebensaktivitäten und die Wahrung der lebenslangen Weiterentwicklung und personalen Identität.

MITARBEITER

Grundlage der Zusammenarbeit ist der Teamgedanke. Jeder Einzelne gilt auf seinem Gebiet als Experte, der seine Fähigkeiten und Ideen kreativ ins Team einbringen kann. Die Mitarbeiter arbeiten gemeinsam auf bestimmte Ziele hin. Die Beschäftigten stellen eine Arbeitsgemeinschaft dar, die mit der Zielsetzung arbeitet, den Interessen und Bedürfnissen der Bewohner gerecht zu werden und den Ablauf des Betriebes sicherzustellen. Die Art und Weise der Zusammenarbeit wird durch fachliche Voraussetzungen, Anforderungen der Institution (z. B. Dienstanweisungen) und dieser Konzeption beschrieben und geregelt. Stellenbeschreibungen für alle Bereiche sind im QMH hinterlegt und allen Mitarbeiter ausgehändigt.



2.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Öffentlichkeitsarbeit dient nicht nur der Selbstdarstellung und der Kommunikation mit der Außenwelt sowie der Erläuterung unternehmerischer Absichten und Ziele, sondern auch der Integration der Bewohner in das soziale Leben der Gemeinde. Presseinformationen über z. B. Projekte oder Feste werden vom Vorstand an die regionalen Medien weitergegeben und veröffentlicht. Darüber hinaus verfügt das Oberhessische Diakoniezentrum und damit auch das Seniorencentrum Lich zur Darstellung der Einrichtung sowie zur Information der Leistungsangebote über eine Homepage im Internet.

Öffentlichkeitsarbeit ist übergeordnet die Aufgabe des Vorstands und für das Seniorencentrum Lich die Aufgabe der Einrichtungsleitung. Ziel ist, den Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ständig zu erweitern.

Es sollen niedergelassene Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, andere stationäre Einrichtungen, potenzielle Kunden und deren Angehörigen angesprochen werden. Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, das Leistungsspektrum der Einrichtung bekannt zu machen, Interesse für die Leistungen zu wecken, Informationen zu vermitteln, Netzwerke aufzubauen, neue Kunden und Mitarbeiter zu gewinnen, Auszubildende zu gewinnen und den Bekanntheitsgrad zu erhalten und zu erhöhen.

Unter Gemeinwesenarbeit sind die Aktionen zu verstehen, die zur Öffnung der Einrichtung beitragen und zu einem Ort der Begegnung werden zu lassen. Hausinterne Feste zum Beispiel werden durch Vereine aus der Umgebung aktiv mitgestaltet. Unsere Cafeteria ist Raum, der unsere Einrichtung nach außen öffnet und Besucher in unsere Einrichtung einlädt.

Im Haus finden evangelische und katholische Gottesdienste statt an denen auch Freunde und Bekannte der Bewohner teilnehmen können.

2.5 VERNETZUNG

Das Seniorencentrum Lich arbeitet im Kleeblattmodell mit den beiden Heimen in Laubach und Hungen zusammen. Es ist außerdem eng verzahnt mit den anderen Bereichen des Oberhessischen Diakoniezentrums. Die Vernetzung mit Dritten findet deshalb sowohl auf der Ebene des Seniorencentrums Lich statt als auch übergreifend über die Gesamteinrichtung.

Die Teilnahme an Gremien und Arbeitskreisen ist geregelt. Hierzu zählen die Arbeitskreise des Diakonischen Werkes Hessen und Nassau (Trägerebene, Einrichtungsleitung, PDL, Sozialdienst, Hauswirtschaft, Qualitätsmanagement), der Pflege- und Betreuungsaufsicht u.v.m.

Regional wird unter anderem an Arbeitskreisen zur Pflegeüberleitung, an Fachgruppentreffen z.B. zum Thema Demenz, an Treffen der Einrichtungsleitungen im Kreis Gießen, an der Aktion Demenz e.V. etc. teilgenommen.

Es bestehen eine Vielzahl von Kontakten u.a. zur Beratungs- und Koordinierungsstelle des Kreis Gießen, zum Diakonischen Werk Gießen, zu den Kliniken und Institutsambulanzen, zu den Diakoniestationen, anderen Heimeinrichtungen, Hospizdiensten, den politischen Gremien, Kirchengemeinden, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Ärzteschaft, Vereinen etc.

Die Teilnahme an externen Fortbildungen und Tagungen bietet darüber hinaus Kontakt- und Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Anbietern.

3 BETREUUNG

Die soziale Betreuung setzt sich zusammen aus dem Betreuungsdienst, zusätzlichen Betreuungskräften (Alltagsbegleiter), Honorarkräften und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Die eingesetzten Mitarbeiter setzen sich



mit der aktuellen psychosozialen Situation der Bewohner und deren individuellen Lebensgeschichte auseinander. Die soziale Betreuung ist ein Bestandteil des sozial-integrativen und ganzheitlichen Betreuungsansatzes.

Grundgedanke der Sozialen Betreuung ist die Alltagsgestaltung. Die Gestaltung der Abläufe des Alltags gibt den Bewohnern Sicherheit. Unvorhersehbare, nicht erwartete Ereignisse sind für gesunde Menschen normal und in der Regel gut zu bewältigen. Bei Bewohnern mit kognitiven und/oder somatischen Einschränkungen können sie Ängste verstärken. Deshalb werden in allen Bereichen verlässliche Abläufe angeboten.

Die Mitarbeiter erfassen lebensbiografische Daten des Bewohners, um eine ganzheitliche Pflege und Betreuung gewährleisten zu können.

Die soziale Betreuung orientiert sich an den gemeinsamen Pflege- und Betreuungszielen und stimmt sie auf die Bedürfnisse der Bewohner ab. Dies geschieht in einem gezielt abgesteckten Rahmen, in dem Eigeninitiative, Selbstorganisation und Professionalität oberste Prioritäten sind.

Die nachfolgend beschriebenen Aufgaben stehen im Vordergrund:

- Aufnahme neuer Bewohner
- Betreuung neuer Bewohner in der Eingewöhnungsphase
- Beratungsangebote
- Angehörigenarbeit
- Begleitung und Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter
- Einzel- und Gruppenbetreuung

Die Organisation und Struktur der Betreuung sowie die Betreuungsangebote sind in Verfahrensanweisungen beschrieben.

3.1 AUFNAHME

Vor dem Einzug bzw. der Aufnahme in unsere Einrichtungen, führen wir Erstgespräche mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, um eine individuelle Versorgung und Betreuung gewährleisten zu können. In der Einzelberatung wird die individuelle Situation erfasst und die optimale Versorgungsform für die Person ermittelt. Im Beratungsgespräch werden ggf. diagnostische Abklärungen empfohlen, die Klärung der Frage der Betreuung/Bevollmächtigung oder die Einstufung in einen Pflegegrad angeregt und unterstützt. Ebenso wird die Finanzierung geklärt und ggf. Unterstützung zur Stellung eines Antrages auf Sozialhilfe gegeben.

Das Aufnahmeverfahren beinhaltet immer die Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Versorgung bzw. die Prüfung der Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld. Es findet ggf. ein Vor-Ort-Besuch bei dem Betroffenen durch die Einrichtungsleitung oder der Assistentin der EL statt. Das Ziel dieses Hausbesuches ist das persönliche Kennen lernen, die pflegefachliche Prüfung des Pflegebedarfs und der Pflegediagnosen und insbesondere die Prüfung welches Lebens- und Wohnumfeld für den Betroffenen angemessen und förderlich ist.

Bei Aufnahme wird zwischen Bewohner und Einrichtung ein Vertrag geschlossen. Die Inhalte des Vertrages werden im Gespräch detailliert erklärt. Dazu gehören auch Regelungen zum Datenschutz und der Verschwiegenheit (siehe auch Datenschutz und -Datensicherungskonzept).

Nach Abschluss des Vertrages wird eine Akte und eine Pflegedokumentation angelegt, die durch die Mitarbeiter der verschiedenen Bereiche geführt wird. In den ersten Wochen wird der Bewohner individuell durch Bezugspersonen begleitet, die insbesondere darauf achten, dass eine Überforderung vermieden wird

und er sich langsam eingewöhnen kann. Für Fragen zur Pflege, Betreuung und Organisation stehen die Mitarbeiter aus den einzelnen Bereichen zur Verfügung.

Besonders wichtig ist es uns, die Eingewöhnungsphase in ein neues und zunächst ungewohntes Zuhause bzw. Umfeld für den alten Menschen zu erleichtern.

3.2 FAMILIENORIENTIERTES ARBEITEN

Angehörige sind in der täglichen Arbeit mit und für den Bewohner nicht als additiver Bestandteil zu sehen („Wir kümmern uns um die Bewohner und dann machen wir auch noch Angehörigenarbeit“). Der Familienbegriff berücksichtigt die Integrität des Bewohners als Familienmitglied und die Gleichzeitigkeit der Beziehung zwischen Bewohner, Familie und Betreuungspersonen. Die Hausgemeinschaften und seine Mitarbeiter verstehen sich als Ergänzung der familiären Beziehung und nicht als Ersatz.

Konzeptionell findet „Angehörigenarbeit“ daher auch immer integriert statt. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies u.a. die Möglichkeit der Mitwirkung der Familie bei der Pflege- und Betreuungsplanung, der Austausch über Pflegeziele und vertretbare Risiken, die Teilnahme an ärztlichen Visiten, die Mitwirkung bei der Planung und Gestaltung des Alltags und besonderer Aktivitäten und Feierlichkeiten.

3.3 EINZEL- UND GRUPPENANGEBOTE

Die Angebote der Einzel- und Gruppenbetreuung orientieren sich am Bedarf der Bewohner. Das Gruppenangebot ist in einem Wochenplan dargestellt. Er wird ausgehängt und die Bewohner werden über die Angebote informiert und dazu eingeladen.

Verfahrensanweisungen für den Bereich der sozialen Betreuung liegen vor, in denen konkrete Beschreibungen der Struktur, der Organisation und der Inhalte gemacht werden. Die Angebote werden außerdem individuell bewohnerbezogen geplant und in der Pflegedokumentation hinterlegt.

EINZELBETREUUNG UND EINZELZUWENDUNG

Einzelbetreuung wird durch festangestellte Mitarbeiter durchgeführt. Sie ist immer auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen ausgerichtet. Sie dient der Kontaktpflege, der Förderung und Erhaltung vorhandener Fähigkeiten, der Krisenintervention, der Unterstützung bei Einzug und der administrativen Hilfestellung. Einzelhilfe und -betreuung ist bei Bewohnern geboten, die unter mangelnden sozialen Kontakten leiden, die eine akute Krise erleben und deren Bedürfnisse durch Gruppenangebote nicht abgedeckt werden können.

Während der Eingewöhnungsphase nach Aufnahme ist Einzelbetreuung häufig sinnvoll und hilfreich, um die Integration in die neue Umgebung zu unterstützen und den Umgang mit sehr persönlichen Fragestellungen (z. B. Vereinsamung, Sterben und Tod, Konflikte mit Mitbewohnern und/oder Personal) zu ermöglichen.

