

Pflege- und Betreuungskonzept

Inhalt

1	Zielgruppen und Aufnahmekriterien.....	2
1.1	Ausschlusskriterien.....	2
1.2	Veränderungen am Zustand der Bewohner/-innen.....	2
2	Ziele in der Pflege und Betreuung.....	2
3	Umsetzung und Dokumentation des Pflegeprozesses.....	2
4	Umsetzung eines kompetenzgerechten Einsatzes des Pflegepersonals.....	3
4.1	Funktionsstufen.....	3
4.2	Stellenplan.....	3
4.3	Erreichbarkeit des Pflegepersonals.....	3
4.4	Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals.....	3
4.5	Zusammenarbeit mit den Ärzten.....	3
5	Hygiene im Rahmen der Pflege.....	4
5.1	Standardhygienemaßnahmen.....	4
5.2	Prävention von und Umgang mit übertragbaren Krankheiten.....	4
6	Palliative Versorgung.....	4
7	Das Zusammenleben.....	4
7.1	Würde.....	4
7.2	Sicherheit.....	4
7.3	Milieu (soziales Umfeld).....	5
7.3.1	Aktivitäten.....	5
7.4	Freiheitsbeschränkende Massnahmen.....	5
7.5	Prävention und Umgang mit Gewalt.....	5
7.6	Umgang mit den verschiedenen Aspekten der Sexualität.....	5
8	Gesundheitsförderung, ärztliche und pharmazeutische Versorgung.....	6
8.1	Heimarzt / Hausärzte.....	6
8.2	Zusammenarbeit mit der Apotheke / Arzneimittelkonzept.....	6
8.3	Sucht, Prävention und Umgang.....	6
8.4	Sterben und Tod.....	6

1 Zielgruppen und Aufnahmekriterien

In unserem Alterswohn- und Pflegeheim werden Bewohner/-innen mit körperlichen Beeinträchtigungen von unterschiedlichem Schweregrad aufgenommen. Zudem betreuen wir Patientinnen und Patienten in Palliativen Pflegesituationen und Menschen die in einem geschützten sozialen Rahmen leben müssen.

Auf unseren Wohngruppen pflegen und betreuen wir desorientierte Menschen mit Demenz.

1.1 Ausschlusskriterien

Zurzeit werden in Alters- und Pflegeheimbereich nur Einwohner von Thun aufgenommen. Dieses Kriterium gilt nicht für die Aufnahme in eine Wohngruppe.

Die Pflege- und Betreuung von folgenden Personen ist ausgeschlossen

- starke Fremd- und Selbstgefährdung
- ungehemmtes, sehr auffälliges, das soziale Milieu störendes Verhalten
- spezieller psychiatrischen Behandlungsbedarf (z.B. Entzugstherapien, ausgeprägte akute Krankheitsbilder)
- onkologische Pflegesituationen
- Intensivpflegesituationen

1.2 Veränderungen am Zustand der Bewohner/-innen

Grundsätzlich ist unser Ziel, jeder Bewohnerin, jedem Bewohner die Möglichkeit zu geben, die letzten Lebensjahre auf angenehme Art und Weise, bis zum Tod in unserem Heim verbringen zu können.

Veränderungen am Zustand werden laufend evaluiert und dokumentiert. Sollte sich im Laufe des Aufenthaltes einer der oben (1.1) genannten Verläufe zeigen, wird das Pflegeteam und die Heimleitung in Absprache mit der Bewohnerin, dem Bewohner, den Angehörigen und den Ärzten nach einer externen Lösung suchen, welche auch nur vorübergehend sein kann.

2 Ziele in der Pflege und Betreuung

- Anliegen und Erwartungen unserer Bewohner/-innen wahrnehmen. Auf Wünsche im Rahmen der spezifischen und betriebswirtschaftlichen Vorgaben eingehen.
- Einen Rahmen für ein sicheres und betreutes soziales Zusammenleben bieten. Beziehungen zu Angehörigen (Vertrauenspersonen) Bekannten und Mitbewohner/-innen unterstützen.
- Den Bewohnerinnen und Bewohnern eine individuelle, den Bedürfnissen und der Erkrankung angepasste, professionelle Pflege anbieten.
- Eine optimale Sterbebegleitung im Sinne der Palliativen Pflege.
- Eigenverantwortliches Handeln, bei Bedarf mit Ärzten, Therapeuten, Seelsorgern oder weiteren Personen in der Gutknecht-Stiftung zusammenarbeiten.

