

PFLEGE- und BETREUUNGSKONZEPT
Pflegewohnheim St. Josef, Herzebrock-Clarholz

1. Pflegeverständnis/ pflegetheoretischer Ansatz/ Strukturmodell

Der Pflegebereich unserer Einrichtung hat sich zusätzlich zu den im Pflegeleitbild postulierten Grundsätzen als Arbeitsgrundlage und Ergänzung für den personenzentrierten Ansatz entschieden. Dieser geht auf Carl Rogers zurück und stellt die Selbstbestimmung des Menschen in den Vordergrund. Nach Rogers weiß jeder Mensch selbst, was ihm gut tut und was für ihn notwendig ist. Oft benötigt der Betroffene Unterstützung, um dieses herauszufinden. In der pflegerischen Beziehung gilt es, die Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners und Kunden zu erkennen, zu nutzen und zu fördern. Daher nutzen wir das Strukturmodell, dem ein pflegewissenschaftliches Konzept zu Grunde liegt. Zentrale Schritte sind die Erfassung der individuellen Fähigkeiten und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Danach schließt sich der „professionelle Filter“ an, in dem aus der Sicht der Pflegefachkraft die vorliegenden Pflegeprobleme unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen bewertet werden. Dieser Ausdruck der pflegfachlichen Kompetenz wird im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses in der tagesstrukturierenden Maßnahmenplanung und der Evaluation sichtbar. Das Strukturmodell orientiert sich am vierschrittigen Prozess der WHO und gliedert sich wie folgt:

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS)
2. Tagesstrukturierende Maßnahmenplanung
3. Bericht mit dem Fokus auf Abweichungen
4. Evaluation.

Die Strukturierte Informationssammlung als wissenschaftsbasiertes Konzept gilt als Kernstück im Strukturmodell. Zu Beginn des pflegerischen Auftrags wird dem Pflegebedürftigen Raum gegeben, seine Sichtweise zur derzeitigen Situation, zur Vorstellung des Hilfebedarfs, ggf. Ängsten, individuellen Wünschen und Gewohnheiten zu schildern. Das Zusammenwirken der Sichtweise des Pflegebedürftigen und die pflegfachliche Einschätzung bilden die Grundlage von Entscheidungen zu Art und Umfang der Pflege und Betreuung und führen zu einer das Pflegeangebot betreffenden gemeinsamen Vereinbarung. Die Verantwortung der Steuerung des Pflegeprozesses liegt bei der Pflegefachkraft. Sie leitet das Pflegeteam an und koordiniert im Sinne des Pflegebedürftigen die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team. Weitere Ausführungen und Erklärungen zum Umgang mit dem Strukturmodell finden sich im Dokumentationsleitfaden Pflege.

Seit Oktober 2017 findet die Umsetzung der Pflege- und Betreuungsdokumentation des Strukturmodells nicht mehr in gewohnter Papierform statt. Schrittweise wird die bisherige Dokumentation in das EDV-Programm Vivendi PD übertragen. Die im Dokumentationsleitfaden Pflege beschriebenen Ausführungen bleiben dabei erhalten.

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 1 von 11

2. Organisation der Pflege (Bezugspflege, Dokumentationssystem)

Organisiert ist die Pflege und Betreuung in unserer Einrichtung im System der Bezugspflege. Das bedeutet, dass mehrere Bewohner einer Pflegefachkraft und weiteren Pflegekräften zugeordnet sind und als Ansprechpartner für alltägliche Belange, Fragen und Kritik zur Verfügung stehen. Diese Zuordnung sollte nach Möglichkeit in der Personaleinsatzplanung Berücksichtigung finden.

Gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Pflegebedürftige werden somit durch eine hohe personelle Kontinuität gefördert. Durch die Intensität der Beziehung werden die Individualität, die Ressourcen und Probleme, Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner berücksichtigt und in der pflegerischen Versorgung umgesetzt. Dieses trägt zur Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung bei. Verantwortung für die Pflege und Betreuung der Bewohner zu haben, bedeutet nicht, alle Tätigkeiten auch selbst durchführen zu müssen. Es steht der Bezugspflegekraft frei, einzelne Aufgaben an die an die zugeordneten nicht examinierten Mitarbeiter zu delegieren. Bei Abwesenheit wird die Bezugspflegekraft durch andere Pflegefachkräfte vertreten. Die Steuerung des gesamten Pflegeprozesses bleibt im Sinne des Strukturmodells bei jeder Pflegefachkraft und ist nicht der Bezugspflegekraft allein zugeordnet.

