

Einrichtungs- und Pflegekonzept

Stader Betreuungsdienste gemeinnützige GmbH

„Alten- und Pflegeheim in Stade-Riensförde“ ab 1. September 2017

Alten- und Pflegeheim der Stader Betreuungsdienste gGmbH, 21680 Stade-Riensförde, Stadtweg 117

Geschäftsstelle: Stader Betreuungsdienste gGmbH, 21682 Stade, Poststr. 21



Stader Betreuungsdienste gGmbH

Die Stader Betreuungsdienste gemeinnützige GmbH ist eine Gesellschaft der Hansestadt Stade.

Seit 1976 sind die Stader Betreuungsdienste in der Gemeindepflege und der Hauspflege in der Hansestadt Stade tätig.

Unsere Aufgabe war anfangs allein die häusliche Kranken- und Altenpflege. Das Angebot wurde entsprechend der bestehenden Bedürfnisse der Stader Senioren stetig weiterentwickelt und angepasst.

Unsere besonderen Stärken liegen im umfangreichen Angebot unserer Dienstleistungen und deren Vernetzung, der Seriosität und langjährigen Erfahrung unserer täglichen Arbeit.

Altenbetreuung- und Pflege ist Vertrauenssache!

Ab September 2017 werden wir unsere langjährige Erfahrung auch im vollstationären Bereich mit einer fachgerechten Pflege, sozialen Betreuung und Versorgung insbesondere für ältere Menschen einbringen.

Unser Anliegen ist es, den pflegebedürftigen Menschen auch ein neues Zuhause bieten zu können. Die Pflege, soziale Betreuung und Versorgung knüpft dabei grundsätzlich an die Bedürfnisse, Fähigkeiten und den biographischen Hintergrund der einzelnen Bewohner anzuknüpfen.

1.1.1 Das Pflegekonzept

1.1.1.1 Einleitung

Das Pflegekonzept richtet sich übergeordnet nach den Grundlagen und Werten der Stader Betreuungsdienste gGmbH.

Eine kompetente Pflegedurchführung stützt sich auf das Erkennen und die Behandlung von bestehenden und potentiellen, gesundheitlichen und sozialen Problemen oder Einschränkungen unserer Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Bewertungsgrundlage der Pflegebedürftigkeit bietet uns ein Bedürfniskatalog nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel, der den Hilfebedarf in den Bereichen Motorik, Mobilität, Körperhygiene, Ernährung sowie sozialer Kommunikation festlegt.

In der Durchführung der Pflege richten wir uns grundlegend nach den Konzepten der integrativen Validation (nach Nicole Richards) und nach Bobath. Dies schließt die Berücksichtigung anderer Konzepte nicht aus, sofern dies die Versorgung einzelner Bewohner oder die allgemeine Qualität unserer Arbeit verbessert.

1.1.1.2 Pflagemodell

Wir arbeiten nach dem Pflagemodell der AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens) nach Monika Krohwinkel. Was dies für unsere Arbeit bedeutet wird in der folgenden auf unsere Arbeit abgestimmten Erläuterung der 13 AEDL deutlich. Grundsätzlich gilt: Die einzelnen Bereiche dürfen nicht isoliert verstanden, sondern sie stehen immer in einer Beziehung zueinander.

Erläuterungen zu den AEDL^[1]:

I. Kommunizieren:

Kommunizieren zu können bedeutet Lebensqualität und Teilhabe an sozialen Kontakten.

Wir beobachten und beurteilen die verbalen und nonverbalen Fähigkeiten unserer Bewohnerinnen und Bewohner, um uns auf sie einzustellen. Wir sprechen sie an und kommunizieren, sofern verbale Äußerungen nicht mehr möglich sind, auch durch unsere Körpersprache mit ihnen. Wir nutzen die integrative Validation, um bei demenzieller Erkrankung durch Einfühlung die Antriebe der Erkrankten zu erkennen und dadurch eine Kommunikationsmöglichkeit zu finden.

II. Sich bewegen:

Bewegung fördert das Wohlbefinden und die Mobilität und verhindert damit Einschränkungen jeglicher Art.