Der Betreuungsbedarf wird ermittelt und die Maßnahmen in der Maßnahmenplanung festgehalten und geplant. Auch der zeitliche Umfang und die Häufigkeit der Einzelbetreuung werden festgelegt. Die geplanten Maßnahmen orientieren sich an der Biografie des Bewohners, an seinen Vorlieben, Bedürfnissen und Wünschen.

Wird Einzelbetreuung durch ehrenamtliche Helfer durchgeführt, findet ein Einführungsgespräch mit dem Ehrenamtlichen statt. Im Verlauf der Einzelbetreuung werden die ehrenamtlichen Helfer durch die Mitarbeiter der Einrichtung angeleitet und begleitet.

Die Einzelbetreuung und deren Gestaltung und Methodik orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners. Angewandte Methoden sind in der Verfahrensanweisungen des QMH beschrieben.

GRUPPENBETREUUNG UND GRUPPENANGEBOTE

Durch den Verlust von Selbständigkeit sind viele Bewohner nicht mehr in der Lage, eigene Aktivitäten zu entwickeln. Der Verlust von Selbständigkeit geht häufig mit Rollenverlusten einher. Diese Verluste führen nicht selten bei den betroffenen Personen zu depressivem, passivem Verhalten und innerem Rückzug. Um diese Entwicklung aufzufangen, bieten wir verschiedene Beschäftigungsangebote an. Das Angebot orientiert sich an den Interessen, den Bedürfnissen und den Ressourcen der Bewohner.

Ziel der Gruppenangebote ist es, die Lebensqualität zu steigern indem:

- verschiedene Aktivitäten angeboten werden
- aktives Erleben ermöglicht wird
- Ressourcen und Fähigkeiten in den Vordergrund ihres eigenen Erlebens gestellt werden
- Unterstützung beim Aufbau sozialer Kompetenz angeboten wird
- ein Gemeinschaftsgefühl durch das Gruppenerleben geschaffen wird

Die Beschreibung der Gruppenangebote ist in einer Verfahrensanweisung hinterlegt. Die individuelle Planung erfolgt im Maßnahmenplan (Vivendi).

BETREUUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Die Zahl der Menschen in Deutschland, die an einer Demenz erkranken, nimmt stetig zu. Nach Depressionen ist Demenz die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter. Was oft als Vergesslichkeit beginnt, kann schnell zu einer ernstzunehmenden Krankheit werden, die mit Depressionen, innerer Unruhe, Wesensveränderungen und Sprachstörungen bis hin zur vollkommenen Desorientierung einhergeht. Für viele Menschen ist Demenz ein Grund, in einem Pflegeheim zu leben.

Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist so komplex, dass ein separates Konzept zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz auf der Grundlage des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege und Betreuung von Dement erarbeitet wurde. Es beschreibt das Krankheitsbild und vor allem die Möglichkeiten positiver Interaktion.

ZUSÄTZLICHE BETREUNGSLEISTUNGEN

Pflegeversicherte mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Einschränkungen, die dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind (sog. Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach §43b SGB XI), haben Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

Unsere zusätzliche Betreuung und Aktivierung umfassen Maßnahmen und Tätigkeiten die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können.

Das von uns für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung eingesetzte Personal steht den Bewohnern für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung, nimmt ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste und vermittelt Sicherheit und Orientierung.

Die Betreuungs- und Aktivierungsangebote orientieren sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der Bewohner unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Biografie, ggf. einschließlich ihres Migrationshintergrundes, des Geschlechts sowie dem jeweiligen situativen Kontext.

Vor diesem Hintergrund umfasst das zusätzliche Betreuungsangebot die Motivation, Betreuung und Begleitung zum Beispiel bei folgenden Alltagsaktivitäten:

- Malen und basteln,



- Handwerkliches Arbeiten und leichte Gartenarbeiten
- Anfertigen von Erinnerungsalben oder Ordnern
- Musik hören, musizieren, singen
- Brett- und Kartenspiele
- Spaziergänge und Ausflüge
- Bewegungsübungen und tanzen in der Gruppe,
- Besuche von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und Friedhöfen
- Lesen und vorlesen
- Fotoalben anschauen

Die entsprechenden Maßnahmen werden im Rahmen von Gruppenaktivitäten angeboten um einer drohenden oder bereits eingetretenen sozialen Isolation zu begegnen. Sofern es nach der persönlichen Situation, z. B. bei Bettlägerigkeit, und der konkreten sozialemotionalen Bedürfnislage erforderlich ist, wird Einzelbetreuung angeboten (siehe oben).

TAGESSTRUKTUR

MAHLZEITENGESTALTUNG

Für das Frühstück gibt es nur eingeschränkt feste Zeiten. Ab 7:30 richtet die Präsenzkraft in der HG das Frühstück und unterstützt die Bewohner. Auch wenn auf starre Frühstückszeiten verzichtet wird, so ist die angestrebte Frühstückszeit 8.30 Uhr. Einzelne Bewohner können auch um 10.00 Uhr noch frühstücken.

Das Mittagessen findet für alle Bewohner einer Hausgemeinschaft gemeinsam statt. Es beginnt gegen 12.00 Uhr. Zuerst wird die Suppe serviert. Die Präsenzkraft bereitet die Teller vor und serviert das Essen, Pflegekräfte reichen, wenn nötig, Essen an.

Die genauen Abläufe der Mahlzeiten können in den einzelnen Gruppen, abhängig von den Bedürfnissen der Bewohner, unterschiedlich sein.

Das Abendessen wird von einem Pflegemitarbeiter vorbereitet. Das Abendessen kann nach Wunsch mit Suppen, Breien, Bratkartoffeln oder Würstchen in den Hausgemeinschaftsküchen angereichert werden. Das Abendessen findet gegen 18:00 Uhr statt. Auch hier gilt, dass alle Bewohner das Essen zusammen einnehmen.

Natürlich haben die Bewohner auch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in ihrem Zimmer einzunehmen. Gründe hierfür können sein, dass Bewohner sich durch die Geräuschkulisse der Hausgemeinschaft überfordert fühlen, manche Bewohner können sie nur eine gewisse Zeit bewältigen und verbringen deshalb nicht alle Mahlzeiten in der Gemeinschaft. Oder aber Bewohner wünschen es so.

ABLAUF PFLEGERISCHER AUFGABEN

Die Abläufe der geplanten pflegerischen Aufgaben sind schriftlich festgelegt. So werden bestimmte Bewohner immer zur gleichen Zeit bei der Körperpflege unterstützt. Grundsätzlich gibt es keine festen „Aufstehzeiten“; basierend auf den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Bewohner gibt es jedoch für jeden einzelnen Bewohner eine gewohnte Zeit, um aufzustehen. Grundlegend für diese Festlegung können Gewohnheiten (z. B. ein Bewohner ist schon immer früh aufgestanden oder ist ein Nachtmensch und lange wach usw.) aber auch Beobachtungen der Alltagsbegleiter oder der Pflegefachkräfte sein. So kommen Menschen mit Depressionen meist besser in den Tag, wenn sie früh aufstehen. Oder eine Bewohnerin soll frühzeitig zum Frühstück, weil sie besser isst, wenn in der Hausgemeinschaft noch nicht so viel los ist. Andere bleiben morgens im Bett und bekommen dort erst einmal etwas zu trinken, bevor sie aufstehen.



Der individuelle Tagesablauf wird im Maßnahmenplan beschrieben. Die allgemeine Alltagsgestaltung einer Hausgemeinschaft dienen zur Orientierung, um zu verhindern, dass Abläufe je nach den Einstellungen der einzelnen Mitarbeiterinnen verändert werden. Maßnahmenpläne beschreiben und regeln den Ablauf der Körperpflege. Für alle Pflegekräfte ist hier verbindlich aufgeführt, wie die Pflege täglich abläuft.

Der Sozialtherapeutische Dienst führt darüber hinaus Wasch- und Anziehtraining mit einzelnen Bewohnern in Absprache mit den Hausleitungen durch und bespricht im Pflgeteam Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation.

Außerhalb der Mahlzeiten können sich die Bewohner frei bewegen. Allerdings ist das Ziel, sie durch die Alltagsgestaltung in „ihrer“ Hausgemeinschaft zu halten. Sie sollen sich in der Hausgemeinschaft akzeptiert fühlen. Der manchmal zwanghafte Bewegungsdrang, soll – sofern er Ausdruck von Unsicherheit und Angst ist – durch die festen Abläufe, Zuwendung und Angebote abnehmen.

PRÄSENZ IN DEN HAUSGEMEINSCHAFTEN

Von 7:00 Uhr bis 21:00 ist die Präsenz von Mitarbeitern in den Hausgemeinschaften gewährleistet. Die Präsenz ermöglicht, dass mitunter hohe Sturzgefährdung kompensiert werden kann, Fixierungen vermieden werden und eine sinnvolle Alltagsbeschäftigung stattfindet.

Im Rahmen der Alltagsgestaltung wird vor allem der alltägliche Ablauf gelebt. So werden die Bewohner in hauswirtschaftliche Tätigkeiten mit einbezogen (Tischdecken, Abräumen, Kehren usw.) oder es wird morgens die Tageszeitung gelesen und über die Ereignisse gesprochen. Es wird Musik gehört oder gesungen, oder einfach nur geredet und Spaß gemacht.

Diese Alltagsgestaltung erfolgt auf Grundlage der in der Strukturierten Informationssammlung dokumentierten Angaben. Im Maßnahmenplan werden diese Details aufgegriffen und wenn nötig zu einer Maßnahme ausformuliert (z. B. für eine Bewohnerin, die immer gern im Haushalt gearbeitet hat: Mithilfe beim Tischdecken, Tisch abwischen, Gespräche über Haushaltstätigkeiten, Kochrezepte, Handarbeiten etc.).

Feste sinnstiftende Beschäftigungsangebote werden durch die Pflegefachkräfte geplant und verbindlich durchgeführt. Der wöchentliche Beschäftigungsplan wird auf den Hausgemeinschaften ausgehängt. Die Teilnahme an den Veranstaltungen ist grundsätzlich offen und freiwillig.

Die Teilnahme an einem Angebot kann sich nach den Vorlieben und Gewohnheiten (z. B. Musik, Spielen) orientieren oder an aktuellen Tagesverfassung. So kann es für manche Menschen eine willkommene Abwechslung bedeuten an der Gymnastik teilzunehmen, für andere eine nicht zu bewältigende Anforderung.

Kognitiv und somatisch eingeschränkte Bewohner können nur eingeschränkt aktiv an Alltagsaktivitäten und Beschäftigungen teilnehmen. Sie sollen aber dennoch Gespräche, Musik und Gerüche wahrnehmen und durch diese Sinneseindrücke Anregung erfahren. Bettlägerige Bewohner werden deshalb auch mit dem Bett in den Wohnraum gebracht.

Feste Angebote sind derzeit:

- Mahlzeiten vor- und zubereiten
- Tische eindecken, abräumen, abtrocknen usw.
- Wäscheversorgung
- 10-Minuten Aktivierungen
- Spaziergänge
- Singen
- Sport und Bewegung



- Kreatives gestalten
- Basale Stimulation

Die Angebote werden von Alltagsbegleitern in den Hausgemeinschaften durchgeführt.