3. Leistungsbeschreibung Pflege und ergänzende Konzepte

Allgemeines

Im Pflegewohnheim St. Josef werden den Bewohnern Leistungen der Kurzzeitpflege und der vollstationären Dauerpflege angeboten. Grundsätzlich ist das pflegerische Angebot dabei an pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren aller Pflegegrade gerichtet. Ein (historisch gewachsener) Schwerpunkt liegt dabei auf der Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen. Das schließt jedoch nicht aus, dass auch zahlreiche Menschen ohne Veränderungen in Erinnerung und Orientierung versorgt werden. Die zu erbringenden grund- und behandlungspflegerischen Leistungen werden in ihrem Umfang und ihrer Durchführung in eigens angelegten Verfahrensleitungen bzw. Leistungskomplexbeschreibungen näher ausgeführt. Diese sind im Pflegehandbuch hinterlegt und somit den Mitarbeitern der Einrichtung jederzeit zugänglich gemacht.

Aromapflege

Speziell geschulte Mitarbeiter aus Pflege und Betreuung setzen bei den Bewohnern gezielt Öle zur Entspannung, Anregung, Schmerzlinderung oder Förderung des Wohlbefindens ein. Die Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse dieses Ansatzes werden in einem dafür geschaffenen „Qualitätszirkel Aromapflege“ laufend überprüft und angepasst. Konkrete Zielsetzung und Vorgehensweisen des Aromapflegekonzeptes sind unter anderem in den Protokollen des Qualitätszirkels verschriftlicht.

Sterbebegleitung/Palliativ Care

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 2 von 11

Pflegeeinrichtungen sind Orte, an denen viele Menschen in unserer Gesellschaft ihren letzten Lebensabschnitt verbringen, ein neues Zuhause finden und schließlich sterben. Die Versorgung der Menschen am Lebensende lässt sich im Rahmen der Palliativversorgung von dem Ziel leiten, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen bei der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und Vergänglichkeit zu helfen und ein würdiges Leben vor dem Tod zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurde ein eigenes Konzept Sterbebegleitung/Palliativ Care entwickelt, welches mindestens einmal im Jahr durch einen Qualitätszirkel überprüft und bei Bedarf angepasst wird.

Einzugskonzept

Der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist für den betroffenen Menschen meist ein einmaliges und teilweise kritisches Ereignis in seinem Leben, dass vielfach von Sorgen und Ängsten begleitet wird. Gelungene und schnelle Integration in die Gemeinschaft in der Einrichtung kann dem entgegen wirken und das Wohlbefinden fördern.

Ein großes Ziel ist es, im alltäglichen Leben auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners einzugehen, alt vertraute Beschäftigungen und Tätigkeiten, sowie lieb gewonnene Gewohnheiten zu erhalten und zu fördern. Aus diesem Grund werden Vorlieben, Gewohnheiten und biografische Informationen zeitnah nach Einzug erfasst und fließen mit in die Pflege- und Betreuungsplanung ein. Die Möglichkeiten zur individuellen Gestaltung des Zimmers sollen helfen, dem privaten Lebensraum das Gefühl von „zu Hause“, Vertrautheit und Sicherheit zu geben. Mit einem Willkommensgruß wird der Bewohner begrüßt. Die Vorstellung des neuen Bewohners im Wohnbereich und die damit verbundene Aufnahme in die Gemeinschaft sind selbstverständlich. Ebenso gehören dazu das Zeigen der gesamten Einrichtung, auf Wunsch Begleitung zu den Gemeinschaftsräumlichkeiten, dem Garten oder dem Zimmer und die Erläuterung der für den Bewohner relevanten Abläufe innerhalb der Einrichtung. Nach Bedarf und Möglichkeit werden Angehörige in die Einzugsphase eingebunden. Nach vier bis acht Wochen wird mit dem Bewohner (und/oder einem nahen Angehörigen) ein Integrationsgespräch geführt, um die Einzugsphase auszuwerten.

Der Integrationsprozess ist ein höchst individueller Prozess mit höchst individuellem zeitlichem Ablauf. Ausschlaggebend ist dabei auch die psychische und physische Konstitution des neu eingezogenen Bewohners. Fühlt er sich zur Integration gedrängt, könnte das kontraproduktiv sein. Das Integrationstempo bestimmt damit ausschließlich der Bewohner. Eine starre Festlegung auf bestimmte zeitliche und inhaltliche Abläufe im Integrationsprozess ist daher meist nicht hilfreich. Vielmehr wird die Einzugsbegleitung anhand der aktuellen Ist-Situation eines neuen Bewohners ausgerichtet. Phasenweise Rückschritte in diesem Prozess sind nicht unüblich und bedürfen einer von Akzeptanz getragenen professionellen Reaktion.