Wir beobachten und beurteilen die körperliche Beweglichkeit unserer Bewohnerinnen und Bewohner, um vorhandenen Störungen zu erkennen und ihre Beweglichkeit fachgerecht fördern zu können. Dabei stützen wir uns auf die Grundlagen des Konzeptes nach Bobath und beziehen die Physiotherapie aktiv in unserer Pflege mit ein.

III. Vitale Funktion des Lebens aufrecht erhalten:

Die Vitalfunktionen wirken sich auf die anderen 12 AEDL maßgeblich aus.

Wir beobachten und beurteilen die Ansprechbarkeit, das Bewusstsein, die Orientierung und die Vitalwerte, um die Lebensfunktionen sowie die Wärme- und Kältereulation zu unterstützen.

[1] Für die Erläuterung der einzelnen Punkte haben wir einen identischen Aufbau ausgewählt. Zunächst erfolgt eine grundsätzliche Aussage zum Oberbegriff, dann eine zum Inhalt unserer Einschätzungen für die Pflege beziehen und abschließend eine zu unserem Handeln.

Dabei kooperieren wir mit den zuständigen Ärzten und führen nach deren Verordnungen eine fachkundige Behandlungspflege im rechtlichen Rahmen durch.

IV. Sich pflegen:

Das „Sich pflegen“ wirkt sich maßgeblich auf das psychische Wohlbefinden aber auch auf die physische Gesundheit z.B. der Haut aus.

Darum beurteilen und beobachten wir den Hautzustand und die Fähigkeit zur Körperhygiene. Wir fördern die Eigenständigkeit unserer Bewohnerinnen und Bewohner in der Durchführung des Sich-Pflegens. Wir helfen ihnen dabei, wir beraten sie z.B. bei der Auswahl von individuell hautverträglichen Pflegemitteln und wir ermöglichen Ihnen den Besuch bei/von Friseur oder Hand- und Fußpflegerin. Wir achten bei all dem auf die Intimsphäre.

V. Essen und Trinken:

Essen und Trinken wirken sich auf die Gesundheit (incl. Verdauung), das soziale Leben und den Tag- und Nacht-Rhythmus aus.

Wir beobachten und beurteilen die Fähigkeit selbständiger Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unserer Bewohnerinnen und Bewohner. Wir unterstützen sie wenn nötig bei der Durchführung und beraten sie im Blick auf eine angemessene Ernährung. Dabei gestalten wir die Essenszeiten und Menüwahl innerhalb der Strukturen möglichst flexibel und beziehen ernährungsphysiologische Erkenntnisse in die Versorgung ein.

VI. Ausscheiden:

Die Fähigkeit selbständig ausscheiden zu können bedeutet Unabhängigkeit und ein positives Selbstwertgefühl.

Wir beobachten und beurteilen die Ausscheidungsvorgänge, um diese gegebenenfalls fördern zu können. Je nach individuellem Bedarf, werden Maßnahmen wie z. B. Kontinenz-Training durchgeführt oder mit dem Arzt besprochen.

VII. Sich kleiden:

Die Fähigkeit sich selbstständig kleiden zu können, bedeutet Unabhängigkeit und ein positives Selbstwertgefühl.

Wir beobachten und beurteilen die Fähigkeiten zum angemessenen Kleidungswechsel und geben nur bedarfsentsprechende Unterstützung, um die Mobilität und Selbständigkeit weitestgehend zu erhalten.

VIII. Ruhen und schlafen:

Hier gibt es starke Unterschiede in den Bedürfnissen. Allgemein dient der Schlaf der Erholung, dem Wohlbefinden und der Gesundheit.

Wir beobachten und beurteilen den Schlaf- und Wachrhythmus unserer Bewohnerinnen und Bewohner, um ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen zu können oder z.B. bei Schlaflosigkeit entsprechende Hilfen zu geben. Die Hilfen können in Bewegung, Zuwendung oder dem Anbieten eines Getränkes liegen.

IX. Sich beschäftigen:

Die Fähigkeit „sich beschäftigen zu können“ wirkt sich auf die geistige und körperliche Mobilität und innere Zufriedenheit aus.