Weitergehende tagesformabhängige Beschäftigungen sind nicht festgelegt, die Alltagsbegleiter können je nach Vorlieben und Fähigkeiten wählen, was sie anbieten möchten. Meist wird zusammen gesungen und dann vorgelesen oder leichte Rätsel gespielt. Aber auch Ballspiele und Bewegungsübungen sind möglich.

An diesen Beschäftigungen nehmen grundsätzlich alle Bewohner der jeweiligen Hausgemeinschaft teil. Durch die offene Gestaltung der Wohnräume ist es den Bewohnern möglich, die Beschäftigung zu verlassen, zu laufen und gegebenenfalls wieder zu der Gruppe zurückzukehren.

Ein Ziel der Alltagsgestaltung ist es aber, genügend Anregung zu bieten, damit Bewohner gerne bei der Gruppe bleiben und dies als positiv erfahren.

BEISPIEL FÜR EINEN TAGESABLAUF

06.45 Uhr	Unterstützung und Hilfestellung bei der Morgentoilette
07.30 – 10.00 Uhr	Frühstücksvorbereitungen, Begleitung des Frühstücks
10:00 – 12:00 Uhr	Hausarbeiten (Tisch abdecken, Geschirr abtrocknen, Boden fegen usw.) Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Wäsche falten, Obst klein schneiden, Kaffee kochen, ...)
	Gesellige Runde in der Hausgemeinschaft, Anlaufpunkt für Bewohner, die an den hauswirtschaftlichen Aufgaben nicht teilnehmen wollen/können
12:00 Uhr	Begleitung des Mittagessens
13:30 Uhr	Entspannungs- und Ruhezeit
15:00 – 16:00 Uhr	Begleitung bei Kaffee und Kuchen
16:00 – 17:30 Uhr	Angebot aus dem Wochenplan
17:30 – 18:15 Uhr	Vorbereitungen für das Abendessen
18:15 – 19:15 Uhr	Begleitung des Abendessens
19:15 – 20:30 Uhr	„Dämmerstunde“, gesellige Runde zum Ausklang des Tages, Entspannungsmusik, Getränke

3.4 EINRICHTUNGSBEIRAT

Der Einrichtungsbeirat wirkt aktiv mit bei der Planung der Abläufe und Aktivitäten im Hause mit. Die Arbeit des Einrichtungsbeirates wird durch die Verwaltungsangestellten beraten und unterstützt. Einmal monatlich findet eine Sitzung mit dem Einrichtungsbeirat statt, wobei der Einrichtungsbeirat über folgende Themen informiert wird

- bauliche Veränderungen
- personelle Veränderungen
- Bewohnerbedarf
- Veranstaltungen und Feste
- Pflegesatzverhandlungen
- Essenswünsche der Bewohner/Speiseplangestaltung



Die Ergebnisse dieser Sitzungen werden protokolliert und abgeheftet. Die Einrichtungsbeiratswahl wird durch die Verwaltung organisiert.

4 PFLEGE

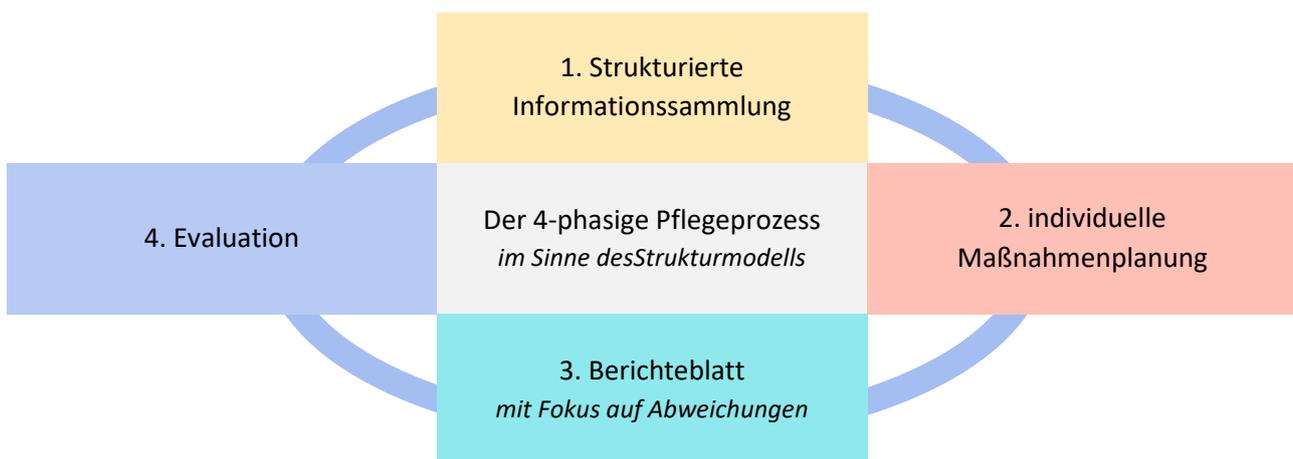
4.1 PFLEGEDOKUMENTATION UND PFLEGEMODELL

Das Pflegekonzept soll als Orientierungsrahmen und Arbeitsplan für alle Mitarbeiter der Pflege und Betreuung gelten. Im Pflegekonzept sind wesentliche Grundlagen, Voraussetzungen, Komponenten und Richtlinien berücksichtigt, die das pflegerische Handeln bestimmen, begründen, ermöglichen und wirksam machen sollen.

Zum Umsetzen und zur Strukturierung, der im Leitbild formulierten Ziele haben wir uns im Oberhessischen Diakoniezentrum und damit auch im Seniorenzentrum Hungen für den Ansatz des **Strukturmodells** zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (STEP) entschieden.

Die vier Elemente des Strukturmodells sind folgende (siehe auch Abbildung):

1. Die strukturierte Informationssammlung (SIS) ist der Einstieg in den Pflegeprozess. Dazu gehören die Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person, die sechs Themenfelder zur fachlichen Einschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs und die Matrix zur Einschätzung individueller pflege-sensitiver Risiken und Phänomene.
2. Die individuelle Maßnahmenplanung beruhend auf den Erkenntnissen aus der SIS ist der zweite Schritt im Pflegeprozess.
3. Der Pflegebericht mit der Fokussierung auf Abweichungen aus der Maßnahmenplanung und der SIS dient als Nachweis der Umsetzung des Pflegeprozesses. Weitere Einzelnachweise müssen ggf. geführt werden.
4. Die Evaluation erfolgt anhand festgelegter Evaluationsdaten aus Erkenntnissen der SIS, der Maßnahmenplanung und des Pflegeberichts.



Dabei gelten folgende Grundprinzipien:

- Die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte und die Konzentration auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person stehen im Vordergrund.



- Das pflegewissenschaftliche Fundament ist der personenzentrierte Ansatz. Pflege- und betreuungsrelevante biografische Aspekte werden in den Themenfeldern der SIS erfasst. Bei Bedarf wird ein Biografiebogen genutzt.
- Pflegerischer Risiken und Phänomene werden in einem eigens hierfür entwickelten Instrument als Bestandteil der SIS erfasst.
- Der Pflegebericht beschränkt sich hauptsächlich auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung.

DIE STRUKTURIERTE INFORMATIONSSAMMLUNG (SIS)

Die SIS kommt im Rahmen des Erstgesprächs zum Einsatz. Hier kann der Bewohner (oder sein Vertreter) über seine Situation sprechen und die persönliche Lebens- und Pflegesituation schildern (Eingangsfragen). Anschließend wird eine fachliche Beurteilung der Pflegefachkraft vorgenommen. Die Fachkraft schätzt den Pflegebedarf ein (Themenfelder) und beurteilt die Risiken (Risikomatrix).

Beide Sichtweisen, also die des Bewohners und die der Pflegefachkraft, werden dann im gemeinsamen Verständigungsprozess besprochen. Daraus leiten sich der Umfang sowie die Art und Weise der pflegerischen Tätigkeiten ab. Die Ergebnisse des Aushandlungsprozesses bilden die Grundlage der Maßnahmenplanung.

Die Grundbotschaft lautet: knappe Darstellung der pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte der pflegebedürftigen Person.

EINGANGSFRAGEN

In diesem Feld wird der Schilderung der pflegebedürftigen Person Raum gegeben: zu ihrer Sichtweise der derzeitigen Situation, zur ihrer Vorstellung des Hilfebedarfs, ggf. Ängsten, Befindlichkeiten und individuellen Wünschen. Dazu dienen die Einstiegsfragen:

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

Für die Kurzzeitpflege kommt eine zusätzliche Frage hinzu:

- Was bringt Sie zu uns?

Die Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person bildet die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erfassung ab. Das Ergebnis wird **immer** im ersten Feld – den Eingangsfragen – von der Pflegefachkraft abgezeichnet, die das Gespräch geführt hat. In diesem Feld ist auch die Unterschrift durch die pflegebedürftige Person und den Angehörigen/dem Betreuer vorgesehen, die aber nicht verpflichtend ist.

Die Eingangsfragen geben dem Pflegekunden die Möglichkeit zur persönlichen Äußerung – die Antworten werden genauso aufgeschrieben, wie sie gesagt wurden. Bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen wird das Erst- bzw. Folgegespräch (bei Evaluation) stellvertretend mit den Angehörigen und/oder mit dem Betreuer geführt. Dies wird entsprechend vermerkt.

Anschließend werden alle pflegerelevanten Fakten über die Situation des Pflegekunden aufgenommen und verschiedenen Themenfeldern zugeordnet (und dort aufgeschrieben).

Auf kurze und klare Formulierung ist zu achten – es steht pro Themenfeld nur begrenzt Platz zur Verfügung.

THEMENFELDER

In den Themenfeldern erfolgt die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft zur Situation der pflegebedürftigen Person. Es werden sowohl pflegerische Hilfe- und Betreuungsbedarfe als auch die vorhandenen Ressourcen aufgenommen. Biografische Angaben werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die individuelle Pflege und Betreuung den pflegerischen Themenfeldern zugeordnet.

Die sechs pflegebezogenen Themenfelder sind:

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Themenfeld 6 hat je nach Versorgungsform verschiedene Schwerpunkte. Für das Seniorencentrum Lich sind relevant:
 - Wohnen und Häuslichkeit (stationär)
 - Wahrung der Individualität während des Aufenthalts/Erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege

(1) KOGNITIVE UND KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen?

LEITGEDANKEN:

Die zeitliche, persönliche und örtliche Orientierung sowie Interaktionen der pflegebedürftigen Person werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Ebenso ist festzuhalten, ob die pflegebedürftige Person Risiken und Gefahren erkennt, herausfordernde Verhaltensweisen z. B. nächtliche Unruhe, Umherwandern, Hin- und Weglauftendenz, aggressiv-abwehrendes Verhalten, vorliegen.

Möglichst prägnant ist die pflegerische Situation mit Handlungs- und Gestaltungsräumen der pflegebedürftigen Person, ihren Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken und fachlichen Erfordernissen festzuhalten.

Liegen Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten vor, kann von Einbußen der Selbstständigkeit in fast allen Lebensbereichen ausgegangen werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Pflege zählen daher auch der Erhalt und die Förderung der geistigen Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen Person.