Personaleinsatzplanung und Personalbemessung

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 3 von 11

Die Personaleinsatzplanung im Pflegedienst erfolgt unter bedarfsgerechten, fachlichen, arbeitswissenschaftlichen, arbeitsrechtlichen und sonstigen gesetzlichen Kriterien. In einem Rahmendienstplan wird die personelle Regelbesetzung pro Tag beschrieben. Dieser Rahmendienstplan ist der Ausgangspunkt für die Dienstplangestaltung (Monatsdienstpläne). Abhängig von den individuellen Pflegebedarfen der Bewohner finden kurzfristige (tagesaktuelle) oder mittelfristige Anpassungen statt, um ggf. geänderten Bedarfen jederzeit gerecht zu werden. Diese lassen sich an unterschiedlichen Kriterien messen, so zum Beispiel an der Anzahl der belegten Plätze, Struktur der Pflegegrade, durch Erkenntnisse bei Pflegevisiten, vor allem aber durch die Rückmeldungen der Mitarbeiter im Pflegedienst (z.B. in Teamgesprächen oder der täglichen Inforunde). In den jeweiligen Wohnbereichen ist im Tagdienst immer mindestens eine Pflegefachkraft eingesetzt. Die Personaleinsatzplanung ist im Schichtmodell organisiert. Zwischen den einzelnen Schichten ist ein Zeitraum zur Dienstübergabe vorgesehen. Die Dienstübergabe in Kombination mit dem Pflegedokumentationssystem dient der Sicherstellung der Kommunikation zwischen den Pflegemitarbeitern. Die Erstellung der Schichtpläne erfolgt durch die Wohnbereichsleitungen, deren Genehmigung durch die Pflegedienstleitung.

Besondere Aufmerksamkeit bei der Personaleinsatzplanung muss insbesondere auch dem Nachtdienst zuteilwerden. Zwischen 21.00 Uhr und 06.45 Uhr sind (mindestens) zwei Pflegemitarbeiter im Dienst, von denen wenigstens ein Mitarbeiter Pflegefachkraft ist. Nach Bedarf kann der Nachtdienst vollständig oder teilweise durch eine weitere Pflegekraft ergänzt werden. Die Abläufe im Nachtdienst sind so gestaltet, dass sie dem Pflegebedarf der Bewohner gerecht werden und die individuellen Maßnahmenpläne umgesetzt werden können. In die konkrete Dienstplangestaltung fließen auch arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse mit ein, die der Gesunderhaltung von Mitarbeitern und der Vermeidung von Fehlern in der Versorgung der Bewohner dienlich sind. So werden Nachtdienstmitarbeiter nach Möglichkeit nicht mit mehr als vier Diensten in Folge eingeplant. Gefahrgeneigte Arbeiten, wie zum Beispiel das routinemäßige Stellen von Medikamenten, finden nicht im Nachtdienst statt. Zur Sicherstellung der stetigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft werden die Pausenzeiten als Bereitschaftspausen vergütet. Da zwei Nachtdienstmitarbeiter nicht zeitgleich in den drei Etagen (Wohnbereichen) sein können, bedarf es einer technischen Ausstattung, um alle möglichen Hilfebedarfe oder Notlagen von Bewohnern frühzeitig zu erkennen. Hier sei zunächst die Rufanlage der Einrichtung zu nennen, die allen Bewohnern zugänglich ist. In jedem Bewohnerzimmer, sowie in den Gemeinschaftsräumen und Toiletten befinden sich gut gekennzeichnete Möglichkeiten, den „Schwesternruf“ zu betätigen. Darüber hinaus können den Bewohnern bei Bedarf oder auf Wunsch mobile Auslöseeinheiten der Rufanlage zur Verfügung gestellt werden, die beispielsweise am Rollator oder um den Hals mitgeführt werden können. Ergänzt wird die Rufanlage durch technische Hilfen, wie Bewegungsmeldersysteme und so genannten Sturz- oder Klingelmatten, die insbesondere bei sturzgefährdeten oder an Demenz erkrankten Menschen eingesetzt werden.