Wir beobachten und beurteilen die Motivationen, Sozialkontakte, Bewältigungs- und Anpassungsstrategien unserer Bewohnerinnen und Bewohner, um diese Fähigkeit individuell zu fördern. Dabei beziehen wir den Begleitenden Sozialen Dienst (BSD) und Angebote aus unserem Veranstaltungsprogramm mit ein. Auch versuchen wir, mit einem offenen Gemeinschaftsraum „Cafeteria“ Länderthemen-Konzept, den Bewohnerinnen und Bewohnern die Kontaktaufnahme auch von Bewohnerinnen und Bewohnern anderer Stationen näher zu bringen und auch die Erlebniswelt in diesen unterschiedlichen „Atmosphären“ als Abwechslung und Sinneseindruck anzubieten.

X. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten:

Die Rollenidentität als Frau oder Mann soll auch in der letzten Lebensphase erhalten bleiben, um die Einheit mit dem gesamten Leben zu sichern.

Wir beobachten und beurteilen das Selbstbild und den Umgang mit eigener Sexualität, um diese Rollenidentität zu fördern. Dabei achten wir besonders auf Kleidung, Frisur und Schmuck, auf das Schamgefühl beim Waschen, der Intimpflege und dem Kontinenztraining und wir tabuisieren die Bedürfnisse nach Zärtlichkeit oder Sexualität nicht, sondern respektieren sie.

XI. Für Sicherheit (sichere Umgebung) sorgen:

Sich sicher zu fühlen, verhindert Verkrampfungen an Seele und Körper.

Wir beobachten und beurteilen die eigene Risikoeinschätzung unserer Bewohnerinnen und Bewohner und arbeiten innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen. Dies bedeutet z.B. die Nutzung unseres Hygienehandbuchs bei unserer Arbeit oder die fachgerechte Nutzung von

Hilfsmitteln. Zudem arbeiten wir eng mit der Hauswirtschaft zusammen, um in jeder Situation eine wohnlich persönliche Umgebung schaffen zu können.

XII. Soziale Bereiche des Lebens sichern:

Ohne soziale Kontakte würde ein Mensch verkümmern.

Wir beobachten und beurteilen die Fähigkeiten zur Bewältigung der Alltagssituationen. Wir wollen diese Fähigkeiten fördern und Sicherheit vermitteln indem wir möglichst konstante pflegerische Bezugspersonen stellen und in Zusammenarbeit mit dem Begleitenden Sozialen Dienst und dem Seelsorger soziale Kontakte und die Teilnahme am öffentlichen Leben oder Kontakte zu Angehörigen unterstützen und fördern.

XIII. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen:

Jeder Mensch durchlebt in seinem Leben existentielle Erfahrungen. Im Pflegeheim sind diese besonders durch Krankheit, Verfall und Tod geprägt.

Wir beobachten und beurteilen die Umgehensweise mit Krankheit, Angst, Trauer, Isolation und Glauben, um unterstützend wirken zu können. Wir fördern die Bewältigungsstrategien unserer Bewohnerinnen und Bewohner durch Zuwendung und unter Einbeziehung des Seelsorgers und des Begleitenden Sozialen Dienstes.

Durch die enge Orientierung an diesem Bedürfniskatalog können wir die Fähigkeiten unserer Bewohnerinnen und Bewohner umfassend einschätzen.

Zur Weiterentwicklung des Pflegeprozesses wird nach der Einschätzung anhand des Bedürfniskataloges der Hilfebedarf ermittelt und eine klare, umsetzbare Pflegeplanung erstellt.

Die Umsetzung der geplanten Pflegemaßnahmen geschieht in Zusammenarbeit mit

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden dabei angewandt und die Arbeit wird in Anlehnung an die Konzepte nach Bobath und Validation nach Richards durchgeführt. Wir beachten und akzeptieren die Grenzen, die uns die Bewohnerinnen und Bewohner setzen und Dokumentieren diese.

