

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 1 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

Pflegekonzept

Unsere Pflegekonzeption ist ein Teil des Hauskonzepts und basiert auf den richtunggebenden Aussagen des Trägerleitbildes. Es setzt sich zusammen aus

1. den pflegetheoretischen Grundlagen: Pflegemodell nach Tom Kitwood,
2. dem Pflegeprozess: Strukturmodell nach Elisabeth Beikirch und
3. dem Pflegeorganisationssystem: Bezugspersonenpflege.

1. Pflegemodell

Das Anfang der 1990er Jahre vom englischen Sozialpsychologen und Psychogerontologen Tom Kitwood entwickelte Pflegemodell basiert laut seiner Aussage auf der personenzentrierten, humanistischen Therapie Carl Rogers. Es wendet sich im Ursprung gegen die ausschließliche Sichtweise der Demenz als hirnorganisches Geschehen, versucht vielmehr die psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu erkennen und auf der Grundlage eines verstehenden Vorgehens eine bedürfnisorientierte Pflege sowie Betreuung zu erreichen. Dabei spielt die Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Menschen mit Demenz und Pflegepersonen eine entscheidende Rolle. Eine gute Betreuung kann nur dann verwirklicht werden, wenn es gelingt, die innere Welt der Betroffenen, d.h. ihre Wahrnehmungen, das Erleben und die Denkvorgänge zu verstehen und in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.

Oberstes Ziel ist hierbei der Erhalt des Personenseins. Der Mensch mit Demenz wird als einzigartige und vollwertige Person mit lebensgeschichtlichem Kontext, Recht auf Selbstbestimmung und Individualität sowie entsprechenden Bedürfnissen gesehen.

Tom Kitwood geht davon aus, dass sich die Bedürfnisse von Menschen mit einer Demenz nicht wesentlich von denen eines Menschen ohne diese Erkrankung unterscheiden. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass Betroffene mit einer Demenzerkrankung ihre Bedürfnisse häufig nicht so direkt äußern können. Dies gilt auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen infolge einer geistigen oder psychischen Behinderung. Zentrale Bedürfnisse verbergen sich vielfach hinter den sogenannten herausfordernden oder kreativen Verhaltensweisen.

Kitwood hat fünf zentrale Grundbedürfnisse identifiziert: Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Diese überschneiden sich gegenseitig und münden in einem umfassenden Bedürfnis nach Liebe - ein großzügiges, bedingungsloses, verzeihendes Annehmen des Anderen. Mit dieser Grundhaltung treten wir allen uns anvertrauten Menschen unabhängig vom Krankheitsbild gegenüber.

Trost bedeutet, die Situation, in der sich eine Person mit einer Demenz befindet, empathisch wahrzunehmen und ihr Stärke, Verlässlichkeit, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Neben einfühlsamen Worten findet dies vor allem nonverbal statt, etwa durch ein verständnisvolles Nicken, das Halten einer Hand, ein gemeinsam Hin- und Herwiegen, ein umfassendes Umarmen oder das behutsame Streicheln über den Rücken.

Das Bedürfnis nach emotionaler **Bindung** an eine Bezugsperson beinhaltet den Wunsch nach Verlässlichkeit, Sicherheit und Schutz. Ein ausgeprägtes Verlangen wird bei Menschen mit Demenz durch vielfältige Stress- und Belastungssituationen verursacht, da sie häufig ihre Welt nicht mehr verstehen. Ausdruck hierfür ist u.a. das sogenannte Attachment-Verhalten (Anklammern,

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 2 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

Hinterherlaufen). Um dem Bedürfnis nach primärer Bindung nachzukommen, werden die Gäste nicht abgewiesen, sondern ihr Verhalten als Zeichen des Vertrauens gewertet und wertgeschätzt.

Das Verlangen, Teil einer Gruppe zu sein, ist bei allen Menschen vorhanden, die Art und Weise der **Einbeziehung** bzw. Beteiligung jedoch individuell ausgeprägt. Damit eine verbindende Kommunikation im Zusammensein entsteht, werden Gruppenangebote begleitet und spezifisch an die Lebensgeschichte, Interessen und Fähigkeiten der teilnehmenden Menschen angebunden. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst. Neben einer aktiven Teilnahme kann der Gast auch die Rolle eines Zuschauers einnehmen.