SITUATIONSBESCHREIBUNGEN:

- Personen aus dem näheren Umfeld erkennen
- zeitliche und örtliche Orientierung
- Gedächtnis und Erinnerungsvermögen
- mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen und Entscheidungen im Alltagsleben verstehen
- Risiken und Gefahren erkennen
- Fähigkeit zur Mitteilung elementarer Bedürfnisse
- Bitten und Aufforderungen verstehen können



VERKNÜPFUNG DER INHALTE DES BEGUTACHTUNGSTRUMENTS (BI) UND DER SIS THEMENFELD 1:

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten (bei der Einstufung: Modul 2)

- 1. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld**
Menschen, mit denen im Alltag regelmäßig persönlicher Kontakt besteht, z. B. Familienmitglieder, Mitbewohner, Pflegekräfte.
- 2. Örtliche Orientierung**
Zurechtfinden in der räumlichen Umgebung.
- 3. Zeitliche Orientierung**
Erkennen zeitlicher Strukturen wie Uhrzeit, Tagesabschnitte, Jahreszeiten, auch die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens.
- 4. Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen**
Erinnern kurz und länger zurückliegender Ereignisse oder Beobachtungen.
- 5. Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen**
Handlungen die häufig vorkommen und aus mehreren Teilhandlungen bzw. Einzelschritten bestehen.
- 6. Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben**
Tätigkeiten wie die Kleiderwahl oder die Teilnahme an Aktivitäten oder der Umgang mit Geld.
- 7. Verstehen von Sachverhalten und Informationen**
Aufnahme und adäquate Deutung von Situationen, Ereignissen oder mündlichen und schriftlichen Informationen.
- 8. Erkennen von Risiken und Gefahren**
Risiken und Gefahren in der häuslichen und außerhäuslichen Umgebung – auch Einschätzung des eigenen Sturzrisikos.
- 9. Mitteilen von elementaren Bedürfnissen**
Mitteilen der eigenen Befindlichkeit (z. B. Hunger, Durst, Müdigkeit, Schmerz etc.) – per Sprache oder durch Laute, Mimik, Gestik bzw. unter Nutzung von Hilfsmitteln (bei Sprachstörungen oder eingeschränkter Sprachfähigkeit).
- 10. Verstehen von Aufforderungen**
Verstehen einfacher Aufforderungen und Bitten.
- 11. Beteiligen an einem Gespräch**
Dem Sinn und Inhalt eines Gesprächs folgen und sich daran beteiligen.

(2) MOBILITÄT UND BEWEGLICHKEIT

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen?

LEITGEDANKEN:

Die freie und selbstständige Beweglichkeit der pflegebedürftigen Person innerhalb und außerhalb des Wohnbereiches wird individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Wichtig ist, einzuschätzen und zu beschreiben, welche Möglichkeiten die pflegebedürftige Person hat, durch Bewegung in angemessenem Umfang sich Anregung zu verschaffen sowie an der Alltagswelt teilzuhaben und teilzunehmen. Dabei wird ggf. herausforderndes Verhalten berücksichtigt.

Das Themenfeld Mobilität und Bewegung umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers. Dazu gehören u.a. Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition zu halten, selbstständiges Aufstehen aus sitzender Position, Umsetzen, Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen.

VERKNÜPFUNG DER INHALTE DES BEGUTACHTUNGSTRUMENTS (BI) UND DER SIS THEMENFELD 2:

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit (bei der Einstufung: Modul 1)

- 1. Positionswechsel im Bett** z. B. auf die Seite drehen.
- 2. Halten einer stabilen Sitzposition** Sitzen auf einem Bett oder Stuhl ohne Rücken- oder Armlehne.
- 3. Umsetzen** Aufstehen von einer Sitzfläche (Stuhl, Rollstuhl) und das Umsetzen auf eine andere Sitzgelegenheit (vom Rollstuhl zur Toilette).
- 4. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs** sicheres Bewegen innerhalb des eigenen Wohnbereichs.
- 5. Treppensteigen**

(3) KRANKHEITSBEZOGENE ANFORDERUNGEN UND BELASTUNGEN

Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für die Pflege und Betreuung relevante Einschränkungen bei der pflegebedürftigen Person vor?

LEITGEDANKEN:

Die gesundheitliche Situation/die Einschränkungen, Belastungen der pflegebedürftigen Person und deren Folgen für den pflegerischen Unterstützungsbedarf werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.



Hierzu gehören u.a. folgende Faktoren:

- die individuellen krankheitsbedingten Belastungsfaktoren
- die therapeutischen Settings
- die Kooperation der pflegebedürftigen Person oder Handlungsbedarf
- eventuelle Unterstützungsbedarfe bei der Bewältigung von Phänomenen (z.B. Schmerz, Inkontinenz) oder deren Kompensation

Sie sind hinsichtlich der krankheits- und therapiebedingten Anforderungen einzuschätzen. Eine ausführliche Erfassung und Dokumentation von Diagnosen, ärztlichen Therapien oder Medikamenten erfolgt in einem separaten Dokument.

Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen müssen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen auseinandersetzen. Diese stellen an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche. Sie müssen lernen, sich alltäglich mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auseinander zu setzen und sie in ihren Lebensalltag zu integrieren. Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen.

Ziel der pflegerischen und betreuenden Versorgung ist es, die pflegebedürftige Person zu befähigen bzw. zu begleiten, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei die Anleitung, Beratung, Schulung, Begleitung der Personen und die teilweise bzw. vollständige Übernahme der Aktivitäten.

VERKNÜPFUNG DER INHALTE DES BEGUTACHTUNGSTRUMENTS (BI) UND DER SIS THEMENFELD 3 :

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

- 1. Medikation** Orale Medikation, Augen- oder Ohrentropfen, Zäpfchen und Medikamentenpflaster
- 2. Injektionen s. c./i. m.** subkutane Injektionen wie Insulin/Heparin
- 3. Versorgung intravenöser Zugänge**
- 4. Absaugen oder Sauerstoffgaben (auch das An-/Ablegen von Sauerstoffbrillen oder Atemmasken)**
- 5. Kälte-/Wärmeanwendungen** Ärztlich verordnete Salben, Cremes, Emulsionen etc. sowie verordnete Kälte- und Wärmeanwendungen.
- 6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR, Temperatur, Körpergewicht) auf ärztliche Anordnung**
- 7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln**
Prothesen (außer Zahnprothesen – siehe Themenfeld 4), Brille, Hörgerät, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe
- 8. Verbandwechsel/Wundversorgung** bei chronischen Wunden wie Ulcus cruris oder Dekubitus
- 9. Wundversorgung bei Stoma**
Pflege künstlicher Öffnungen wie Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenkatheter, Urostoma, Kolo- oder Ileostoma nach ärztlicher Verordnung
- 10. regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden; auch die Anwendung von Klistieren/Einläufen**
- 11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung**
Hilfestellung bei krankengymnastischen Übungen, Atemübungen oder logopädischen Übungen
- 12. zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung** wie etwa Hämodialyse oder Beatmung
- 13. Arztbesuche**
- 14. Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen**
- 15. zeitlich ausgedehnter Besuch medizinisch/therapeutischer Einrichtungen**
- 16. Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften**

(4) SELBSTVERSORGUNG

Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?

LEITGEDANKEN :

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbstständig/mit Unterstützung vorzunehmen. Ziel ist die Unterstützung größtmöglicher Selbstständigkeit.



Eventuelle (fachliche und ethische) Konflikte zwischen den oben genannten Bezügen und dem dazu erfolgten Verständigungsprozess werden nachvollziehbar beschrieben.

Benötigt werden könnten u.a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustandes (Körperpflege) des Mund-/Zahn-/Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus, der Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (Oral und Sonde) und eventueller Störungen im Bereich von Ausscheidungen. Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammenhang wichtig, vor allem zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Pflege.

VERKNÜPFUNG DER INHALTE DES BEGUTACHTUNGSTRUMENTS (BI) UND DER SIS THEMENFELD 4:

Themenfeld 4 – Selbstversorgung (bei der Einstufung Modul 4)

1. vorderen Oberkörper waschen
2. Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Zahnprothesen – Reinigung und Wechsel
3. Intimbereich waschen
4. Duschen oder Baden (einschließlich Haare waschen)
5. Oberkörper an- und auskleiden
6. Unterkörper an- und auskleiden
7. Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen
8. Essen
9. Trinken
10. Toilette/Toilettenstuhl benutzen
11. Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter bzw. Urostoma
12. Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma

(5) LEBEN IN SOZIALEN BEZIEHUNGEN

Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

LEITGEDANKEN:

Selbstständige oder/und mit Unterstützung gestaltete Aktivitäten der pflegebedürftigen Person im häuslichen Umfeld und im außerhäuslichen Bereich werden individuell und situationsgerecht beschrieben. Ebenso wird erfasst, wer aus dem privaten Umfeld die pflegebedürftige Person ggf. dabei unterstützt.

In diesem Themenfeld können z. B. die sozialpflegerischen, weltanschaulichen und konfessionell bedeutsamen Aspekte aufgenommen werden. Auch Hinweise zum Thema Tod und Sterben sowie individuell gewünschte Betreuungsangebote finden hier ihren Raum.

Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen verändert die Gestaltung des Alltags und die sozialen Bezüge. Die Pflege von sozialen Kontakten bspw. kann nicht nur durch kognitive Einbußen, sondern auch durch Störungen des Selbstbildes (z. B. aufgrund einer Inkontinenz), Kommunikationsbarrieren (z. B. nach Schlaganfall) oder beeinträchtigter körperlicher Mobilität beeinflusst werden.

Es stellen sich z. B. folgende Fragen: Kann der Tagesablauf gestaltet und an äußere Veränderungen angepasst werden? Gibt es Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt (Angehörige, Pflegepersonen, Mitbewohner, etc.) oder eine Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Wohnumfelds?

Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären wie motiviert die Person ist, ihre Situation zu verändern, wie viel Vertrauen sie in ihre eigenen Fähigkeiten setzt und welche Hilfsmittel sie (sinnvoll) einsetzt/nutzt. Die Pflegefachkraft sollte abklären, ob die Person weiß, welche Möglichkeiten sich in ihrer Situation anbieten.



VERKNÜPFUNG DER INHALTE DES BEGUTACHTUNGSINSTRUMENTS (BI) UND DER SIS THEMENFELD 5:

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen (bei der Einstufung: Modul 6)

1. Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen:

Bewusste Tagesgestaltung und -einteilung.

2. Ruhen und Schlafen

Einhalten eines individuellen Tag-Nacht-Rhythmus.

3. sich beschäftigen

Auswahl und Durchführung individuell geeigneter Freizeitbeschäftigungen

4. in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen

5. Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

6. Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

(6A) WOHNEN/HÄUSLICHKEIT (STATIONÄR)

Beschreibung der Bedürfnisse bzgl. Wohnen und Häuslichkeit sowie die Möglichkeiten der Umsetzung in einer stationären Einrichtung.

LEITGEDANKEN:

Bedürfnisse und Bedarfe im Hinblick auf das Wohnen und die Häuslichkeit sowie die Möglichkeiten der Umsetzung in einer stationären Einrichtung werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Das ist wichtig für den Erhalt der Gesundheit, Kompetenz und des Wohlbefindens, es ermöglicht Orientierung und schafft durch Vertrauen Sicherheit in der unmittelbaren neuen Lebensumwelt (eigenes Apartment, im Doppelzimmer, Küchenzeile für Selbstversorgungspotenziale, Biografie) insbesondere bei Menschen mit Demenz.