1.1.1.3 Pflegeprozess (Pflegeplanung = Schritt I – IV)

Der Pflegeprozess setzt sich aus den folgenden sechs Schritten zusammen, die die individuelle Pflege unserer Bewohnerinnen und Bewohner strukturieren und sichern:

I. *Anamnese (= Informationssammlung)*

In Anlehnung an die AEDL werden alle Daten erfasst, die für Pflege und soziale Betreuung wichtig sind. Dies geschieht vom Aufnahmegespräch an durch konkrete Abfragen bewohnerbezogener Daten (z.B.: Biographische Diagnosen, u. ä.) oder durch Beobachtungen.

II. *Ressourcen und Problem (= Defizite des Bewohners) Erfassung*

Konkret nach den AEDL vorgehend werden die Ressourcen und Probleme beurteilt und Dokumentiert.

III. *Zielsetzung (Nah - und Fernziele)*

Ausgehend von den ersten beiden Schritten werden die Ziele für die Pflege formuliert und der Zeitpunkt für die Überprüfung der Zielerreichung wird bestimmt.

IV. *Planung der Pflegemaßnahmen*

Die zur Erreichung der Ziele notwendigen Maßnahmen werden bestimmt und geplant. Die Planung bezieht insbesondere die Erkenntnisse aus der AEDL- Erfassung, die Standards und Fragen der Medikamentenversorgung mit ein.

V. *Durchführung der Pflege*

Die Pflege wird entsprechend der Planung durchgeführt. Dies geschieht allerdings flexibel unter Berücksichtigung des jeweils aktuellen Zustandes und unter Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Durchführung wird regelmäßig dokumentiert.

VI. *Evaluation (= Beurteilung der Pflegemaßnahmen)*

Die Zielerreichung und damit der Sinn der Pflegemaßnahmen werden regelmäßig beurteilt. Gegebenenfalls werden eine neue Zielrichtung und ein neuer Maßnahmenkatalog vereinbart. Die Evaluation kann auch im Rahmen einer Pflegevisite erfolgen. Grundlegend für die Beurteilung ist die fachgerechte Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen.

1.1.1.4 Pflegesystem und Organisationsform der Pflege

In unserer Einrichtung wird eine ganzheitliche Pflege (Ganzheitspflege) durchgeführt, die den Menschen als Einheit von Leib, Seele und Geist im Zusammenhang seiner Umwelt versteht.

Aufgrund dieses Ansatzes führen wir die **Bezugspflege** durch.

Durch die Bezugspflege erfolgt eine kontinuierliche Betreuung. Dadurch entstehen Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit. Dies wird gefördert durch die festen Bezugspflegekräfte. Diese stehen für eine enge Zusammenarbeit von Heimbewohnern, Angehörigen, Betreuern, Ärzten, Seelsorgern, Mitarbeitern und andere externen und internen Berufsgruppen. Ziel ist es, die Lebensqualität unserer Bewohner zu erhalten und zu verbessern.

Die Aufgaben der Bezugspflegekraft lassen sich wie folgt beschreiben:

Die Bezugspflegekraft ist eine Pflegefachkraft. Sie ist für acht bis zehn Bewohner unterschiedlicher Pflegestufen zuständig. Außerdem ist sie für alle Belange der Bewohner ihrer Gruppe zuständig. Das heißt nicht, dass sie alle bewohnerbezogenen Verrichtungen selbst ausführen muss. Sie hat aber dafür Sorge zu tragen, dass diese ordnungsgemäß erledigt werden.

Die Bezugspflegekraft pflegt und betreut vorrangig die Bewohner ihrer Gruppe, muss aber auch in andern Bewohnergruppen tätig sein. Sie sorgt für die Erstellung der Pflegeplanung und deren Evaluation. Sie ist zuständig für eine sachgemäße Ausführung der Pflege Dokumentation und deren Überprüfung. Sie führt Gespräche mit anderen Berufsgruppen, die ebenfalls für die Betreuung der Bewohner ihrer Gruppe tätig sind (z.B.: Hauswirtschaft, Küche, Therapeuten, Seelsorgern, Hospizgruppe etc.). Sie organisiert die Teilnahme der Bewohner an Veranstaltungen innerhalb und außerhalb des Hauses und bespricht die Belange ihrer Bewohner mit den anderen Beteiligten, die ihrer Bewohnergruppe zugeordnet sind. Dabei ist sie Ansprechpartner/inn für die Angehörigen und auch Vorgesetzten (wie Bereichsleitung / PDL). Sie sorgt für eine qualifizierte Vertretung, wenn sie längere Zeit abwesend ist (durch Urlaub o. ä.)