Beschäftigt zu sein hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl des Menschen. Damit das Bedürfnis nach **Beschäftigung** wirklich adäquat befriedigt werden kann, ist es wichtig, gemeinsam die richtige Beschäftigungsart und den richtigen Grad der Unterstützung zu finden. Dies kann z.B. an lebensgeschichtlich geprägte Aufgaben und Aktivitäten anknüpfen. Möglichkeiten der Beschäftigung ergeben sich aber auch ganz natürlich in den alltäglichen Situationen der Wohngruppen.

Identität ist nicht allein an Denkprozesse (Kognition) gebunden, sondern auch vom Erleben und vom Fühlen abhängig. Um das Bedürfnis nach Identität ausreichend befriedigen zu können, benötigen insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen die Unterstützung des sozialen Umfeldes. Unsere Pflege- und Betreuungskräfte tragen z.B. durch Biografiearbeit / Erinnerungspflege dazu bei, die Identität der Gäste bis zu einem gewissen Grad zu bewahren.

In der Beziehungsgestaltung orientieren sich die Mitarbeiter an den zwölf verschiedenen Arten positiver Interaktion, für die es laut Kitwood keine Zeitvorgaben gibt. Sie können sich in einem Moment zeigen oder sich über mehrere Minuten entwickeln. Sie können in beliebiger Reihenfolge und auf möglichst natürliche Art und Weise miteinander verbunden durchgeführt werden.

1. Anerkennen als Person

Jeder Mensch wird als einzigartig anerkannt. Das gilt auch für seine individuelle Wahrnehmung und die für ihn gültige Realität. Wir hören der Person aktiv zu und sind dabei sowohl empathisch, als auch authentisch. Uns ist bewusst, dass unsere innere Haltung von den Gästen wahrgenommen und gespürt wird.

2. Verhandeln

So lange der Gast in der Lage ist, seinen Willen zu verdeutlichen, fragen wir nach seinen Bedürfnissen und handeln die Umsetzung mit ihm aus. Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben werden erkannt und berücksichtigt, eigene Gedanken und Annahmen in den Hintergrund gestellt. Die Begegnung findet immer auf gleicher Augenhöhe statt. Unterschiedliche Sichtweisen stehen gleichberechtigt nebeneinander. Es gilt das Ergebnis des Aushandlungsprozesses.

3. Zusammenarbeit

Wir arbeiten nicht „am“ Gast, sondern „mit“ dem Gast. Wir fördern seine Potenziale, geben Anleitung, wo nötig und zwingen ihn nicht in eine herbeigeführte Hilflosigkeit, indem Handlungen vorzeitig übernommen werden. Wir geben dem Gast Raum, um sich im Tun selbst zu erleben. Uns ist bewusst, dass Selbständigkeit und Selbsttätigkeit wichtiger sind, als ein makelloses Pflegeresultat.

4. Zwecklosigkeit und Spiel

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 3 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

Der pflegerische Alltag ist geprägt von verrichtungs- oder aufgabenzentrierten Kontakten. Dem Gast tut es aber auch gut, wenn sich Pflegekräfte ohne jegliche Absicht dazusetzen, um einfach nur dabei zu sein. Das gemeinsame Spielen ist zudem eine hervorragende Gelegenheit, Beziehungen und Vertrautheit aufzubauen, der Spontaneität und Lebensfreude Ausdruck zu verleihen und den anderen möglichst authentisch zu erleben.

5. Timalation

Timalation, griechisch, bedeutet in etwa: „ich ehre dich.“ Es wird häufig da eingesetzt, wo verbale Kommunikation nicht möglich ist. Wir kommunizieren über sensorische Reize und bieten dem Gast Wahrnehmungsreize, z. B. durch Basale Stimulation, Snoezelen, Farben, Düfte, Musik oder die Begegnung mit Tieren. Hierzu machen Pflege- und Betreuungskräfte aktiv Angebote und beobachten die Reaktionen, auf deren Basis sie weitere Interventionen planen.

6. Feste feiern

In einer gemütlichen Atmosphäre wird die Trennung zwischen Mitarbeitern und Gästen, zwischen Rollen, Funktionen und Hierarchien aufgehoben. Es entsteht ein Gefühl der Nähe und Gleichheit. Zudem lassen sich biografische und strukturierende Ansätze kombinieren.

7. Entspannen

Durch gezielten Körperkontakt (z.B. durch Arm- und Handmassagen sowie Basale Stimulation) kann eine Verbesserung des Wohlbefindens erzielt werden, indem emotionale Anspannungen gelöst und hierdurch kommunikative Zugänge erleichtert werden. Unsere Gäste benötigen darüber hinaus auch Zeit für sich selbst und Rückzugsmöglichkeiten.