3 Umsetzung und Dokumentation des Pflegeprozesses

Wir arbeiten mit dem Resident Assessment Instrument RAI (Bedarfsabklärungs-Instrument für Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohner). Anhand eines MDS (Minimum Data Set) wird jährlich der Unterstützungsbedarf in 16 Bereichen evaluiert. Die halbjährliche Zwischenbeurteilung ist weniger ausführlich.

Aus den gesammelten Informationen (Qualitätsindikatoren) ergibt sich eine Abklärungszusammenfassung in welcher die aktuellen Problembereiche aufgeführt sind.

Anhand dieser Resultate kann die MDS-Koordinatorin in der elektronischen Pflegedokumentation (RAI ePDok) die aktuelle Pflegeplanung überprüfen und für neue Problembereiche eine Pflegeplanung erstellen.

Während des täglichen Pflegerapportes wird das physische und psychische Befinden der Bewohnerin, des Bewohners besprochen und, wenn nötig, Massnahmen geplant, umgesetzt und dokumentiert. Wichtige Ereignisse werden im Pflegebericht festgehalten.

Die Bewohner/-innen sind Mittelpunkt in diesem Prozess und werden, evtl. zusammen mit dem Angehörigen (Vertrauenspersonen), einbezogen. Priorität hat immer das Wohl der Bewohnerin, des Bewohners.

4 Umsetzung eines kompetenzgerechten Einsatzes des Pflegepersonals

4.1 Funktionsstufen

Die Aufgaben in der Pflege und Betreuung sind für alle Funktionsstufen definiert und den Mitarbeitenden bekannt.

4.2 Stellenplan

Der Stellenplan wird anhand der Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner errechnet. Daraus ist die vorgegebene Anzahl Mitarbeiter auf den drei Funktionsstufen ersichtlich. Wir sind bestrebt den Richtstellenplan einzuhalten und uns über dem Mindeststellenplan zu bewegen.

Die Personalstruktur der Pflegeteams in der Gutknecht-Stiftung zeichnet sich durch eine flache Hierarchie aus. Alle Mitarbeitenden arbeiten in der direkten Pflege mit.

4.3 Erreichbarkeit des Pflegepersonals

Anhand des Polypoint (PEP) Planungsinstrumentes ist es uns möglich, den Tag- und Nachtdienst den Vorgaben entsprechen zu planen. Innerhalb von zehn Minuten kann eine Person (mindestens Funktionsstufe 1) zur Stelle sein, die Situation einschätzen und Hilfe anfordern. Innerhalb von dreissig Minuten kann eine Pflegefachperson Funktionsstufe 2 oder 3 eine Ambulanz avisieren oder einen Arzt erreichen.

4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals

Wir bilden regelmässig die von der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) vorgeschriebene Anzahl Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit aus.

Die Gutknecht-Stiftung legt grossen Wert auf interne oder externe Schulung von wichtigen, fachbezogenen und qualitätsfördernden Themen.

Vorgesetzte richten ihr Augenmerk auf spezielle Talente der Mitarbeitenden und nutzen das jährliche Mitarbeitergespräch zur Besprechung möglicher Weiterbildungspläne.

Anträge auf externe Weiterbildungen werden von der Leitung auf ihren betrieblichen Nutzen geprüft und dementsprechend bewilligt.

4.5 Zusammenarbeit mit den Ärzten

Zwischen der Gutknecht-Stiftung und dem Hausarzt, besteht ein Zusammenarbeitsvertrag.

Wir arbeiten ebenfalls eng mit den Psychiatrischen Diensten der STS AG, Thun zusammen.

Die zuständigen Ärzte des Alterspsychiatrischen Bereichs führen Fallbesprechungen durch und werden in schwierigen Bewohnersituationen beigezogen.

5 Hygiene im Rahmen der Pflege

5.1 Standardhygienemassnahmen

Wir sind uns bewusst, wie wichtig grundlegende Hygienemassnahmen für uns und die Gesundheit unserer Bewohner/-innen sind. Das Merkblatt zu den Standardhygienemassnahmen für Langzeitpflegeeinrichtungen der GSI ist ein Bestandteil unseres Hygienekonzeptes.

Hier finden sich auch Vorgaben zur persönlichen Hygiene und zum Erscheinungsbild der Pflegenden.