Der Personalbedarf ergibt sich aus den Erlösen über die Pflegesätze (Kosten für Pflege). Die mit den Kostenträgern verhandelten erlörorientierten Personalschlüssel werden umgesetzt und nicht langfristig unterschritten. Umgekehrt wird bei Pflegesatzverhandlungen ein Schwerpunkt auf mindestens kostendeckende Finanzierung der Personalschlüssel gelegt. Die in der

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 4 von 11

Vergütungsvereinbarung festgelegte Fachkraftquote von 54 Prozent wird eingehalten und überschreitet damit sogar die Vorgaben durch das Wohn- und Teilhabegesetz.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) stellen einen Eingriff in die Grundrechte der Menschen dar. Daher muss die Vermeidung von FEM oberstes Ziel sein. Die Einrichtung hat sich daher den Werten des „Werdenfelder Weg“, einem Konzept zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen verpflichtet. Eine zugehörige Selbstverpflichtungserklärung ist durch Aushang in der Einrichtung veröffentlicht. Das konkrete Vorgehen wird in der Verfahrensanleitung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen beschrieben. Sollte in einem Einzelfall die Freiheitseinschränkung eines Bewohners auch unter Berücksichtigung aller möglichen Alternativen nicht zu vermeiden sein, regelt diese Verfahrensanleitung auch den rechtssicheren Umgang mit FEM. Ergänzend dazu werden Regelungen zum zur Vermeidung von und zum Umgang mit möglichen FEM im Konzept zu Gewaltprävention getroffen. Die Einrichtung hält notwendige Hilfsmittel zur Vermeidung dieser Maßnahmen in ausreichender Anzahl vor, bzw. stellt deren kurzfristige Beschaffung sicher. Der Einrichtungsleiter hat eine Zusatzqualifikation zum „Verfahrenspfleger nach Werdenfelder Weg“ und bringt das dadurch erworbene Wissen mit in die Einrichtung ein. Die Mitarbeiter sind und werden auch in Zukunft zum Thema Vermeidung von FEM geschult.

Prävention Gewalt

Zum Schutz von Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen vor Gewalt in jeglicher Form ist ein eigenes Präventionskonzept entwickelt und eingeführt worden. Dieses ist den Mitarbeitern der Einrichtung zugänglich gemacht. Als ein Bestandteil dieses Konzeptes wird Gewaltprävention in Form von Fortbildungsangeboten oder in Teamgesprächen regelmäßig zum Thema in der Einrichtung gemacht.

Angehörigenarbeit

Die Angehörigen bleiben erste Bezugspersonen für den Bewohner und werden in dessen Lebensgestaltung mit eingebunden. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern dient der bestmöglichen Betreuung und Begleitung der Bewohner.

Wenn pflegebedürftige Menschen aus ihrer häuslichen Umgebung in unsere Einrichtung umziehen, müssen sie viele Umstellungen bewältigen. Die Angehörigen tragen in dieser Situation unter Umständen dazu bei, die psychosoziale Befindlichkeit der Pflegebedürftigen zu stabilisieren. Sie können wertvolle Unterstützung in der Integrationsphase sein, aber auch danach z.B. in akuten Krisen und bei Krankheit. Angehörige sind eine wichtige Ressource für die Einrichtung. Damit diese Ressource effektiv genutzt werden kann, bedarf es eines ständigen Austausches zwischen den Pflegemitarbeitern und den Angehörigen. Dieser intensive Informationsaustausch ist bereits bei der Heimaufnahme von großer Bedeutung, besonders bei demenzerkrankten Bewohnern, da nur so eine individuelle Abstimmung der Pflege auf die Gewohnheiten und Bedürfnisse erreicht

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzert	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 5 von 11

werden kann. Angehörigen sind dabei jedoch nicht nur als passive Pflegeprozessbegleiter zu verstehen, sondern als aktive Partner bei der Pflege und Betreuung. Als direkte Ansprechpartner stehen den Angehörigen das Bezugspflegeteam, die Wohnbereichsleitung als auch die Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung zur Verfügung. Durch das professionelle Bezugspflegeteam wird ein kontinuierlicher Informationsaustausch mit den Angehörigen angestrebt. Durch fachlich fundierte Anleitung erhalten die Angehörigen die Möglichkeit, sich im Pflegeprozess aktiv zu beteiligen. Die Angehörigen sollten nach Möglichkeit unterstützend mitwirken, um dem Bewohner den Kontakt zur Außenwelt zu erhalten und den Kontaktaufbau mit den anderen Heimbewohnern zu ermöglichen. Die Mitarbeiter müssen jedoch auch die Grenzen und Möglichkeiten der Angehörigen in Bezug auf aktive Zusammenarbeit erkennen und respektieren.