WEITERE ZU VERKNÜPFENDE FAKTOREN:

Die folgenden Kriterien fallen unterschiedlich in die Themenfelder 1, 3 und 5 und können dort individuell und dem Kontext entsprechend eingeordnet werden.

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (bei Einstufung Modul 3)

1. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten

Zielloses Umhergehen. Selbstgefährdendes Verlassen der Einrichtung ohne Begleitung. Rastlosigkeit, ständiges Aufstehen/Hinsetzen oder Hin- und Herrutschen.

2. nächtliche Unruhe

Nächtliches Umherirren oder Unruhephasen. Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus.

3. selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

Selbstverletzung mit Gegenständen. Absichtliches auf-den-Boden-Fallen. Ungenießbare Substanzen essen oder trinken. Sich selbst kratzen, beißen, schlagen.

4. Beschädigen von Gegenständen

Zerstören, Treten, Wegstoßen von Gegenständen.

5. physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen

Schlagen, Stoßen, Bedrängen, Verletzen anderer Personen.

6. verbale Aggression

Verbale Beschimpfungen oder Bedrohungen.

7. andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten

Lautes Rufen, Schreien, Klagen ohne nachvollziehbaren Grund. Schimpfen und Fluchen, seltsame Laute. Ständige Wiederholung von Sätzen oder Fragen.

8. Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen

Ablehnen notwendiger Hilfestellungen. Manipulation an Vorrichtungen (Katheter, Infusion). Ablehnen der Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme.

9. Wahnvorstellungen

Visuelle, akustische oder andere Halluzinationen. Berichte über Kontakt zu verstorbenen oder imaginären Personen. Gefühl der Verfolgung oder Bedrohung. Angst bestohlen zu werden.

10. Ängste

Starke Ängste oder Sorgen, Angstattacken (Zittern, Weinen, Schreien, Erstarren). Besondere Angst bei Pflegemaßnahmen oder mit anderen Personen.

11. Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage

Scheinbares Desinteresse an der Umgebung. Mangelnde Initiative. Traurigkeit oder Apathie. Tagsüber im Bett bleiben.

12. sozial inadäquate Verhaltensweisen

Distanzloses Verhalten (fremde Zimmer betreten, Umarmen Fremder), unerwünschte sexuelle Annäherungsversuche, unpassendes Auskleiden, Anspucken anderer. Vehemente Forderung nach Aufmerksamkeit.

13. sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Ständige Wiederholung gleicher Bewegungen. Verstecken oder Horten von Gegenständen. Exkrememente Verteilen, Urinieren im Wohnraum.



RISIKOMATRIX

Die Risikomatrix bietet einen zusammengefassten Überblick über mögliche Risiken bzw. die Risikofreiheit.

Die Pflegekraft schätzt (nach der Erhebung der strukturierten Informationen) alle Risiken aufgrund der erhobenen Daten und ihrer fachlichen Kompetenz ein. Es muss eine Übereinstimmung mit den Daten in den Themenfeldern eindeutig zu erkennen sein.

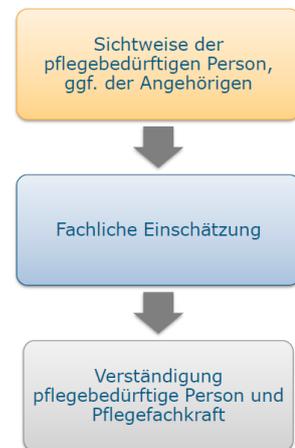
Bei möglichen Risiken ist teilweise eine weitere Risiko-Abschätzung notwendig („Assessment“).

Die Spalte „Sonstiges“ kann für ein weiteres auftretendes Risiko beliebig genutzt werden, kann aber auch frei bleiben, wenn kein weiteres Risiko vorhanden ist.

VORGEHEN:

Die Pflegefachkraft fragt sich: Ergeben sich aufgrund der dokumentierten Aussagen in einem Themenfeld Hinweise auf ein **Risiko**? Sie beantwortet die Frage mit **ja** oder **nein**.

- Falls **nein**, ist die Einschätzung abgeschlossen.
- Falls **ja**, ist die nächste Frage zu beantworten: Ist eine weitere Einschätzung notwendig: **ja** oder **nein**?
 - Falls **nein**, plant die Pflegefachkraft Maßnahmen, da aus ihrer Sicht hierfür ausreichend Informationen aus der SIS einschließlich der Risikomatrix vorliegen.
 - Falls **ja**, entscheidet die Pflegefachkraft **wodurch** die weitere Einschätzung erfolgen soll (befristete Beobachtungsphase oder weitere Fachexpertise oder standardisiertes Instrument).



Je nach Entscheidung findet sich das Ergebnis im Maßnahmenplan wieder.

Das Resultat der Verständigung und Absprache der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft bildet die Maßnahmenplanung.

MAßNAHMENPLANUNG

Der Begriff Maßnahmenplanung ersetzt den Begriff Pflegeplanung. Die Form und Struktur sind individuell und einrichtungsbezogen erarbeitet.

Die einzelnen zu planenden Maßnahmen und der organisatorische Ablauf werden hergeleitet aus den Erkenntnissen der SIS. Dies bezieht sich auf:

- die Darstellung individueller Wünsche und Vorlieben, individuelle Zeiten und Rituale
- die Festlegung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und ggf. auch der Hauswirtschaft
- Maßnahmen des Risikomanagements oder befristete Beobachtungen
- Informationen zu zusätzlichen individuellen Maßnahmen der Betreuung und Aktivierung
- Ärztlich verordnete/angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege
- Hinweise zur Pflegeorganisation oder vereinbarte individuelle Unterstützung für spezielle Situationen

Der Maßnahmenplanung ist ein Hinweis vorangestellt, der als Erinnerung und knapper Überblick dient und wichtige Informationen für die Versorgung des Bewohners enthält.

Die Maßnahmenplanung berücksichtigt die Grundpflege, die Tagesstruktur und die Betreuung.

Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung werden übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt. Ein tägliches Abzeichnen der Maßnahmen entfällt (Immer So Beweis – Verweis auf Verfahrensanweisungen und Standards des QM-Handbuches).

Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z. B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), werden nur einmal individualisiert beschrieben und im Weiteren dann mit einem Kürzel in die Tagesstruktur integriert.

Die Beschreibung der Maßnahme soll übersichtlich und handlungsleitend sein, d.h. es ist nachvollziehbar „Wer, Was, Wie, Wo und Wann“ zu tun hat. Er dient als schnelle Orientierung im Alltag.

Dem Maßnahmenplan ist eine **Grundbotschaft** vorangestellt. Sie ist eine knappe Zusammenfassung wesentlicher Aussagen zur Selbstbestimmung und zu besonderen Eigenschaften der pflegebedürftigen Person (Allgemeine Hinweise).

Ziele sind immanenter Bestandteil der geplanten Maßnahmen und werden nicht extra aufgeführt.

Formal ist die Maßnahmenplanung folgendermaßen aufgebaut:

- Der Beschreibung der Grundpflege und der Tagesstruktur geht ein Hinweis voraus. In diesem Hinweis werden grundsätzliche Besonderheiten und individuelle Bedürfnisse des Bewohners beschrieben.
- Die Grundpflege im Früh- und Spätdienst wird separat erfasst und beschrieben.
- Die Prophylaxen fließen in die Beschreibung der Grundpflege bzw. die Tagesstruktur ein, werden aber als Einzelmaßnahmen erfasst. Verfahrensanweisungen liegen im QM-Handbuch vor.
- Die Tagesstruktur beschreibt wiederkehrende Tätigkeiten im Tagesablauf handlungsleitend. Die Tagesstruktur wird so beschrieben, wie sie tatsächlich durchgeführt wird. Sie ist unterteilt in Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst. Die angegebenen Uhrzeiten sind ca. Zeiten. Erst bei größeren, besonderen Abweichungen ist eine Eintragung im Bericht notwendig.
- Die Tätigkeiten der Grundpflege sind in Verfahrensanweisungen beschrieben. In der Planung müssen daher grundsätzliche Bestandteile beispielsweise einer „Ganzkörperwaschung im Bett“ nicht mehr beschrieben werden. Es wird auf die Verfahrensanweisung verwiesen. Individuelle Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners, auf die eingegangen wird, werden vorangestellt. Die Beschreibung ist insgesamt handlungsleitend.
- Hilfsmittel, Hilfebedarf und die Nummer des zugrundeliegenden Themenfeldes der Maßnahme werden angegeben.
- Maßnahmen der Behandlungspflege sind weiterhin im Einzelnachweis zu führen. Die Maßnahmen müssen daher geplant werden. Grundlage ist die ärztliche Verordnung. Ist eine Behandlungspflege delegierbar ist dies entsprechend zu vermerken (-> siehe auch Delegationsschema).

Hinderliche Faktoren bei der Erstellung der Maßnahmenplanung sind:

- kleinschrittige Formulierung der Maßnahmen
- Selbstverständlichkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person (z. B. nach Befindlichkeit fragen, Intimsphäre wahren)
- Beschreibung organisatorischer Abläufe (z. B. Wasser einfüllen)
- fehlende Konzentration auf den Unterstützungsbedarf
- Doppeldokumentation durch unklare Zuordnung zu den Inhalten der Spalten (z. B. Hilfsmittel)
- trotz Verweis auf Verfahrensanweisungen erfolgt die erneute Ausformulierung der Maßnahmen
- Verschriftlichung von Zielen
- unklare Situationsbeschreibung, ohne dass sich handlungsleitenden Maßnahmen ableiten lassen

- Verwendung von übergeordneten Begriffen anstatt Beschreibung konkreter individueller Maßnahmen (z. B. Dekubitusprophylaxe)
- Textbausteine (Formulierungshilfen)
- nur theoretische Hinweise ohne individuellen Bezug (z. B. siehe Expertenstandard Sturz)
- fehlendes Datum bei befristeten Maßnahmen (z. B. Beobachtung)
- keine konkrete Beschreibung der „Beobachtung“ als Maßnahme
- fehlende Plausibilität zwischen SIS, Maßnahmenplan und Leistungsnachweis

Anregungen zur Formulierung von Maßnahmen:

- Ganzkörperwäsche am Waschbecken sitzend, Waschutensilien für Oberkörper gezielt in die Hand reichen; motivieren, sich selbst zu waschen. VÜ Rücken und Unterkörper, Bewohner wünscht ausdrücklich kein Eincremen der Haut
- Jeden Abend 21.00 Uhr ein Glas Rotwein bereitstellen
- Auffordern, motivieren, die Zahnprothese eigenständig aus dem Mund zu nehmen, volle Übernahme des Säuberns der Prothese, danach Prothese gezielt in die Hand reichen, zum eigenständigen Einsetzen anleiten
- Beobachtung des Ausscheidungsverhaltens in Bezug auf das Bedienen von Knöpfen und Verschlüssen

Die Evaluation der Maßnahmenplanung erfolgt bei Veränderung der Pflegesituation. Ggf. werden personenbezogenen Evaluationszeiträume festgelegt, wenn Maßnahmen beispielweise für einen befristeten Zeitraum festgesetzt werden und eine Auswertung erfordern.

