

PFLEGE UND BETREUUNGSKONZEPT



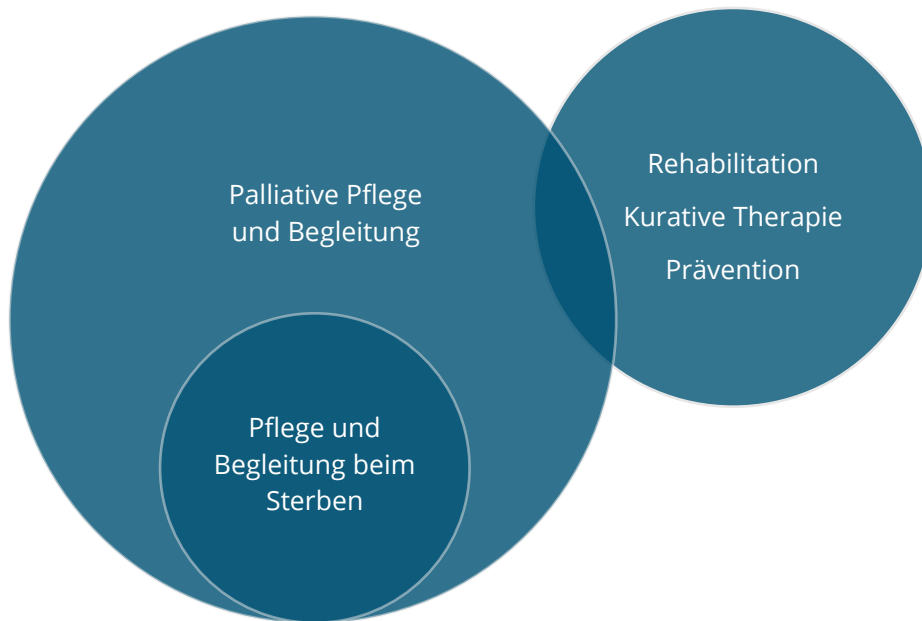
1	WIR ÜBER UNS	4
2	ZIEL UND GRUNDHALTUNG	5
2.1	KURATIV	6
2.2	PALLIATIV	6
2.2.1	PALLIATIVE MEDIZIN UND BETREUUNG HILFT.....	6
3	PRÄVENTIV	7
3.1	PRIMÄRE PRÄVENTION	7
3.2	SEKUNDÄRE PRÄVENTION.....	7
3.3	TERTIÄRE PRÄVENTION.....	7
4	REHABILITATIV	8
5	ZIELGRUPPEN UND DIMENSIONEN	8
5.1	PFLEGE UND BETREUUNG	8
5.1.1	DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER.....	8
5.1.2	DIE ANGEHÖRIGEN...	8
5.1.3	DIE PFLEGENDEN...	8
5.1.4	INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...	9
5.1.5	RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...	9
5.2	PSYCHOSOZIALE BETREUUNG UND BEGLEITUNG	9
5.2.1	DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER.....	9
5.2.2	DIE ANGEHÖRIGEN...	10
5.2.3	DIE PFLEGENDEN...	10
5.2.4	INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...	10
5.2.5	RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...	10
5.3	SPIRITUELLE BETREUUNG UND BEGLEITUNG	11
5.3.1	DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER.....	11
5.3.2	DIE ANGEHÖRIGEN...	11
5.3.3	DIE PFLEGENDEN...	11
5.3.4	INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...	11
5.3.5	RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...	11
5.4	STERBEN UND TOD	12
5.4.1	DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER.....	12
5.4.2	DIE ANGEHÖRIGEN...	12
5.4.3	DIE PFLEGENDEN...	12
5.4.4	INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...	12
5.4.5	RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...	12

6	PSYCHISCHE DIMENSION / DEMENZ.....	13
6.1.1	DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER.....	13
6.1.2	DIE ANGEHÖRIGEN... ..	13
6.1.3	DIE PFLEGENDEN... ..	13
6.1.4	INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT... ..	13
6.1.5	RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG... ..	13
7	QUELLEN UND GRUNDLAGEN	13
8	EVALUATION KONZEPT:	14