Anregungen und auch Kritik seitens der Angehörigen sind eine Gelegenheit die Strukturen und Prozesse in der Einrichtung fortwährend zu hinterfragen und zu verbessern. Mit Kritik und Anregungen von Angehörigen fachgerecht umgehen zu können, verlangt mitunter großes Einfühlungsvermögen von den Mitarbeitern, aber auch professionelles Handeln. Ein schriftlich festgelegtes Beschwerdeverfahren befähigt die Mitarbeiter, Beschwerden entgegenzunehmen und strukturiert zu bearbeiten. Nur so lassen sich Fehler und Unstimmigkeiten vermeiden und die Zufriedenheit aller Beteiligten bleibt erhalten.

4. Leistungsbeschreibung und Organisation Betreuung/Präsenzdienst

Neben der originär pflegerischen Versorgung stellt die soziale Betreuung eine wichtige Säule im Leistungsangebot des Pflegewohnheims dar. Ziel ist es, den Bewohnern trotz möglichen gesundheitlichen Einschränkungen, ein ihrer Vorstellungen, Ressourcen und ihrer Wünsche entsprechendes Betreuungsangebot zu machen, welches ihnen hilft, soziale Kontakte zu wahren, sich wahrgenommen und beschäftigt zu fühlen. Zudem werden die Bewohner so vor ungewollter sozialer Isolation geschützt. Die besondere Herausforderung liegt darin, ein Betreuungsangebot zu machen, welches alle Bewohner in ihren unterschiedlichen Situationen und unterschiedlichen Vorstellungen erreicht. Unter anderem deswegen gibt es Einzel- und Gruppenbetreuungsmaßnahmen. Die soziale Betreuung in der Einrichtung umfasst allerdings nicht nur ein Einzel- oder Gruppenbetreuungsangebote, die nach kurzer Zeit wieder beendet sind, sondern ist vielmehr als eine in den Tagesablauf integrierte Grundhaltung zu verstehen.

Aus diesem Grund findet in der Einrichtung das so genannte Präsenzkraftemodell seine Anwendung. Die über den Pflegesatz refinanzierten Stellenanteile für Sozialdienst sind aufgegliedert in einen allgemeinen, wohnbereichsübergreifenden Sozialdienst (vertreten durch die Sozialdienstleitung) und in wohnbereichsbezogene Anteile, die die eigentliche Präsenzbetreuung darstellen. Die Präsenzbetreuung findet in jedem Wohnbereich an 7 Tagen in der Woche im Früh- und Spätdienst statt. Die Bewohner bleiben somit in ihrer gewohnten Umgebung und werden von Mitarbeitern, die ihnen auch aus der Pflege vertraut sind, betreut. Die Bewohner werden dabei in den gesamten Tagesablauf mit einbezogen. Der gewohnte Alltag mit allen Tätigkeiten, welche die

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 6 von 11

Bewohner ein Leben lang begleitet haben, steht im Vordergrund der individuellen Betreuung. Somit wird das Gefühl von Vertrautheit und Alltagsnormalität erweckt. Diese Alltagsbegleitung und –betreuung wird im Wohnbereich durch Pflege- und Präsenzkkräfte wahrgenommen. Der Schwerpunkt der Betreuungsaktivitäten ist abhängig von der jeweiligen Bewohnerstruktur in den Wohnbereichen unterschiedlich. Das Angebot orientiert sich an der Biografie und den Fähigkeiten der Bewohner. Konkret findet die Umsetzung so statt, dass in festgelegte Früh- und Spätdienste betreuende Tätigkeiten und Angebote integriert sind. Darüber hinaus werden die Bewohner, soweit es ihren Fähigkeiten und Wünschen entspricht, in Alltagshandlungen (zum Beispiel im Rahmen der Mahlzeitenversorgung das gemeinsame Eindecken des Tisches) mit einbezogen. Die konkreten Gruppen- und Einzelangebote an die Bewohner sind in einem wiederkehrenden und mit der Sozialdienstleitung abgestimmten Wochenplan vorgeplant. Dieser Wochenplan stellt einen Rahmen für die soziale Betreuung dar, der auch als Grundlage für die individuelle Maßnahmenplanung der Bewohner dient, aber nicht als unumstößliches Element verstanden werden darf. Abhängig von der tagesaktuellen Situation und Verfassung der Bewohner passen die Präsenzkkräfte das Angebot unter Umständen kurzfristig an, um den jeweiligen Situationen vor Ort gerecht zu werden.