BERICHTEBLATT

Wesentliches fachliches Ziel des Umgangs mit dem Berichtblatt ist es, Doppel- oder Mehrfachdokumentation immer wiederkehrender Routinen in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung zu vermeiden. Die Aufmerksamkeit liegt damit auf der Erkennung einer Veränderung des Pflegeablaufs. Nur Abweichungen und Veränderungen sowie Besonderheiten werden dokumentiert. Daher kann es auch vorkommen, dass mehrere Tage oder Wochen kein Eintrag im Berichtblatt zu finden ist.

Der Fokus liegt auf der **schnellen Erfassung von Veränderungsprozessen** und der **Übersichtlichkeit**.

Häufige Fehlerquellen bei der Nutzung des Berichtblattes sind:

- routinemäßige Eintragungen in den Versorgungen
- Eintragungen ohne Aussagekraft (z. B. keine Besonderheiten)
- Durchführungsbestätigungen von Maßnahmen (z.B. Kunde wurde geduscht)
- tagesaktuelle Eintragungen (z. B. Fieber) ohne ersichtliche Festlegungen zum weiteren Handlungsbedarf (z. B. Maßnahmen/Anweisungen in den Folgediensten)
- detaillierte Eintragungen zu Medikamentenveränderungen nach Arztvisiten
- schematische Eintragungen zum Wohlbefinden
- Überfrachtung des Berichtblattes mit Selbstverständlichkeiten, welche aus dem Maßnahmenplan hervorgehen
- fehlender Querverweis auf Dokumente aus Fallbesprechungen oder Pflegevisiten

Durchführungsnachweise werden nach wie vor benötigt für:

- Ärztliche An-/Verordnungen der Behandlungspflege,



- Zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) zur Abrechnungsgrundlage mit den Pflegekassen,
- Abzeichnung von Positionswechseln im Bewegungs- und Lagerungsprotokoll bei vorliegendem Dekubitusrisiko.

Grundsätzlich können alle an der Pflege beteiligte Personen im Berichtsblatt Eintragungen vornehmen.

EVALUATION

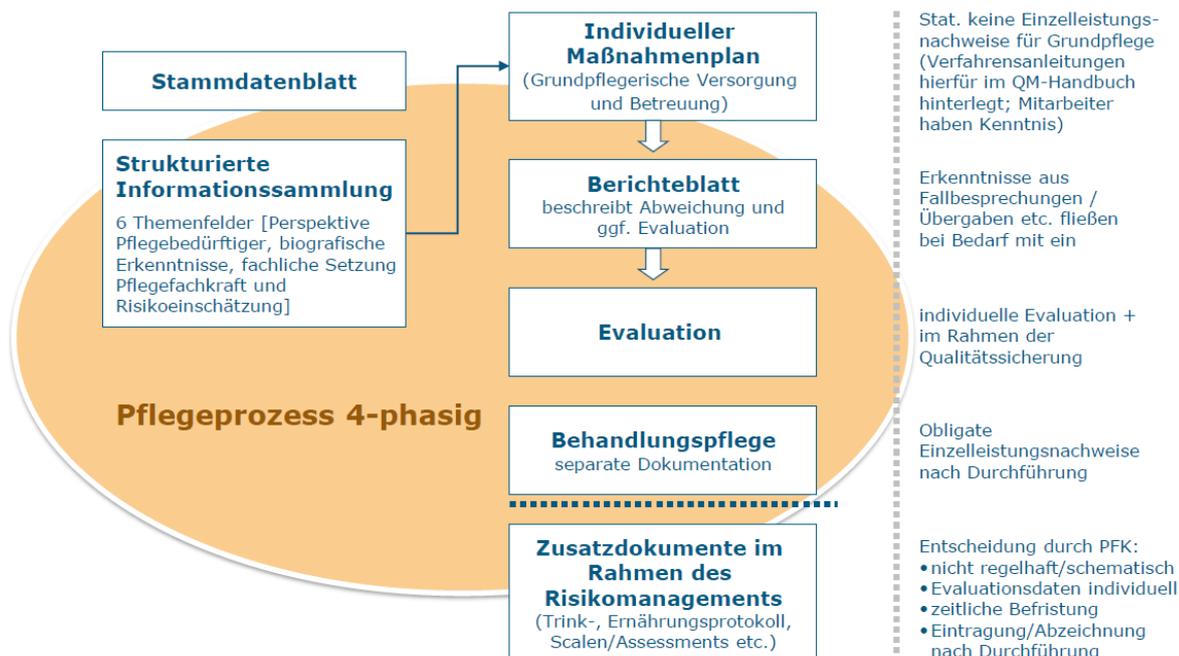
Die Evaluation erfolgt nach individuell festgelegten Zeiträumen, die eine Überprüfung festgelegter Maßnahmen notwendig machen oder bei Veränderungen (akute Situationen, schleichender Prozess), die sich aus dem Berichtsblatt ergeben.

In fachlich angemessenen Abständen, abhängig von stabilen oder instabilen Gesundheitssituationen der pflegebedürftigen Person, erfolgt die Evaluation des Pflege- und Betreuungsverlaufs z. B. in Form von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen.

Je nach Situation ergeben sich für die Evaluation zwei Möglichkeiten:

- Die Evaluation ergab, dass nur einige oder eine Maßnahme(n) anzupassen sind, der Zustand der pflegebedürftigen Person ist weitestgehend gleichgeblieben und der größte Teil der geplanten Maßnahmen kann umgesetzt werden wie bisher geplant **Diese Option ist eher die Regel.**
- Bei gravierenden Veränderungen wird eine Neuausrichtung der Pflege erforderlich (z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder gravierenden Veränderungen im kognitiven Bereich). Die Informationen der SIS werden anhand eines Folgegesprächs aktualisiert und daraus ableitend ein neuer (angepasster) Maßnahmenplan erstellt (im Strukturmodell sogenannter „großer“ Evaluationskreis). **Diese Option wird weniger häufig notwendig sein.**

4.2 BESTANDTEILE DER DOKUMENTATION



Die Pflegedokumentation ist die schriftliche Fixierung der geplanten und durchgeführten Pflege sowie die Dokumentation einzelner Schritte der Maßnahmenplanung. Sie ist ein wichtiges Arbeitsmittel und dient der Sicherstellung der nächsten Arbeitsschritte der Pflegenden und der Kooperation bei der Versorgung der Bewohner im Pflege-team und mit beteiligten Berufsgruppen wie Ärzten. Sie umfasst alle Berichte und Formulare über den Pflegeverlauf der jeweiligen Person als Teil einer Bewohnerakte.

Die individualisierte Pflegedokumentation führt alle schriftlichen Berichte, Pläne und gelegentlich anfallende Formulare über eine Person zusammen und informiert so über den Pflegeverlauf dieser Person.

Die Pflegedokumentation im Oberhessischen Diakoniezentrum und damit auch im Seniorencentrum Lich erfolgt über ein EDV gestütztes Dokumentationssystem – Vivendi – und wird in bestimmten Fällen durch handschriftlich geführte Formulare ergänzt. Diese sind als Formular-Export in Vivendi und in der WorkGroup im QM-Handbuch hinterlegt.

Die im Erstgespräch ermittelten Informationen, die biografischen Daten und die Beobachtungen der Pflegekräfte, die für die Erbringung der Pflege-Leistung von Belang sind, fließen in die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ein. Eine Maßnahmenplanung wird auf der Basis der Informationssammlung erstellt (siehe oben).

Die Pflegedokumentation wird fach- und sachgerecht geführt. Für alle an Pflege, Betreuung und Therapie Beteiligten ist die Dokumentation jederzeit zugänglich. Der Aufbau und die Nutzung der Pflegedokumentation sind in der VA-Dokumentation beschrieben.

4.3 MITWIRKUNG BEI DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Die Bewohner werden von ortsansässigen Hausärzten betreut. Die Kooperation zwischen den Ärzten und der Pflegedienstleitung ist durch feste Absprachen gewährleistet. Termine zu Arztvisiten sind mit den einzelnen Ärzten abgestimmt und werden immer von einer Pflegefachkraft begleitet. Dies gewährleistet eine fachkompetente Therapie und Betreuung. Bei Veränderung des gesundheitlichen Zustandes wird der entsprechende Hausarzt umgehend informiert. Das Pflegepersonal begleitet und beobachtet die verordneten Therapien und steht in ständigem Informationsaustausch mit dem Arzt. Vom Arzt angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen werden dokumentiert, vom Arzt abgezeichnet und ausschließlich von Pflegefachkräften bzw. delegierten Mitarbeitern (-> siehe Delegationsschema) durchgeführt.

Fachärzte, wie Zahnärzte, Urologen, Augenärzte, Hautärzte, Neurologen kommen seit Jahren in die Einrichtung und begleiten die Therapie der Hausärzte. Dies trägt dazu bei, unnötige stationäre Behandlungen zu vermeiden. Externe Therapeuten, wie Logopäden, Krankengymnasten, Ergotherapeuten wirken an den Therapien mit und kommen ebenfalls in die Einrichtung.

Es finden regelmäßig Arztvisiten und Besprechungen über die Therapieergebnisse statt, die dokumentiert werden. Auch die Kommunikation mit Ärzten wird im Pflegebericht hinterlegt.

Neben der ärztlichen Versorgung der Bewohner durch Hausärzte und Allgemeinmediziner, wird die Kooperation mit sämtlichen relevanten Fachärzten (Zahnarzt, Hautarzt, HNO-Arzt, Augenarzt) angestrebt.

Sterbende erhalten in unserer Einrichtung Betreuung durch unsere Mitarbeiter und (sofern möglich) durch den ambulanten Hospizdienst des Oberhessischen Diakonie-zentrums (siehe auch Konzept zur Pflege und Betreuung Sterbender).

Es bestehen Kooperationen mit Licher Apotheken.



4.4 ARBEITSORGANISATION

PFLEGESYSTEM

Das im Hause praktizierte Pflegesystem ist grundsätzlich auf Bezugspflege ausgerichtet. Die Bewohner werden durch einen konstanten Einsatz der Pflegenden in ihrer Kompetenz gestärkt.

In Zeiten von Pflegekräftemangel kommt es jedoch häufiger vor, dass kurzfristige Personalengpässe und Mitarbeiterausfälle durch Bereichspflege kompensiert werden müssen.

Die Dienstplangestaltung sieht eine hausbezogene Pflege und Betreuung vor, wobei sichergestellt wird, dass die Behandlungspflege von examinierten Pflegekräften durchgeführt wird.