1 WIR ÜBER UNS

1. Unser Alterszentrum steht mitten im lebendigen Breite-Quartier in Basel.
2. Die Institution bietet seit 1992 Wohn- und Lebensmöglichkeit für über 80 pflegebedürftige, betagte Menschen.
3. Wir bieten mit unserer Pflege und Betreuung überall dort Unterstützung an, wo die eigenen Kräfte nicht mehr ausreichend sind.
4. Auf drei Stockwerken werden mehrheitlich Einzelzimmer angeboten, welche individuell eingerichtet werden können.
5. Die Pflege und Betreuung ist individuell und interdisziplinär erfasst, ausgeführt und evaluiert. Die Behandlung und Pflege sind ganz oder teilweise präventiv, palliativ, kurativ oder rehabilitativ ausgerichtet.
6. Bei Entscheidungen sind die Gesamtsituation des betroffenen Menschen und der persönliche oder der mutmassliche Wille berücksichtigt.
7. In einer Wohnung mit Garten leben acht an Demenz erkrankte Menschen in einer familienähnlichen Struktur. Der Aufenthalt in der Wohngruppe eignet sich für die erste und zweite Phase der Demenz.

2 ZIEL UND GRUNDHALTUNG



Betagte Menschen leben in einem labilen Gleichgewicht. Dies erfordert eine angepasste und sorgfältige Begleitung durch uns Pflegende. Wir beachten in unserer Institution mit dem Pflege- und Betreuungskonzept eine individuelle Wahrnehmung und Einschätzung der Bewohnerbedürfnisse. Wir legen Wert auf eine motivierende und aktivierende Betreuung – keine versorgende, sondern eine sorgende Pflege in einem ganzheitlichen Sinn.

Bei Entscheidungen ist die Gesamtsituation des Betroffenen berücksichtigt.
Das Assessment erfolgt interdisziplinär.

Der Behandlungsansatz kann sowohl überlappend, ergänzend, teilweise oder ausschliesslich palliativ, kurativ, präventiv wie auch rehabilitativ sein.

2.1 KURATIV

Wir sehen das Altern des menschlichen Körpers als einen natürlichen Vorgang an. Die Rückbildungen und der Abbau führen nicht zwangsläufig zu Krankheiten. Die Erscheinungen des Alterns prägen aber den Alltag der betroffenen Menschen und können ihn beschwerlich machen.

Die Anfälligkeit für Krankheiten nimmt jedoch zu und erfordert oft ärztliche und pflegerische Betreuung. Im Zentrum der Behandlung der meist chronischen Erkrankung steht der betroffene Mensch mit seinen Zielen und der zu leistenden Unterstützung der gesunden Anteile. Die Bewältigungsstrategie des betagten Menschen wird beachtet und in die Betreuung eingebunden.

2.2 PALLIATIV

Die kurative Therapie tritt im Laufe der Zeit im Pflegeheim meist in den Hintergrund zugunsten von palliative care. Die Entscheidung, ob kurativ behandelt wird, erfolgt interdisziplinär und nach dem Willen oder dem mutmasslichen Willen des betroffenen Menschen.

Im Zentrum steht das Lindern von weit fortgeschrittenem Leiden bei begrenzter Lebenserwartung.

Es geht um das Lindern von Symptomen und Funktionseinschränkungen, welche den betroffenen Menschen belasten und um den Erhalt einer von ihm und seinen Angehörigen als bestmöglich definierten Lebensqualität.

2.2.1 PALLIATIVE MEDIZIN UND BETREUUNG HILFT...

...Körperliches Wohlbefinden zu erhalten

- Durch ständige Beobachtung und Behandlung körperlicher Symptome mit anerkannten Methoden und Messinstrumenten
- Durch die Aufmerksamkeit, die der Pflege des Körpers gewidmet wird z.B. bei der Mund/Haut/Wundpflege, der wohltuenden Ernährung, durch Einsatz von alternativen Methoden das Wohlbefinden zu erhalten.
- Solche Massnahmen fördern das Selbstwertgefühl und die Autonomie
- Angehörige werden ermutigt und begleitet, wenn sie sich an der Pflege zu beteiligen möchten

...Psychisches Leiden zu lindern

Eine schwere und oder chronische Krankheit bedeutet immer einen tiefen Umbruch im Leben eines Menschen und seiner Angehörigen. Palliative care begleitet durch diese Krise hindurch:

- Sie hilft veränderte Umstände zu bewältigen
- Sie unterstützt die Anpassung an neue Situationen
- Sie hört zu und schafft ein Klima der Wahrhaftigkeit
- Sie bietet die Möglichkeit, Gedanken und Gefühle auszudrücken

- Sie gibt Gewissheit, bis zum Ende des Lebens begleitet zu werden
- Sie unterstützt die Angehörigen während Krankheit und in der Trauer