Das Angebot der Präsenzbetreuung besteht unter anderem aus:

- Hauswirtschaftlichen, handwerklichen und kreativen Tätigkeiten
- 10-Minuten-Aktivierung
- Gedächtnistraining
- Singen, Spielen und kreativem Gestalten
- Zeitungsrunde
- Bewegungs- Gymnastik- und Sitztanzangebote
- Spaziergänge
- Einzelgespräche
- Vorleseangebote (teils auch von ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt)
- Basale Stimulation
- Snoezelen
- Unterstützung bei der Vorbereitung von und Begleitung der Bewohner bei Festen und Feiern, kulturellen Veranstaltungen, seelsorgerischen Angeboten

Näher beschrieben sind zahlreiche sozialbetreuende Angebote in Form von gesonderten Verfahrensanleitungen, die den Mitarbeitern der Einrichtung zugänglich sind. Die Präsenzkkräfte werden durch die Wohnbereichsleitungen mit in den regulären Schichtplan eingeplant. Sie sind fester Bestandteil der Wohnbereichsteams.

Wie bereits angesprochen, wird über die Präsenzbetreuung im Wohnbereich hinaus eine allgemeine, übergreifende soziale Betreuung angeboten. Diese wird geplant, begleitet bzw. teilweise durchgeführt durch die Leitung des Sozialen Dienstes. Hierzu zählt beispielweise die Organisation und Durchführung von Festen/Feierlichkeiten, kulturellen Veranstaltungen (z.B. Auftritt eines

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 7 von 11

Chores), Besuchen von Schulen und Kindergärten in der Einrichtung, seelsorgerischen Angeboten und Ausflügen. Die Sozialdienstleitung stellt auch die fachliche Anleitung der Präsenzkkräfte sicher. Die Einbindung von ehrenamtlichen Helfern in den Betreuungsprozess, sowie deren Begleitung gehört ebenfalls in das Aufgabenfeld der Sozialdienstleitung. In Abstimmung mit der Einrichtungsleitung ist die Sozialdienstleitung auch teilweise zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtung und die Beschaffung von Materialien, die zu sozialen Betreuung eingesetzt werden können.

Ergänzend, nicht konkurrierend, werden zusätzliche Betreuungskräfte nach §43b SGB XI eingesetzt. Deren Einsatz und Qualifikation erfolgt auf der Basis der Richtlinien zum Einsatz von Betreuungskräften nach §53c SGB XI. Das Angebot der zusätzlichen Betreuungskräfte ergänzt die wohnbereichsbezogenen Wochenpläne und richtet sich an alle anspruchsberechtigten Bewohner. Zur Sicherstellung der fachlichen Anleitung der Betreuungskräfte und eines nahezu täglichen Betreuungsangebotes durch die Betreuungskräfte bedarf es einer engen Abstimmung zwischen Pflegedienst(-leitung) und Sozialdienstleitung. Die Personaleinsatzplanung der Betreuungskräfte erfolgt im Schichtsystem (Früh- und Spätdienste) auf einem gesonderten, von der Sozialdienstleitung erstellten monatlichen Dienstplan. Das Betreuungskräfte team tauscht sich in der Regel monatlich in einem Teamgespräch aus.

5. Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst

Mitarbeiter sind das höchste und wichtigste Potential zur Erfüllung unseres Auftrags. Deshalb spielen persönliche Wertschätzung, ein gutes Miteinander Maßnahmen zur Mitarbeiterpflege und Gesundheitsförderung eine große Rolle. Im Einrichtungskonzept sind grundlegende Aussagen zu den Mitarbeitern festgehalten und sollen an dieser Stelle nicht wiederholt werden.

Organigramm

Die Aufbauorganisation der Einrichtung ist unter anderem in einem Organigramm abgebildet. Dieses ist in stets aktueller Fassung im Qualitätshandbuch hinterlegt. Das Aufgabenspektrum der Mitarbeiter ist in Stellenbeschreibungen konkretisiert.

Berufsgruppen

Im Pflege- und Betreuungsdienst sind Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt. Die direkte und indirekte Pflege wird durch Pflegefachkräfte (exam. Altenpfleger/Gesundheits- und Krankenpfleger) und Pflegehilfskräfte durchgeführt. Die Pflegehilfskräfte sind teilweise einjährig ausgebildete Hilfskräfte, teilweise in der Pflege und Betreuung angeleitete Mitarbeiter. Die Pflegehilfskräfte werden auch im Präsenzdienst eingesetzt und daher im Dienstplan als Präsenzkkräfte bezeichnet. Die Sozialdienstleitung ist ausgebildete Erzieherin hat ihr Wissen durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungen auf den stationären Altenhilfebereich stetig erweitert. Die Pflege- und Betreuungsteams werden ergänzt durch Auszubildende (dreijährige Ausbildung zum exam. Altenpfleger) und zeitweise Bundesfreiwilligendienstler (BFD) bzw. Teilnehmer eines

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 8 von 11

freiwilligen sozialen Jahres (FSJ). Für die zusätzliche Betreuung nach §43b SGB XI sind qualifizierte Betreuungskräfte beschäftigt. Deren Anstellung und Einsatz erfolgt gemäß den Richtlinien zum Einsatz von Betreuungskräften nach §53c SGB XI.