DIENSTPLANGESTALTUNG

Die Dienstplangestaltung findet unter Berücksichtigung folgender Kriterien statt

- Berücksichtigung des Arbeitsanfalls
- Möglichst gleichmäßige Belastung aller Mitarbeiter
- Einhaltung der Dienstzeiten
- Vermeidung von Überstunden
- Angemessene Zeiten zur Dienstübergabe
- Sinnvoller Einsatz von Teilzeitkräften
- Ausgeglichener Wochenend- und Feiertagsdienst
- Ausreichender Anteil von examinierten Fachkräften
- Dokumentenechtheit
- Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen

Der Dienstplan wird von der Pflegedienstleitung erstellt und ausgehängt. In jeder Schicht ist mindestens eine Pflegefachkraft eingeteilt. Die konkrete Vorgehensweise der Personaleinsatzplanung beschreibt eine Verfahrensanweisung. Die Planung beruht auf dem Arbeitszeitmodell der 5,5 Tage Woche.

Die Personalausstattung hängt im Zeitablauf von der sich verändernden Belegungsstruktur ab. Grundsätzlich gibt es Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte, die für die pflegerische Versorgung der Bewohner zuständig sind, Lebensbegleiter (Präsenzkräfte), die für die Alltagsgestaltung und die hauswirtschaftliche Versorgung zuständig sind und Betreuungskräfte und Alltagsbegleiter, die für die Alltagsgestaltung, die Betreuung und Beschäftigung zuständig sind.

ÜBERGABE UND BESPRECHUNGEN

Dienstübergaben und Besprechungen sollen die Mitarbeiter auf einen gemeinsamen Wissensstand bringen bzw. den Informationsaustausch sicherstellen. Sie ermöglichen uns einheitliches und effektives Arbeiten sowie die Gewährleistung einer möglichst optimalen Versorgung der Bewohner.

Die täglichen Übergaben enthalten alle wichtigen Informationen. Anlassbezogen finden Team- und Fallbesprechungen finden statt (z. B. bei Pflegevisiten, zur Auswertung der Einzugsphase, FEM-Fallbesprechung, Auswertung von Ernährungs- und Trinkprotokollen oder Schmerzverlaufsbeobachtungen).

Die Übergabe findet bei jedem Schichtwechsel statt. Die Übergabezeiten betragen morgens und abends je 15, mittags 30 Minuten.

PFLEGEVISITEN

Die Durchführung von Pflegevisiten durch die Pflegedienstleitung und die Hausleitungen dient dem Informationsaustausch zwischen Pflegenden und Bewohnern. Bedürfnisse bezüglich der Pflege und Betreuung können schnell erkannt und umgesetzt werden. Die Ergebnisse der Pflegevisite werden im Rahmen einer Fallbesprechung erörtert und dokumentiert. Festgestellte Defizite werden bearbeitet und nachvisitiert. Zusätzlich dazu wird die Fachaufsicht im Rahmen von Mitarbeitervisiten umgesetzt.

Das Instrument Pflegevisite dient dazu, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sichern. Eine Verfahrensweisung dazu liegt im QM-Handbuch vor.

4.5 LEBEN IST BEWEGUNG

Der Erhalt der Mobilität und Eigenbewegung ist ein zentrales Ziel der pflegerischen Interventionen. Zunehmende und andauernde Immobilität beeinträchtigt die körperliche und psychische Gesundheit entscheidend (Muskelkraft lässt nach, Lungentätigkeit und Sauerstoffversorgung lassen nach, Appetit wird vermindert, es treten Verdauungsprobleme auf, die Infektanfälligkeit steigt), die aktive Teilnahme am sozialen Leben ist eingeschränkt, es kann zur Reizdeprivation kommen, die sich auch auf die kognitiven Fähigkeiten negativ auswirkt.

Aus pflegefachlichen, medizinischen und nicht zuletzt ethischen Gründen werden in den Hausgemeinschaften freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Fixiergurte, Fixiertische und zum Zweck des Freiheitsentzugs eingesetzte sedierende Medikamente abgelehnt. Um den Betroffenen ein höchstmögliches Maß an Sicherheit bei freier Bewegung zu ermöglichen greifen wir auf umfassende Maßnahmen der Sturz- bzw. Verletzungsprophylaxe zurück (siehe auch Konzept Gewaltprävention und FEM).

Die Fähigkeiten und Risiken hinsichtlich der Mobilität bzw. der Sturzgefahr werden bei Einzug erhoben und danach in regelmäßigen Abständen bzw. bei jedem neuen Sturzereignis aktualisiert. Die Auswertung des Risikoeinschätzung sowie die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft und des Hausarztes entscheidet über weitere Maßnahmen wie den Einsatz von Hüftschutzhosen, einem Lederkopfschutz, RCN-Walker, Signalmatten u.a. Zeigt der Bewohner keine Compliance (Akzeptanz) dieser Hilfsmittel ist dies zu akzeptieren (siehe auch VA Sturzprophylaxe und Konzept Gewaltschutz und FEM).

4.6 STERBEBEGLEITUNG

In das Seniorencentrum ziehen Menschen ein, die oft in der Gewissheit leben, dass dies ihr letztes Zuhause sein wird. Zu diesem Abschnitt des Lebens gehört der Sterbeprozess. Sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen, ist eine schwere Aufgabe. In dieser Situation erhalten die BewohnerInnen die größtmögliche Unterstützung. Der im Sterbeprozess befindliche Mensch und seine Angehörigen sollen menschliche Nähe und Zuwendung erfahren und sich nicht allein gelassen fühlen. Es ist eine große Erleichterung für den Sterbenden zu spüren, dass Menschen für ihn da sind und ihn auf seinem Weg begleiten. Begleiten heißt, sich auf den Sterbenden einzulassen, seine Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu respektieren (siehe auch Konzept Sterbebegleitung und Abschiedskultur des Hospizdienstes und das übergeordnete Sterbekonzept des OD).

Spirituelle und religiöse Themen rücken in der letzten Lebensphase häufig stärker in den Vordergrund. Viele BewohnerInnen erfahren zum Beispiel durch seelsorgerische Betreuung wertvolle Orientierung und seelische Entlastung.

Die Angst vor Schmerzen in der letzten Lebensphase belastet viele Menschen. Ganz wichtig ist deshalb die Organisation einer guten medizinischen und pflegerischen Betreuung, die eine optimale Schmerztherapie ermöglicht.

Folgende Ziele sind definiert:

- Es wird eine menschenwürdige Begleitung im Sterbeprozess durch zwischenmenschliche Nähe gewährleistet. Das gilt für uns auch in Zeiten, in denen aufgrund von besonderem Infektionsgeschehen der Infektionsschutz eine große Rolle spielt. Im Sterbeprozess steht für uns im Vordergrund, dass Menschen, die sich nahestanden, sich voneinander verabschieden können. Dies ermöglichen wir – ggf. unter Wahrung notwendiger Hygieneregeln.
- Es wird ein schmerzfreier Sterbeprozess ermöglicht.
- Es wird eine optimale Pflegequalität gewährleistet

In der Sterbebegleitung wird mit externen Diensten und Personen zusammengearbeitet; zu diesen gehören:

- Seelsorger der evangelischen und katholischen Kirchengemeinden, und ggf. anderer Religionsgemeinschaften
- Ehrenamtliche Hospizhelfer des ambulanten Hospizdienstes des Oberhessischen Diakoniezentrum
- Hausärzte/Fachärzte
- SAPV-Team (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung)

5 QUALITÄTSMANAGEMENT

Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen ist im §113 SGB XI geregelt.

Die Mitarbeiter im Seniorencentrum Lich sind ständig bestrebt, die in dem Unternehmens- und Pflegeleitbild formulierten Ziele und Werte zu erreichen und damit ihr Qualitätsniveau zu halten bzw. stetig zu verbessern. Qualität ist nicht allein an der schriftlichen Form (Handbuch, Pflegedokumentation) zu messen, sondern zeigt sich insbesondere in der praktischen Umsetzung und in der Zufriedenheit der Bewohner. Qualität gibt an, in welchem Maß unsere Dienstleistung, den bestehenden Anforderungen entspricht. Das Qualitätsniveau ergibt sich aus dem Niveau der Anforderung und des Erfüllungsgrades.

Die Einrichtungsleitung trägt die Verantwortung für das implementierte interne Qualitätsmanagementsystem. Eine Qualitätsbeauftragte unterstützt die Mitarbeiter vor Ort für die Umsetzung der festgelegten Qualitätsanforderungen. Es finden regelmäßige einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel statt.

Ziele von Qualitätsmanagement sind für uns:

- Verbesserung der Kundenversorgung
- Effiziente und effektive Leistungserbringung
- Verbesserung auf allen Ebenen einer Organisation

Aufgaben des Qualitätsmanagements sind in vier Bereiche unterteilt:

- Planung, Gestaltung, Entwicklung
- Erbringung der Dienstleistung
- Sicherung
- Verbesserung

Diese vier Bereiche oder Prozessschritte vollziehen sich in allen unseren Prozessen und werden täglich angewendet.



QUALITÄTSPLANUNG

Qualitätsplanung muss:

- treffsicher sein – um zufriedene und treue Kunden zu haben. Dabei wird Under- und Overengineering vermieden (nicht zu viel und nicht zu wenig Qualität)
- differenziert sein – um im Wettbewerb zu bestehen
- robust sein – Störungen müssen ausgehalten werden, z. B. vorübergehend hohe Krankenstände wegen einer Grippewelle
- fehlerfrei sein

Fehler sind etwas Kostbares in einem Entwicklungsprozess und werden daher auch beherrscht zugelassen, um die Kreativität zu fördern. Es gibt aber Bereiche in der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung, wo Fehler immer ausgeschlossen werden müssen (z. B. Insulingabe). Ziel ist es grundsätzlich, aus Fehlern zu lernen und ihre Häufigkeit einzuschränken. Dabei sind Ursachen für Fehler genau untersuchen und zu kommunizieren.

QUALITÄTSLENKUNG

Um gute Ergebnisse zu erzielen, muss Qualität gelenkt werden. Ein Ziel ist die Einhaltung von dokumentierten Anforderungen – der Ausdruck der Zielerreichung ist dabei die Konformität (z. B.

Dokumentationsanforderungen des MDK). Die Beherrschung der Qualität der Prozesse ist ein weiteres Ziel, dessen Ausdruck z. B. das Vermeiden von Fehlern, Nacharbeit, Wiederholungen und Korrekturen sind.

Aufgaben von Qualitätslenkung ist unter anderem die Strukturierung wettbewerbsentscheidender Prozesse, die Messung der Qualität und ausdrücken in Kennziffern (Pflegevisite, Audit, Temperaturmessungen als Bestandteil des HACCP Konzeptes, Messen von Vitalwerten als Bestandteil des Pflegeprozesses, Zufriedenheitsbefragungen), die Festlegung der Verantwortlichkeit für das Messen und Prüfen von Prozessen, das Zurückführen der Messergebnisse in den Regelkreis.

QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung dient der Darstellung nach außen: angebotene Leistungen erfüllen die Bedürfnisse der Kunden. Nicht erfüllte Qualitätsforderungen und Fehler werden intern erkannt, behoben und in ihrer Wirkung beherrscht. Qualitätssicherung soll beim Kunden Vertrauen schaffen. Er weiß und spürt, dass sich jemand für die Qualität seiner Versorgung interessiert und auch dafür zuständig ist.

QUALITÄTSVERBESSERUNG

Qualitätsverbesserung dient der Erhöhung des Nutzens für beide Seiten – für den Anbieter der Dienstleistung, also das Seniorenzentrum Lich und den Kunden, also unsere Bewohner, Angehörigen, Betreuer, Besucher.

