



Alters- und Pflegeheim  
Derendingen-Luterbach

## **Pflege- und Betreuungskonzept**

(Neue Ausgabe, Februar 2010)

### **1. Einleitung**

Das erste Pflege- und Betreuungskonzept wurde im Oktober 2005 erstellt. Das vorliegende angepasste Pflege- und Betreuungskonzept bildet die Grundlage unseres pflegerischen Handelns im Alters- und Pflegeheim Derendingen-Luterbach (APH De-Lu). Es dient den pflegenden Mitarbeitenden als Handlungsorientierung. Es beinhaltet sowohl unser Pflegeleitbild (2005) wie auch das zugrunde liegende Pflegemodell nach Nancy Roper.

Das APH De-Lu ist ein rechtlich öffentliches Alters- und Pflegeheim und steht für die Bewohner und Bewohnerinnen\* von Derendingen und Luterbach zur Verfügung. Wir nehmen auch Bewohnerinnen aus anderen Ortschaften auf.

### **2. Leitbild Pflege**

Das Leitbild dient zur Orientierung für die Gestaltung der Arbeit in den Pflegeteams.

[Siehe Anhang 1: Pflegeleitbild 2005](#)

### **3. Pflegemodelle**

Pflegemodelle bilden die theoretische Grundlage Pflege zu definieren, ihre Notwendigkeit und Eigenständigkeit zu begründen und Klarheit über Praxis, Lehre und Forschung zu schaffen.

#### **Das Pflegemodell nach Nancy Roper**

Der Mensch ist durch Beobachtung seiner Lebensqualitäten zu verstehen.

Jeder Mensch gestaltet seine Lebensqualitäten unterschiedlich. Nancy Roper unterscheidet 12 verschiedene Lebensaktivitäten, aufgeteilt in biologischen und sozial/kulturell motivierte Lebensaktivitäten.

- Für eine sichere Umgebung sorgen
- Kommunizieren
- Atmen
- Essen und Trinken
- Ausscheiden
- Sauberhalten und Kleiden
- Die Körpertemperatur regulieren
- Sich bewegen
- Arbeiten und sich beschäftigen
- Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten

- Schlafen
- Sinn finden – sterben

\*gilt immer auch für die männliche Form

Pflege wird dann erforderlich, wenn der Mensch Probleme im Zusammenhang mit der Realisierung / Umsetzung seiner Lebensaktivitäten hat. Pflege ist hierbei die Hilfe, welche die Probleme im Zusammenhang mit den Lebensaktivitäten löst, lindert, bewältigt oder vermeidet. Eigeninitiative und Handlungskompetenz der pflegebedürftigen Bewohnerinnen sollen erhalten bleiben.

Wir orientieren uns auch an den Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

**Siehe Anhang 2: Broschüre: Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen.**

### Wir verwirklichen das Roper – Pflegemodell durch folgende Schritte:

- Die Erhaltung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei allen Aktivitäten und Verrichtungen der pflegebedürftigen Bewohnerinnen steht im Vordergrund.
- Informationen über mögliche Gesundheitsgefährdung und vorsorgende Pflege haben einen hohen Stellenwert.

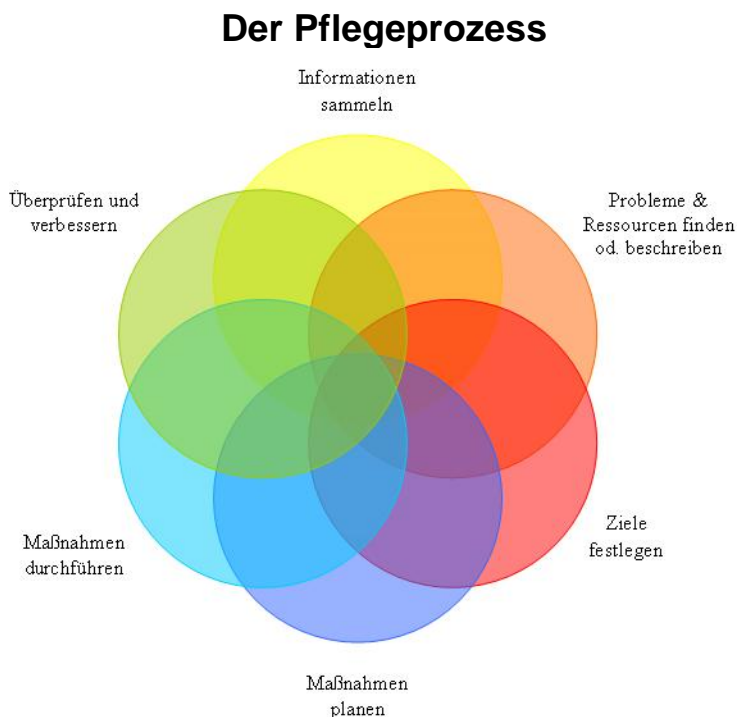


Abbildung: der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

Auf der Basis des Pflegeprozesses ist es möglich, jeder Bewohnerin eine spezifische, ihrer Situation angepasste, geplante und systematische Pflege zukommen zu lassen.