Qualifikationen

Neben den Qualifikationen die zur Erlaubnis der Berufsbezeichnungen (Altenpfleger/Gesundheits- und Krankenpfleger) führen, sind zahlreiche Mitarbeiter innerhalb ihrer Fachdisziplinen mit Zusatzqualifikationen weitergebildet, bzw. befinden sich in Weiterbildungen:

- Gerontopsychiatrische Fachkraft (3)
- Moderator für ethische Fallgespräche (1)
- Wundmanager (2)
- Schmerzexperte (7)
- Pflegedienstleitung/Wohnbereichsleitung (5)
- Praxisanleiter/Mentor (5)
- Palliativ Care Fachkraft (4)

Einarbeitung

Zur Sicherstellung eines durchgehenden und gleichbleibend hohen Qualitätsniveaus der angebotenen Leistungen ist eine systematische und zielgerichtete Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst unerlässlich. Zu diesem Zweck wurde ein Einarbeitungskonzept bzw. eine standardisierte Vorgehensweise zur Einarbeitung erarbeitet.

Ausbildung

Im Pflegewohnheim St. Josef als Anstellungsträger werden bis zu zwölf Plätze für die praktische Ausbildung von examinierten Altenpflegern angeboten. Die Ausbildung erfolgt über drei Jahre, in denen die Auszubildenden in der Regel alle Pflegebereich der Einrichtung durchlaufen. Zudem können Praxiseinsätze in Kooperationseinrichtungen erfolgen, beispielweise dem ambulanten Pflegedienst des Trägers. Angeleitet und begleitet werden die Auszubildenden von erfahrenen und speziell weitergebildeten Praxisanleitern/Mentoren. Regelmäßige Treffen der Auszubildenden und Mentoren mit der Pflegedienstleitung dienen dem Austausch und der kontinuierlichen Verbesserung der Ausbildungsqualität. Die theoretische Ausbildung erfolgt jeweils in einem von zwei Fachseminaren für Altenpflege, mit denen Kooperationsverträge geschlossen wurden (Kolping Fachseminar für Altenpflege in Gütersloh; Edith-Stein-Kolleg in Warendorf). Zwischen der Einrichtung und den Pflegeschulen herrscht ein reger Austausch zu allen die Ausbildung betreffenden Belangen.

Fort- und Weiterbildung

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzzept	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 9 von 11

Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung. Sie tragen dazu bei, dass Pflege- und Betreuungsangebot stets am aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse auszurichten. Zudem dienen sie der fachlichen und persönlichen Entwicklung von Mitarbeitern und tragen insofern auch zur Personalentwicklung bei. Darüber hinaus kann sich ein umfangreiches und breit aufgestelltes Fort- und Weiterbildungsangebot motivierend auf Mitarbeiter auswirken und ist nicht zuletzt auch ein Faktor bei der Akquise von neuen Mitarbeitern.

Das Angebot an Fort- und Weiterbildungen richtet sich nach aktuellen Themen/Bedarfen, rechtlichen Vorgaben und den individuellen Wünschen von Mitarbeitern. Fort- und Weiterbildungen können inhouse oder extern angeboten werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei der trägereigene Fortbildungsbereich mit seinem umfangreichen Angebot aus den Bereichen „Leitung“, „Pflege“, „Kommunikation“, „Sozialer Dienst“, „Hauswirtschaft“, „Geist und Seele“ und „EDV“. Der trägereigene Fortbildungskatalog wird den Mitarbeitern zugänglich gemacht. Wünsche von Mitarbeitern bei der Fortbildungsplanung werden weitgehend berücksichtigt. Zudem werden bedarfsabhängig Referenten zu Schulungszwecken in die Einrichtung eingeladen. Den Fortbildungsbedarf für den Pflege- und Betreuungsbereich ermittelt die Pflegedienstleitung in Abstimmung mit der Sozialdienstleitung und der Einrichtungsleitung. Der Fortbildungsbedarf ergibt unter anderem sich aus der Wahrnehmung des aktuellen Geschehens in der Einrichtung, Gesprächen mit Mitarbeitern, Rückmeldungen/Ergebnissen aus Teamgesprächen/Qualitätszirkeln, Pflegevisiten, dem Beschwerdemanagement oder aus aktuellem Anlass (z.B. Aktualisierung eines Expertenstandards). Zu Beginn eines Kalenderjahres wird ein prospektiver Fortbildungsplan für das Kalenderjahr erstellt.