5.2 Prävention von und Umgang mit übertragbaren Krankheiten

Die Prävention in Bezug auf übertragbare Krankheiten ist uns ausgesprochen wichtig. Unseren Bewohnerinnen und Bewohnern und dem Personal wird jährlich die Grippeimpfungen angeboten. Sowohl zu der Grippepandemie als auch zur Ansteckung mit Noroviren bestehen Pflegestandards die im Falle einer Erkrankung beigezogen werden müssen. Die Merkblätter der GSI zu ESBL-produzierenden Enterobakterien und zum Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sind ebenfalls im Hygienekonzept zu finden.

6 Palliative Versorgung

Grundsätzlich ist unser Ziel, jeder Bewohnerin, jedem Bewohner die Möglichkeit zu geben, im eigenen Zimmer sterben zu dürfen.

Wir bieten sogenannte «Palliative Care in der Grundversorgung» an, ausgerichtet auf die Langzeitpflege im Alters- und Pflegeheim. Unser Konzept zur Palliative Care regelt alle von der GSI vorgegebenen Aspekte dieser Versorgung im unserem Heim. Die Einhaltung und Umsetzung der Inhalte des Konzepts sind uns ausgesprochen wichtig.

Die Gutknecht-Stiftung ist Mitglied des Vereins Palliative-Care-Netzwerk Region Thun. Dadurch stehen uns diverse unterstützende Ressourcen zur Verfügung.

7 Das Zusammenleben

7.1 Würde

Artikel 7 der Bundesverfassung lautet: die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen. Unsere Bewohner/-innen werden von den Mitarbeitenden in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen. Ihre Biografie, ihre Selbstbestimmung, ihre Neigungen und Bedürfnisse werden respektiert. Die individuellen Eigenheiten und Ressourcen werden im Pflegealltag berücksichtigt, Die Privatsphäre der Bewohner/-innen wird durch die Mitarbeiter geschützt. Verletzungen der Privatsphäre werden thematisiert und geeignete Massnahme zur Verbesserung abgeleitet.

Wir fördern die grösstmögliche Selbständigkeit und respektieren die Selbstbestimmung unserer Bewohnerinnen und Bewohner.

7.2 Sicherheit

Beobachten, Vorausschauen, Erkennen und umsichtiges Handeln im Hinblick auf mögliche Gefahren für unsere Bewohner/-innen gehören zu unseren Aufgaben.

Menschen mit Demenz bieten wir auf den geschlossenen Wohngruppen einen sicheren Rahmen und gewähren ihnen die bestmögliche Bewegungsfreiheit.

7.3 Milieu (soziales Umfeld)

Wir respektieren das individuelle Bedürfnis nach Nähe und Distanz unserer Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Zusammenarbeit und das Einbeziehen der Angehörigen oder Vertrauenspersonen ist uns, gerade auf den Wohngruppen, ein grosses Anliegen.

Wichtig bei der Betreuung auf den Wohngruppen ist uns das, was Tom Kitwood als «Positive Arbeit an der Person» bezeichnet. Er spricht von 12 verschiedenen Arten positiver Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz. Dazu gehört auch die Validation, eine Kommunikationsmethode zur Begleitung desorientierter Menschen.

7.3.1 Aktivitäten

Hier geht es uns darum, besondere Momente zu schaffen die gute Gefühle auslösen. Aktivitäten sollen anregend sein aber nicht die Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner übersteigen.

Eine Konfrontation mit Defiziten vermeiden wir wann immer möglich.

Aktivitäten werden speziell geplant oder in den Pflegealltag eingebaut. In diesem Bereich werden wir auch von freiwilligen Helfern unterstützt.

7.4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Hier bestehen ganz klare Vorgaben. Ein Pflegestandard regelt das genaue Vorgehen. Sollte trotz der intensiven Suche nach Alternativen doch eine Freiheitsbeschränkung nötig sein, wählen wir nur Vorgehensweisen die keinen Leidensdruck auslösen.

Wir sind uns bewusst, dass Freiheitsbeschränkende Massnahmen ein gravierender, emotional sehr belastender Eingriff in das elementare Bedürfnis nach Freiheit sein können. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern die auf unsere geschlossenen Wohngruppen eintreten, ist die Selbstgefährdung oft gross, der geschützte Rahmen bietet ihnen die nötige Sicherheit.