...Soziale Beziehungen zu unterstützen

Auch wenn aufgrund von Krankheit die Möglichkeit eingeschränkt ist den gewohnten Beschäftigungen nachzugehen, wird die betroffene Person ermutigt

- Ihren Platz in der Gesellschaft so gut wie möglich beizubehalten
- Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen
- Eigene Wünsche im Rahmen des Möglichen zu verwirklichen
- Unterstützung zu erfahren im Regeln administrativer und persönlicher Fragen

...Seinen persönlichen Glauben zu leben

Palliative care weiss um die Bedeutung der spirituellen Dimension und der Suche nach einem Sinn im Erleben von Krankheit und Sterben. Deshalb werden die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrer Suche in dem unterstützt, was für **sie** wesentlich und sinnstiftend ist.

3 PRÄVENTIV

Auch wenn die Hauptausrichtung der Pflege in unserem Haus palliativ ist, hat Prävention einen eigenen Stellenwert. Prävention lässt sich einteilen in:

3.1 PRIMÄRE PRÄVENTION

Unter primärer Prävention verstehen wir die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von weiterer Krankheit.

3.2 SEKUNDÄRE PRÄVENTION

Sekundäre Präventionsmassnahmen betreffen die Krankheitsfrüherkennung dann, wenn subjektiv noch keine oder wenige Symptome wahrgenommen werden. (Entdecken im Frühstadium gleich bessere Behandlungsaussichten)

3.3 TERTIÄRE PRÄVENTION

Unter tertiärer Prävention versteht man die Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen, sowie die Vorbeugung von Folgeerkrankungen dann, wenn eine Erkrankung bereits eingetreten oder fortgeschritten ist. Als Beispiel bei Schmerz durch Beachten der körperlich, psychisch, spirituell und sozialer Dimension.

Durch vorausschauende Planung verhindern wir mögliches Leiden und vermeidbare Komplikationen, indem zum Beispiel Einflussfaktoren wie Demenz (Anpassen von Erfassungsinstrument und Art der Evaluation) berücksichtigt werden.

4 REHABILITATIV

Die Rehabilitation dient vor Allem dem Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie der Heimbewohner und Bewohnerinnen. Sie wird interdisziplinär und zielorientiert begleitet und unterscheidet sich in:

- Rehabilitation durch Spezialisten wie Physio- und Ergotherapie, welche von Arztpersonen verordnet werden.
- Pflegerische Massnahmen zur Rehabilitation sowie restaurative Massnahmen. Restaurative, erhaltende Pflege bezieht sich auf alle pflegerischen Massnahmen, die dazu dienen, die Fähigkeit der Bewohner, der Bewohnerin bei ihrer Anpassung an die Umwelt und ihrer Selbstversorgung zu erhalten oder zu verbessern, weitere Verluste aufzuhalten und neue Fähigkeiten zu fördern. Gemeint damit ist die körperliche, die geistige und die psychosoziale Funktionsfähigkeit, z.B. Gehfähigkeit, Mobilität, Ankleiden, sich Waschen, Essen, Transfer, versorgen von Wunden und Prothesen, Kommunikation mit anderen Personen, Entscheidungsfähigkeit.

5 ZIELGRUPPEN UND DIMENSIONEN

5.1 PFLEGE UND BETREUUNG

5.1.1 DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER...

- erhalten gemäss Leitbild eine angemessene Pflege und Betreuung.
- erleben eine aktivierende, motivierende Unterstützung.
- können mit Bezugspflege rechnen.
- erfahren Unterstützung in der körperlichen, geistigen und seelischen Autonomie.
- bestimmen das Ziel der Pflege und Betreuung und sind einbezogen zu den Massnahmen.

5.1.2 DIE ANGEHÖRIGEN...

- sind eingeladen, sich nach ihrer Möglichkeit an der Pflege und Betreuung zu beteiligen.
- werden über pflegerische Massnahmen informiert.
- fühlen sich von den Pflegenden in der Zusammenarbeit unterstützt.

5.1.3 DIE PFLEGENDEN...

- entwickeln zusammen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern individuelle Unterstützung in ihren Ressourcen und Problemen.
- verfügen über Fachkompetenz in physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen der Betreuung und Pflege.
- werden durch kontinuierliche Einarbeitung und durch interne und externe Weiterbildung unterstützt.
- kennen alternative Methoden wie Kompressen, Aromapflege, Entspannungshilfen.