6. Kommunikationsstruktur

Die umfassenden Kommunikationsstrukturen der Gesamteinrichtung (auch den Pflege- und Betreuungsbereich betreffend) sind im Einrichtungskonzept ausführlich beschrieben. Die Kommunikationsstrukturen sind wichtige Bausteine im Qualitäts- und Schnittstellenmanagement.

7. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement in der Einrichtung ist nicht ausschließlich auf die Bereiche Pflege und Betreuung ausgerichtet. Vielmehr folgt es einer Gesamtkonzeption, die detailliert im Einrichtungskonzept beschrieben ist.

8. Kooperationen

Die vielfältigen Kooperationen der Gesamteinrichtung sind im Einrichtungskonzept ausführlich beschrieben. Daher soll an dieser Stelle darauf verzichtet werden.

Aufgrund der besonderen Relevanz sollen nachfolgend noch die Bereiche „medizinische Betreuung“ und „Medikamentenversorgung“ näher erläutert werden: Der Auftrag der Einrichtung

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzert	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 10 von 11

ist die pflegerische Versorgung. Die medizinische und zahnmedizinische Betreuung geht eng damit einher und wird durch die örtlichen Haus- und Fachärzte sichergestellt. Mit diesen ist eine kooperative Zusammenarbeit sichergestellt. Selbstverständlich gilt für die Bewohner das Recht der freien Arztwahl. Wenn der bisherige Arzt die Betreuung der Bewohner nach Heimeinzug nicht weiter übernimmt (zum Beispiel nach Ortswechsel), sind die Pflegemitarbeiter Vermittlung eines neuen Arztes behilflich. Viele Ärzte kommen nach Bedarf oder regelmäßig zur Visite in die Einrichtung. Dieses gilt auch für Fach- und Zahnärzte. Auf Wunsch und bei Notwendigkeit wird diese Visite durch die diensthabenden Pflegefachkräfte begleitet. Sollte eine Untersuchung oder Behandlung in den Räumen eines Arztes notwendig sein, wird nach Bedarf die Fahrt in die Arztpraxis organisiert und in Einzelfällen (nach Absprache mit Bewohnern und Angehörigen/Betreuern) auch die Begleitperson gestellt. Wenn erforderlich, werden außerhalb der Sprechzeiten der Hausärzte entweder deren Vertretung oder der bundeseinheitliche Vertretungsdienst kontaktiert. In lebensbedrohlichen oder akuten Notfallsituationen verständigen die Mitarbeiter umgehend den Notruf 112.

Ist eine Krankenhauseinweisung notwendig, wird der Kontakt zur Anmeldung und dem Krankentransportdienst vermittelt. Mit den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in der Region steht die Einrichtung in regelmäßigen Kontakt. Eine verschriftlichte Pflegeüberleitung zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses wird in das Krankenhaus mitgegeben.

Sofern der Arzt weitergehende Therapien verordnet, z.B. Logopädie, Physiotherapie oder Ergotherapie, sind ist die Einrichtung den Bewohnern bei der Vermittlung der entsprechenden Therapeuten, sowie der Kontaktaufnahme und der Terminkoordination behilflich.

Im Rahmen der Medikamentenversorgung besteht das Recht auf freie Apothekenwahl. Ggf. müssten mit einzelnen Apotheken allerdings die Lieferbedingungen und/oder der Rezepttransfer geklärt werden. Zur Gewährleistung einer optimalen medikamentösen Versorgung haben wurde ein Heimversorgungsvertrag mit der Sanicare-Apotheke (Bad Laer) abgeschlossen. Bei Bewohnern, die sich für die Sanicare-Apotheke entscheiden, ist eine zeitnahe Belieferung mit den vom Arzt verschriebenen Medikamenten sichergestellt. Die Medikamente werden (bis auf Bedarfsmedikamente, Tropfen und Salben) verblistert angeliefert (Muster der Verblisterung sind bei Einrichtungs- und Pflegedienstleitung zur Ansicht vorhanden). Dieses Verfahren gewährleistet eine hohe Medikamentensicherheit. Die Pflegefachkräfte werden jährlich im Umgang zur Arzneimittelsicherheit geschult.

Ersteller/Überarbeiter: Lenkungsgruppe/Diecks	Dokument: QMH 1.5.2 Pflegekonzert	Änderungsstand 3	Datum: 22.04.2021
Freigabe: H. Schmidt	© VKA		Seite 11 von 11