### Zusammenfassend ist die Aufgabe der Pflege und Betreuung

- Die Bewohnerin in ihren Lebensaktivitäten so zu unterstützen, dass sie den für sie grösstmöglichen Stand der Unabhängigkeit erreichen kann

- Hilfe bei der Anpassung an unerlässliche Abhängigkeiten und Begleitung bis zum Tod zu geben (siehe Konzept Palliative Care).

## 4. Qualitätsmanagement

*Siehe Anhang 3: Gruppe Qualitätsmanagement*

### **Pflegestandards**

Wir haben angefangen Pflegestandards zu errichten. Weitere Standards zu wichtigen Themen werden erarbeitet.

Zusätzlich gibt es Checklisten und Handlungsanweisungen.

### **Informationen**

*Siehe Anhang 4: Rapportieren, Berichten, Dokumentieren*

### **Pflegerapporte**

Um einen optimalen Informationsfluss zu gewährleisten, finden täglich Pflegerapporte statt.

### **Teamrapporte**

Die Teamrapporte finden regelmässig statt und sind für das ganze Jahr geplant. Das Ziel der Teamrapporte ist der gemeinsame Austausch, Informationen werden weitergegeben, Konzepte und Neues wird vorgestellt.

### **Sitzung Stationsleitungen**

Die Sitzungen finden regelmässig alle zwei bis drei Wochen statt. Es wird ein Protokoll für alle Mitarbeiterinnen erstellt.

### **Pflegedokumentation**

Die Pflegedokumentation ist für uns ein wichtiges Arbeitsmittel. Sie dient der Erfassung und Sicherstellung der individuellen Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen. Sie umfasst alle Berichte, Formulare über den Pflegeverlauf der jeweiligen Bewohnerin in einer Dokumentation, die dem Pflgeteam und den beteiligten Berufsgruppen, wie z.B. Ärzten, zugänglich ist.

*Siehe auch Mustermappe: Pflegedokumentation und Funktionsablauf: Pflegedokumentation und Datensicherung.*

Die Pflegedokumente sind in einem abschliessbaren Wagen im Stationszimmer aufbewahrt.

### **Einarbeitungskonzept**

Mit Hilfe des Einarbeitungskonzepts werden neue Mitarbeiterinnen in der Pflege über die Organisation und die Abläufe im Haus orientiert.

### **Krisensituationen – Stress**

Aussergewöhnliche belastende Situationen gibt es auch bei uns.

*Siehe Anhang 5: Hilfe in Krisensituationen für Mitarbeitende.*

### **Stressregulation**

Wir treffen uns jeden Mittwoch zehn Minuten (2x zwei Gruppen), um mit unserer Stressregulatorin, Übungen zu machen und kurz innezuhalten.

## **Mitarbeiterinnengespräche und Mitarbeiterinnenbeurteilungen**

Sie finden regelmässig statt.

*Siehe auch Unterlagen: Mitarbeiterinnen Qualifikation*

## **Fehler und Reklamationen**

Wir führen ein Fehler- und Reklamationsmanagement.

Mit einem erfolgreichen Fehler- und Reklamationsmanagement wird nicht die Frage geklärt, wer Recht hat oder schuldig ist, sondern es werden Lösungen gesucht und Verbesserungen ausgelöst. Wir wollen Fehler und Reklamationen als interne und externe Verbesserungsmeldungen nutzen.

## **Stellenbeschreibungen**

Es bestehen für alle Pflegestellen, Stellenbeschreibungen.

## **Aus- und Weiterbildung**

Um die Fach-, Sozial und Selbstkompetenz (Persönlichkeitsentwicklung) zu steigern, werden kontinuierlich interne wie externe Fort- und Weiterbildung angeboten.

*Siehe Reglement: Aus- und Weiterbildungen*

Wir bieten verschiedene Ausbildungsplätze an.

*Siehe Konzept: Ausbildung*

## **Pflegerische und medizinische Infrastruktur**

Das Heim ist weitgehend geräumig, rollstuhlgängig und verfügt über eine moderne Pflegeinfrastruktur. Die medizinischen Hilfsmittel werden regelmässig geprüft.

Es hat eine Verantwortliche für die Bewirtschaftung des Materiallagers. Auf jeder Station hat es zusätzlich eine Verantwortliche Mitarbeiterin.

## **Arztwahl**

Die Bewohnerinnen haben freie Arztwahl. Der Hausarzt muss aber bereit sein, im Heim, Visite zu machen. Die Medikamente werden über eine Apotheke oder über die Hausärzte bestellt. Die Visiten werden jeweils am Montag bei allen Hausärzten und für das „ganze Haus“ angemeldet.

## **Physiotherapie**

Jeden Dienstag und Donnerstag kommt eine Physiotherapeutin ins Haus.

# **5. Spezielle Angebote in der Pflege und Betreuung**

## **Angehörige**

Wir sehen die Angehörigen als unsere Partner und beziehen sie in die Pflege und Betreuung mit ein.