Wir streben nach Fehlerfreiheit und wollen uns kontinuierlich verbessern (KVP). Verbesserung ist immer etwas Gutes und bedeutet, dass die Qualitätsfähigkeit unserer Leistung steigt und die Fehlerrate sinkt.

Verschiedene Bestandteile unseres QM-Systems werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

5.1 QUALITÄTSHANDBUCH

Unser Qualitätshandbuch ist ein Leitfaden, in dem Qualitätspolitik, Qualitätsziele und die Beschreibung des Qualitätssystems aufgeführt sind. Die Entwicklung und Weiterentwicklung des QM-Handbuches erfolgen schrittweise und im Team.

In unserem Handbuch werden die Voraussetzungen für die Erfüllung von Qualitätsanforderungen benannt. Es besteht aus drei Teilen, die in drei Ordnern hinterlegt werden:



1. Konzepte
2. Verfahrensanleitungen
3. Formulare

Innerhalb der Kategorien gibt es eine Ordnung, die im Inhaltsverzeichnis und der Dokumentenmatrix festgelegt sind. Darin kann man den aktuellen Stand der Unterlagen und die nächste geplante Revision ersehen (Dokumentenlenkung).

In der Kopf- und Fußzeile verzichten wir bewusst auf unnötige Informationen. Der Titel des Dokuments muss klar sein, die Art (Konzept (K), Verfahrensanleitungen (VA) oder Formular (F)) des Dokuments, die Nummerierung bzw. das Kürzel (nach Buchstaben (VA und F) oder numerisch (K)), die Ersteller und Bearbeiter, der Stand und Seitenzahlen. Freigegeben sind Dokumente dann, wenn sie im Qualitätszirkel bzw. im QM-Arbeitstreffen beschlossen wurden, was in Protokollen und der Dokumentenmatrix ersichtlich ist.

Aktuelle Unterlagen werden durch ein CLOUD System aktuell zwischen externer QMB und der Pflegeeinrichtung ausgetauscht und synchronisiert. In den Hausgemeinschaften und der Tagespflege stehen Ordner mit den aktuellen Unterlagen in den einzelnen Bereichen zur Verfügung.

Im Pflegeprozess spielen einige Verfahrensanleitungen eine Rolle, auf die in der Pflegedokumentation verwiesen wird.

5.2 BESCHWERDEMANAGEMENT

Beschwerden werden als Chance zur Qualitätsverbesserung gesehen, denn das Ziel der Bewohnerzufriedenheit hat höchste Priorität. Jede Beschwerde wird sehr ernst genommen.

Ein unzufriedener Bewohner/Betreuer/Angehöriger teilt durchschnittlich elf anderen Menschen, im Familien- und Freundeskreis sind es sogar 15 weitere Menschen, seine Unzufriedenheit mit. Die Konsequenzen wären enorme Umsatzeinbußen. Denn gerade in unserem Dienstleistungsbereich spielt die persönliche Empfehlung eine ausschlaggebende Rolle. Der sozial-pflegerische Bereich ist wie kein anderer auf das positive Weiterempfehlungsverhalten angewiesen. Im Seniorenbereich laufen beispielsweise über 90 % der Neukundengewinne über persönliche Empfehlungen.

Aktives Beschwerdemanagement bedeutet, ansprechbar zu sein für die Probleme, für eine schnelle Weiterleitung der Reklamationen zu sorgen und diese dann in einem zeitnahen Rahmen zu bearbeiten. Die Rückmeldung über ergriffene Maßnahmen stärkt das Vertrauen in die Mitarbeiter der Einrichtung.

Zum Umgang mit Beschwerden liegt ein Beschwerdemanagement für das Oberhessische Diakoniezentrum vor, das in einer Verfahrensanweisung beschrieben und in der WorkGroup im QM-Handbuch hinterlegt ist.

5.3 STÄNDIGE VERBESSERUNG

Qualität ist nichts statisches, sondern Qualität muss sich jeden Tag wieder neu beweisen. Daher sind wir an einer ständigen Verbesserung unserer Leistungsqualität interessiert. Folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsqualität stehen uns zur Verfügung:

- Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, jederzeit Verbesserungen vorzuschlagen.
- Auf dem Hinweisblatt notiert der Mitarbeiter seinen Verbesserungsvorschlag, leitet diesen an seinen Vorgesetzten und startet damit ein Verfahren, das ihm garantiert, dass sein Verbesserungsvorschlag zügig und gründlich durch seinen Vorgesetzten bearbeitet wird.
- Jeder Mitarbeiter ist befugt unabhängig von seiner Zuständigkeit, Beschwerden von Bewohnern, Angehörigen oder Besuchern (Kunden) entgegenzunehmen -> siehe Beschwerdemanagement.



- Der beurteilt den Verbesserungsvorschlag danach, wer an der Erarbeitung und Umsetzung mitzuwirken hat. In der Klärungsrunde wird der Verbesserungsvorschlag zügig und gründlich analysiert und bearbeitet und die Verbesserung baldmöglichst in Kraft tritt.
- Gegen Ende des Klärungsprozesses wird festgelegt und dokumentiert, wer welche Maßnahmen bis wann auszuführen hat.

5.4 FORTBILDUNG

Der Begriff Fortbildung beschreibt den Bereich der beruflichen Erwachsenenbildung. Ziel ist es die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten festzustellen, zu erhalten, zu erweitern, der technischen Entwicklung anzupassen oder einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

Die berufliche Fortbildung organisiert Lehr- und Lernprozesse auf der Grundlage eines erlernten und/oder ausgeübten Berufs mit dem Ziel, berufsspezifische Kompetenzen zu reflektieren, zu vertiefen, zu erneuern oder zu erweitern.

Professionalität und Effektivität werden durch zielgerichtetes Arbeiten, den Einsatz von Fachwissen und effektiven Methoden gesteigert. Im alltäglichen Arbeitsprozess findet man sich damit konfrontiert, dass Verschiebungen der Arbeitsschwerpunkte, neue gesellschafts- und sozialpolitische Tendenzen Einfluss auf die Arbeitsinhalte haben, die teilweise so einschneidend sind, dass Ziele und Methoden vollkommen neu definiert werden müssen. Die stationäre Altenpflege hat permanent Bedarf an Informationen zum jeweils aktuellen Sachstand. Methodisches Wissen und spezifisches Fachwissen, die Mitarbeiter im Arbeitsalltag für eine qualifizierte Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen müssen sind ebenso wichtig wie überfachliche Qualifikation, wie z. B. Stress- und Zeitmanagement, Mitarbeiterführung, Umgang mit Beschwerden usw.

Fort- und Weiterbildung wird sowohl thematisch für Gruppen angeboten als auch für einzelne Mitarbeiter. Die Veranstaltungen finden in der Einrichtung durch externe Begleitung oder in Fortbildungsinstituten bzw. anderen Bildungseinrichtungen statt. Ein Fortbildungsplan wird jährlich auf die Belange der Einrichtung abgestimmt.

Die Pflicht-Schulungen und Unterweisungen resultierend aus dem HGBP (Hygiene, Arzneimittelversorgung, Maßnahmen zur Vermeidung von FEM) werden jährlich durchgeführt. Außerdem finden Schulungen zu den Expertenstandards bei Neuerungen und Änderungen oder bei Bedarf statt. Alle Ersthelfer machen alle zwei Jahre einen Auffrischkurs in Erste Hilfe Maßnahmen (siehe Notfallkonzept) und für alle Mitarbeiter finden jährlich Unterweisungen im Umgang mit Notfallmaßnahmen, Arbeitssicherheit, Brandschutz und Datenschutz statt.

Mitarbeiterwünsche werden bei uns berücksichtigt, besonders auch im Bereich der Weiterbildungen. Es ist für uns ein Qualitätskriterium, dass Mitarbeiter sich weiterbilden und ihr Wissen und ihr Engagement in ihre Arbeit einbringen.

Den Fortbildungsbedarf ermitteln wir in Pflege- und Mitarbeitervisiten und Gesprächen (siehe auch Personalentwicklungsgespräche).

- Was läuft schon gut?
- Wo muss Wissen vertieft werden?
- Wo muss nachgeschult werden?
- Wo gibt es Unsicherheiten und Wissenslücken?
- Was braucht die Einrichtung?

Wir differenzieren dabei auch, wer welche Fortbildung braucht, je nachdem welche Kompetenzen ein Mitarbeiter hat und sie einsetzt.

Eine Auswahl an Fachbüchern und Fachzeitschriften liegt vor und kann von den Mitarbeitern ausgeliehen werden.

Fortbildungsnachweise werden durch Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen erbracht. Ein Fortbildungsplan sowie ein Fortbildungskonzept für die Einrichtung liegen im QM-Handbuch vor.

5.5 QUALITÄTSSICHERUNG

Wir verstehen unsere Qualität der Leistungen als Grad der Übereinstimmung zwischen den Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegezielen und den tatsächlich erbrachten Leistungen.

Ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung ist das Risikomanagement, in dem Kontrollmaßnahmen auf gezielt auftretende Probleme abgestimmt werden. Die Optimierung und Weiterentwicklung des Risikomanagements steht daher im Rahmen der Qualitätssicherung im Vordergrund. Dazu gehören neben der Implementierung und Umsetzung der aktuellen Expertenstandards auch der sinnhafte Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen wie Pflegevisiten, Mitarbeitervisiten und Kundenbefragungen.

Die Vereinfachung der Pflegedokumentation auf das vereinfachte Pflegeprozessmodell von Beikirch (ausführliche Beschreibung siehe oben), ist ein wichtiger Aspekt der Prozessoptimierung und beinhaltet ein konsequentes Risikomanagement und die Umsetzung der Expertenstandards.

Zur Qualitätsentwicklung und -sicherung finden regelmäßig interne und externe Maßnahmen zur Weiterqualifikation statt. Durch eine externe Qualitätsbeauftragte wird in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Einrichtung ein Qualitätshandbuch entwickelt und weiterentwickelt, die die Struktur- und Prozessqualität regeln. Das QM-Handbuch bildet die Arbeitsgrundlage für Mitarbeiter. Das entwickelte QM-Handbuch spiegelt das QM-System der Einrichtung und macht die Qualität auf den Ebenen der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse überprüfbar und lenkbar.

Externe Qualitätskontrollen verstehen wir im Sinne der Qualitätssicherung und nehmen die Impulse der Auditoren auf, um unsere Prozesse zu verbessern.

Kontrollen zur Qualitätssicherung werden durch die Pflegedienstleitung und die stellvertretende PDL und auch die externe Qualitätsbeauftragte getätigt (Pflegevisiten, interne Audits, Kundenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement, Fehlermanagement).

Alle Mitarbeiter erhalten bei Einstellung eine Stellenbeschreibung und werden nach einem Einarbeitungskonzept eingearbeitet, das auf den jeweiligen Aufgabenbereich des neuen Mitarbeiters abgestimmt ist.

Das vorliegende Konzept und das Qualitätsmanagementhandbuch unterliegen dynamischen Prozessen und sind somit den jeweiligen Veränderungen anzupassen. Es dient für die berufliche Nutzung als Nachschlagewerk.