8. Validation

Wir versetzen uns in den Menschen hinein, akzeptieren seine Wirklichkeit und damit ihn selbst als Person. Wir erkennen seine Emotionen an und bieten ihnen Raum.

9. Halten

Wir bleiben vor allem in und nach emotional belastenden sowie schwierigen Situationen (z.B. tiefe Trauer, Angst) präsent und beständig, um dem Gast einen sicheren psychologischen Raum und somit Halt zu bieten. Dabei verstehen wir herausforderndes bzw. kreatives Verhalten auf der Ebene des Selbstausdrucks und nicht auf der Ebene der Beziehung. Wir sind empathisch und können uns vorstellen, wie schwierig es ist, mit Menschen zusammen zu sein, die eine andere Wirklichkeit erleben, als wir. Unser christliches Selbstverständnis gibt den Gästen und den Mitarbeitern Orientierung und Halt.

10. Erleichtern

Etwas nicht mehr tun zu können, was einem wichtig ist, bedeutet einen gewaltigen Verlust an Lebensqualität. Wir unterstützen den Gast dabei, seine Handlungen selbstständig aus und zu Ende zu führen, verwenden hierzu verbale und nonverbale Schlüsselreize und vermitteln ihm, dass er selbst ans Ziel gekommen ist.

11. Schöpferisch sein

Den Gästen wird Raum gegeben, ihrer Lebensfreude spontan Ausdruck zu verleihen, indem sie beispielsweise ein Lied anstimmen oder zu tanzen beginnen und andere auffordern mitzumachen.

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 4 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

Pflege- und Betreuungskräfte reagieren hierauf wertschätzend und unterstützend, ohne die Kontrolle zu übernehmen.

12. Geben

Geben zu können, ist ein Zeichen von Dank, Anerkennung und Zuneigung. Dies wird auch den Gästen ermöglicht. Pflege- und Betreuungskräfte nehmen das an, was auch immer an Freundlichkeit und Dankbarkeit (freundlicher Blick, eine Geste) zum Ausdruck gebracht wird.

2. Strukturmodell nach Elisabeth Beikirch

Das in der Kurzzeitpflege Theresa umgesetzte Strukturmodell nach Elisabeth Beikirch stellt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zur Dokumentation der Pflege dar und richtet sich am Pflegemodell von Tom Kitwood aus. Kernpunkt ist die qualifizierte Personenzentrierung in der Planung unter Einschluss der Darstellung der individuellen Wünsche und Beachtung der speziellen Lebenssituationen unserer Gäste.

Die Grundstruktur dieser Pflegedokumentation (Strukturmodell) baut auf einen Pflegeprozess mit 4 Phasen auf:

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess mit der Eigeneinschätzung des Gastes, den sechs Themenfeldern zur fachlichen Einschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs sowie der Matrix zur individuellen Einschätzung der pflegerelevanten Risiken und Phänomene
2. Individuelle Maßnahmenplanung auf Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS
3. Pflegebericht mit dem Fokus auf Abweichungen aus der Maßnahmenplanung
4. Evaluation (mit Erkenntnissen aus SIS, Maßnahmenplanung und Pflegebericht)

2.1 Pflegeanamnese

Die SIS wird zunächst zu Beginn des pflegerischen Auftrags im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt. Im weiteren Pflegeverlauf erfolgt eine Aktualisierung ihrer Inhalte mittels Pflegevisiten und Fallbesprechungen. In der SIS wird der Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation sowie ihren Wünschen/Bedarfen an Hilfe und Unterstützung bewusst Raum gegeben. Die fachliche Einschätzung der Situation durch den Bezugsmitarbeiter findet auf der Basis von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern statt:

1. Kognition und Kommunikation
2. Mobilität und Bewegung
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen

Sie wird verknüpft mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzung als Matrix sowie pflegesensitiven Phänomenen. Spezielle Aspekte zu Wohnen/Häuslichkeit ergänzen als sechstes Feld die Situationseinschätzung. Das bewusste Zusammenführen der individuellen und subjektiven Sicht des Gastes mit der fachlichen Einschätzung durch den Bezugsmitarbeiter, sowie das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen, bildet die Grundlage aller pflegerischen Interventionen.

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 5 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

2.2 Maßnahmenplanung

Die Planung umfasst diejenigen Maßnahmen, die sich als Erkenntnisse aus

- dem Erstgespräch
- unter Einbezug der Risikomatrix und
- der Abstimmung zu den Sichtweisen, Bedürfnisse und Vorgaben, sowie biografischen Aspekten des Gastes

aus der SIS ergeben.