7.5 Prävention und Umgang mit Gewalt

Uns ist es wichtig, anbahnende Konflikte frühzeitig wahrzunehmen. Gerade an Demenz erkrankte Menschen zeigen durch bestimmte Verhaltensweisen, dass sie an ihre Grenzen stossen. Hier ist es die Aufgabe der Pflegenden präventiv einzuschreiten und die Situation zu entschärfen. In einem frühen Stadium der Aggression hilft manchmal auch eine wertschätzende Portion Humor.

Wichtig ist, dass sich das Personal in schwierigen Situationen gegenseitig unterstützt oder ablöst. Lösungen bei schwierigen Konflikten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern kann eine Validations-Fallbesprechung aufzeigen. Auch die 11 Schritte zur ethischen Entscheidungsfindung (in Anlehnung an das Modell von Van den Hoven und Tenwolde, 1988) können hilfreich sein.

Gewalt von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern wird nicht toleriert.

7.6 Umgang mit den verschiedenen Aspekten der Sexualität

Einvernehmliche Sexualität unter den Bewohnerinnen und Bewohnern gehört zu deren Privatsphäre. Hier gilt es geschützte Rückzugsmöglichkeiten zu bieten.

Ist das Bedürfnis nach Sexualität einseitig, ist es an den Pflegenden die belästigte Person zu schützen.

Sexuelle Belästigung von Pflegenden gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern wird nicht toleriert.

8 Gesundheitsförderung, ärztliche und pharmazeutische Versorgung

8.1 Heimarzt / Hausärzte

Die Gutknecht-Stiftung verfügt über einen Heimarzt. Die Aufgaben des Arztes und die der Gutknecht-Stiftung sind in einem Zusammenarbeitsvertrag geregelt. Bei Eintritt steht es den Bewohnerinnen und Bewohnern frei, sich weiterhin von ihrem Hausarzt betreuen zu lassen. Voraussetzung ist, dass die Arztvisiten im Heim stattfinden, sobald ein Besuch in der Praxis nicht mehr möglich ist. Ein Übertritt zum Heimarzt erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des Bewohners und nach Absprache mit dem Haus- und dem Heimarzt.

8.2 Zusammenarbeit mit der Apotheke / Arzneimittelkonzept

Es besteht ein Vertrag zur pharmazeutischen Betreuung von Institutionen zwischen der Gutknecht-Stiftung und einer Apotheke.

Die Vorgaben der GSI sind in unserem Arzneimittelkonzept klar geregelt und werden jährlich anhand einer Checkliste vom der zuständigen Person der Apotheke und der Pflegedienstleitung überprüft.

8.3 Sucht, Prävention und Umgang

Ältere Menschen reagieren stärker auf Alkohol; sie sollten vorsichtig damit umgehen. Zudem treten im Alter häufiger Krankheiten auf, die Alkohol negativ beeinflusst. Möglich sind auch unerwünschte Wechselwirkungen mit Medikamenten.

Übermäßiger Alkoholkonsum kann unter Anderem zu Verwirrtheitszuständen, Stürzen oder Mangelernährung führen.

Beobachten wir den Konsum von Suchtmitteln welcher der Bewohnerin, dem Bewohner schadet und für das Umfeld belastend ist, wird das Thema angesprochen. Zusammen mit dem Haus- bzw. Heimarzt und wenn nötig mit den Ärzten des Psychiatrischen Dienstes wird nach Strategien gesucht, um die Bewohnerin, den Bewohner vor weiterem Schaden zu schützen.

8.4 Sterben und Tod

Unsere Haltung zu den Themen Sterben und Tod ist im Konzept «Palliative Care» beschrieben. Wir akzeptieren die Endlichkeit des menschlichen Lebens. Sterben und Tod sehen wir als Bestandteil unserer Existenz.

Die Gutknecht-Stiftung händigt den eingetretenen Bewohnerinnen und Bewohnern ein Blatt mit drei grundsätzlichen Behandlungsmöglichkeiten aus. Hier geht es um Lebenserhaltung um jeden Preis, Lebenserhaltung unter Einbezug der im Heim möglichen Massnahmen oder Leidenslinderung im Sinn von palliativer Pflege und Medizin. Dieses Konzeptblatt gilt als grobe Richtlinie und kann von den Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Vertrauensperson jederzeit angepasst werden. Wir stehen, zusammen mit dem Arzt, beratend zur Seite.