Die Pflege unserer Bewohner erfolgt in fast ausschließlich in Einzelzimmern.

Die Pflegeteams arbeiten im Früh-, Spät- und Nachtdienst. Für die Dokumentation nutzen wir die Software COP pro. Dies ermöglicht einen guten Informationsfluss zwischen den Schichten und zu anderen Abteilungen.

1.1.1.5 Standard

Zum Erreichen einer gleichbleibend hohen Pflegequalität sind für unsere Arbeit die Pflegestandards nach Stösser richtungweisend.

Standards definieren Arbeitsabläufe und beinhalten den aktuellen Pflegewissensstand.

Sie ermöglichen eine Überprüfbarkeit aller Arbeitsabläufe.

Die Standards sind in unserem Pflege-Dokumentationssystem hinterlegt.

1.1.1.6 Leistungsbeschreibung

Die von uns angebotenen Leistungen umfassen im Wesentlichen die folgenden drei Bereiche:

- Grundpflege

Erläuterung: Die Grundpflege beinhaltet alle grundlegenden pflegerischen Tätigkeiten, wie z.B. Körperpflege, Prophylaxen u.ä., die zu körperlichem und seelischem Wohlbefinden des Menschen führen.

- Behandlungspflege

Erläuterung: Die Behandlungspflege umfasst arztabhängige Tätigkeiten, die die Pflegekräfte nicht eigenständig, sondern auf Anordnung des Arztes fachgerecht durchführen. Monika Krohwinkel hat für diesen Teil der Pflege die Umschreibung „Mitarbeit bei ärztlicher Therapie und Diagnostik“ geprägt^[2].

- Psychosoziale Betreuung

Erläuterung: Die psychosoziale Betreuung geht auf die Zusammenhänge von sozialen Beziehungen, körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen im Alter ein. Sie ist die Basis therapeutischen Handelns und umfasst z.B. die Merkmale: Einfühlungsvermögen, Toleranz, Verständnis, Respekt, Interesse, Anteilnahme, Beständigkeit, Reife und Takt.

Neben den aufgeführten Leistungen sorgen wir für ein physiotherapeutisches Angebot und eine seelsorgerliche Begleitung für unsere Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Erfüllung aller genannten Leistungen geschieht im Rahmen der rechtlichen Vorgaben.

[2] Sowinski, Christine: Pflge theoretische Überlegungen zur Strukturierung der Pflegepraxis. In: Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis. Forum 24. KDA. Köln 1995. Seite 46

1.1.1.7 Ablauf-Organisation und Qualitätsentwicklung

Die Qualität unserer Arbeit wird durch unser Qualitätsmanagement, mit der Erarbeitung von Arbeitsabläufen und deren Darstellung in Ablaufbeschreibungen gesichert und durch regelmäßige Überprüfungen fortlaufend weiterentwickelt.

Die im Organisationshandbuch festgeschriebenen Arbeitsabläufe sind handlungsweisend. Zugleich bilden sie die Grundlage für die ständige Weiterentwicklung unserer Qualität. Dies beinhaltet auch die Anpassung dieses Konzeptes z.B. an veränderte Rahmenbedingungen oder neue wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflege.

Die zur Umsetzung unserer Arbeit notwendigen Organisations- und Kommunikationsstrukturen sind im Organisationshandbuch festgelegt und dargestellt.

1.1.1.8 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Die Pflege geschieht in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern wie:

- Ärzte/Fachärzte
- Hausarzt
- Kliniken
- Behörden
- Ausbildungsstätten
- Apotheke
- Friseur
- Seelsorger
- Betreuer und Angehörige
- Physiotherapeut
- Ergotherapeut
- Logopäde
- Hand- und Fußpflege

Das Pflegekonzept ist eine Arbeitsgrundlage für alle am Pflegeprozess Beteiligten.

Im Rahmen von Qualitätssicherung unterliegt es der ständigen Weiterentwicklung.