*Siehe Anhang 6: Standard Angehörigenarbeit, Flyer für Angehörige*

## **Alltagsgestaltung und Aktivierung**

*Siehe Konzept: Alltagsgestaltung und Aktivierung*

## **Betreuung für an Demenz erkrankte Bewohnerinnen**

An Demenz erkrankte Bewohnerinnen brauchen eine einfühlsame Betreuung, um in ihrer veränderten Wirklichkeit ernst genommen und verstanden zu werden. Sie werden als eigenständige Persönlichkeit wahrgenommen und fühlen sich geborgen. Wir haben im Haus keine geschützte Station.

Wenn eine Bewohnerin gefährdet ist, z.B. wegläuft, so versuchen wir so rasch wie möglich einen geeigneten Platz für sie zu finden. Wenn wir die Situation im Vorfeld wissen, sprechen wir mit den Angehörigen und unterstützen und beraten sie im Suchen nach einem geeigneten Heim.

Wir bilden uns im Umgang mit Demenz kranken Menschen regelmässig weiter, z.B. Kommunikation mit Demenz kranken Menschen (Validation nach Nicole Richard).

Die Biografie wird in die Betreuung miteinbezogen. Wir haben Kontaktmatten bei den Betten.

### **Sturzprävention**

Die Sturzgefährdung wird bei der Pflegeanamnese erhoben und entsprechende Massnahmen werden eingeleitet, wie zum Beispiel Einsatz von Hüftprotektoren. Stürze werden anhand von Sturzprotokollen erfasst, dokumentiert und analysiert.

### **Betreuung und Pflege von psychisch erkrankten Bewohnerinnen**

Sie sollen sich mit ihren Ängsten, Nöten und Bedürfnissen ernst genommen und sich geborgen, sicher und integriert fühlen.

Massnahmen

- Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Psychiatrischen Diensten (Gerontopsychiater)
- Bei Bedarf werden Abklärungen durch den Psychiater durchgeführt und entsprechende Massnahmen eingeleitet
- Es wird ein klare Struktur geboten
- Angehörige werden miteinbezogen
- Bei schweren psychischen Erkrankungen wird ggf. eine Einweisung in die psychiatrische Klinik in Erwägung gezogen.

Bei Bedarf nehmen wir die Hilfestellung von aussen durch Coachings mit einer Pflegefachfrau HF Psychiatrie in Anspruch.

### **Betreuung von suchtkranken Bewohnerinnen**

Unsere Mitarbeiterinnen kennen typische Verhaltensweisen von suchtkranken Bewohnerinnen und können sie einschätzen. Unter Einbezug von Fachkräften gestalten wir eine Tagesstruktur. Bei psychischem Betreuungsbedarf muss unter Umständen ein Wechsel in eine dafür geeignete Institution vorgenommen werden.

### **Betreuung von gewalttätigen Bewohnerinnen**

Unsere Mitarbeiterinnen begegnen den Bewohnerinnen im Wissen um das Krankheitsbild und in Kenntnis von biografischen Daten in vorbeugender und validierender Haltung. Einschränkende Massnahmen geschehen zur Sicherheit und zum Schutz von Selbst- und Fremdgefährdung. Massnahmen werden in jedem Fall vorgängig besprochen und laufend angepasst.

### **Freiheitsbeschränkende Massnahmen**

Diese werden auf einem vorgedruckten Formular schriftlich festgehalten und das Vorgehen wird von allen Beteiligten unterschrieben. Die Freiheitseinschränkenden Massnahmen geschehen in Absprache mit den Bewohnerinnen, den Angehörigen und dem Arzt.

### **Betreuung von Bewohnerinnen mit Schmerzen**

Schmerzen sind behandelbar. Auch bei Bewohnerinnen mit hohem und sehr hohem Alter können in der Regel die Schmerzen gelindert werden. Durch den zuständigen Arzt wird eine wirksame Schmerzbehandlung eingeleitet.

*Siehe auch Konzept: Palliative Care*

### **Sterbebegleitung**

Durch die Palliativpflege bieten wir Unterstützungsmöglichkeiten an, welche den Bewohnerinnen erlauben, so angenehm wie möglich bis zum Tode zu leben. Diese Unterstützung schliesst auch die Angehörigen während dem Sterben sowie der darauffolgenden Trauerzeit mit ein.

Wir haben eine Fachfrau Palliative Care, welche das Care Team und die Konzeptgruppe betreut. Das Care Team arbeitet vor allem auf freiwilliger Basis.

*Siehe auch Konzept: Palliative Care*

### **Seelsorgerisches Angebot**

Es gibt regelmässig Gottesdienste im Haus. Zudem kommen die Seelsorger auf Wunsch auch zum persönlichen Gespräch.

## **6. Ausblick**

Das Pflegekonzept wird laufend nach den aktuellen Erfordernissen weiterentwickelt.

Esther Cavegn  
15. Feb. 2010