Diese erfolgt im EasyPlan (Vivendi). Hierbei ordnet der Bezugsmitarbeiter die Maßnahmen den Themenfeldern zu und plant den individuellen Tagesablauf u.a. mithilfe von individualisierten Maßnahmenkomplexen. Je nach fachlicher Sicht und Wunsch des Gastes werden fixe Zeiten oder variable Zeitkorridore berücksichtigt. Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung oder Unterstützung werden zur schnellen Orientierung und Nachvollziehbarkeit nur einmal beschrieben und im Weiteren mehrfach terminiert. Die Maßnahmenbeschreibung beinhaltet zudem die Ausprägung des Grads der Selbstständigkeit und nimmt damit auch die Ressourcen des Gastes in den Blick. Der Ausprägungsgrad ist mittels vierstufiger Skala definiert: selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig, unselbständig. Darüber hinaus wird in der Planung bei routinemäßigen grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen auf interne Verfahrensanweisungen und Pflegestandards Bezug genommen. Abweichungen vom Standard werden entsprechend begründet und beschrieben.

2.3 Verlaufsdokumentation

In der grundpflegerischen Versorgung mit ihren beschriebenen, routinemäßigen und wiederkehrenden Handlungen in Pflege und Betreuung konzentrieren sich die Aufzeichnungen im Pflegebericht ausschließlich auf das Auftreten von Abweichungen und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen inkl. Prophylaxen. Darüber hinaus werden Befindlichkeiten und Empfindungen, Veränderungen bei der betroffenen Person sowie Besonderheiten und Vorkommnisse dokumentiert.

Die zwingend erforderliche Dokumentation von

- Leistungen der Behandlungspflege
- Bewegungs-, Positionierungs- und Mobilitätsnachweise im Zusammenhang mit der Dekubitusprophylaxe
- individuell festgelegten und befristeten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (wie z.B.: Flüssigkeitsprotokollierung, Ernährungsprotokolle, Ausscheidungsbeschreibung, Miktionsprotokolle, Schmerzeinschätzung- und Verlaufsprotokoll, etc.)

erfolgt außerhalb des Pflegeberichts mittels hinterlegten Formularen.

2.4 Evaluation

In fachlich angemessenen Abständen, z. B. abhängig von stabilen oder instabilen Gesundheitssituationen und Pflegebedarfen, erfolgt die Reflexion und ggf. Evaluation der Pflegesituation und eine Reaktion durch entsprechende Anpassung in der Maßnahmenplanung. Dies schließt die Evaluation der SIS mit ein. Hierzu werden die Eintragungen im Pflegebericht (inkl. der dokumentierten Wirksamkeit der Maßnahmen) sowie weitere Formulare, sofern nötig und beim Gast relevant, berücksichtigt. Eine umfassende Evaluation erfolgt in der Regel nach 6 Wochen im Rahmen des Integrationsgesprächs.

Bischöfliche Stiftung Haus Hall	Qualitätsmanagement-Handbuch Bereich Altenhilfe und Kurzzeitpflege	Seite 6 von 6
	Pflegekonzept Kurzzeitpflege Theresa	

3. Bezugspersonenpflege

In der Kurzzeitpflege wird die Bezugspflege in einer auf die kurze Verweildauer der Gäste angepassten Form über sogenannte Bezugsmitarbeiter realisiert. Aus dem Kreis der Fachkräfte wird der aufnehmende Mitarbeiter den Angehörigen als fester Ansprechpartner benannt.

Um bei einer Verhinderung des Bezugsmitarbeiters (z.B. Erkrankung...) eine Kontinuität sicherzustellen, benennt die PDL einen Vertreter, der die Bezugsbetreuung dann übernimmt.

Neben dem Aufnahmegespräch erarbeitet der Bezugsmitarbeiter die Pflegeplanung und ist im Besonderen für alle fachlichen und organisatorischen Belange des Gastes zuständig, auch für die Vollständigkeit der Dokumentation.

Neben dem Bezugsmitarbeiter unterhalten auch alle anderen Mitarbeiter im Team eine persönliche Beziehung zum Gast und sind innerhalb der Regelung des täglichen Ablaufes für jeden Gast verantwortlich. Allerdings geben sie alle wesentlichen Informationen, die den einzelnen Gast betreffen an den jeweiligen Bezugsbetreuer weiter.