5.1.4 INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...

- Aktiv gestalteter Kontakt zu Physio, Konziliardienst, Coiffeur, Hausarzt, Besuchsdienst, etc.
- Anlaufstelle für alle Beteiligten ist die Pflegeberatung.
- Mögliche Gefässe sind der runde Tisch, Rapporte, Standortgespräche, Visiten.
- Die Bezugspersonen sind Hauptbeteiligte.
- Durch regelmässige interdisziplinäre Rapporte wird der Kontakt gepflegt.

5.1.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...

- werden durch Ausrichtung aller Pflegenden nach dem Leitbild, Richtlinien, Standards, in Arbeitsgruppen erarbeitet und regelmässig evaluiert,
- z.B. die Bausteine Palliative Care (Symptomanagement, Eintritt).
- Das Begleiten von Entscheiden.
- Als Lernbetrieb mit den Neuentwicklungen der Pflege verbunden sein.
- Durch Fehlermanagement.
- Pflegeplanung/Prozess/RAI.
- Schulung neuer Mitarbeitender.
- Jahresziel in der Pflege.
- Regelmässige Überprüfung der interdisziplinären Zusammenarbeit an Mittwochssitzung.

5.2 PSYCHOSOZIALE BETREUUNG UND BEGLEITUNG

5.2.1 DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER...

- bestimmen selbst das Mass an Einbindung und Rückzug.
- erfahren Respekt gegenüber ihrer Intimsphäre.
- können die Gestaltung des Zimmers, des Alltags, der Jahreszeiten und Feste mitbestimmen.
- können auf Wunsch mit Tieren umgeben sein.

5.2.2 DIE ANGEHÖRIGEN...

- können bei Bedarf mit Familiengesprächen rechnen.
- werden auf unterstützende Angebote hingewiesen.
- werden in den Prozess der Entscheidungsfindung eingebunden.
- sind an Festen eingeladen.
- kennen die Bezugspersonenarbeit.
- kennen neutrale Ansprechperson bei Problemen.

5.2.3 DIE PFLEGENDEN...

- können entlastende Gespräche führen oder Unterstützung anfordern
- arbeiten mit den biographischen Angaben der Bewohnerinnen und Bewohner.
- nehmen die Angehörigen als zum System gehörend wahr.
- gestalten den Aufbau, den Erhalt und die Ablösung in der pflegerischen Beziehung.
- kennen die «Rechte der Pflegenden».

5.2.4 INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...

- Durch die vielfältigen Angebote der Aktivierung in der Alltagsgestaltung
- Durch Besuchsdienst
- Durch regelmässig stattfindende Feste, Ferien, Einbezug von Tieren
- Kontaktmöglichkeit in Cafeteria und Quartier

5.2.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...

- Beratung bei Patientenverfügung
- Arbeitsgruppe Bezugspflege
- Fallbesprechungen an Teamsitzungen
- Heimrat
- Feste, Ferien
- Stüblibetreuung

5.3 SPIRITUELLE BETREUUNG UND BEGLEITUNG

5.3.1 DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER...

- haben die Möglichkeit ihre persönliche Spiritualität zu leben.
- kennen das Angebot der religiösen Begleitung im Haus.

5.3.2 DIE ANGEHÖRIGEN...

- sind informiert über das Angebot im Haus und können daran teilnehmen.

5.3.3 DIE PFLEGENDEN...

- kennen die Grundprinzipien der spirituellen Bedürfnisse.
- respektieren jede Religion und persönliche Überzeugung.
- kennen die spirituellen Bedürfnisse ihrer Bezugspersonen.

5.3.4 INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...

- Regelmässige Anwesenheit von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im AZAB.
- Geplanter Austausch der spirituellen Betreuer mit der Pflege.

5.3.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...

- Angebot für individuelle Seelsorge für Angehörige, Bewohnerinnen und Bewohner und Personal.
- Regelmässige Gottesdienste und Feiern im Haus.

5.4 STERBEN UND TOD

5.4.1 DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER...

- werden nach ihren Wünschen bezüglich Sterben befragt.
- müssen nicht alleine sterben, dürfen aber auch im Sterben alleine sein.
- können von verstorbenen Mitbewohnern Abschied nehmen und kennen die Rituale.

5.4.2 DIE ANGEHÖRIGEN...

- werden frühzeitig nach ihren Bedürfnissen und Grenzen befragt.
- erfahren Unterstützung durch Gespräche.
- werden unterstützt, wenn sie sich in Pflege und Begleitung beteiligen möchten.
- werden auf Angebote der Trauerbewältigung hingewiesen.

5.4.3 DIE PFLEGENDEN...

- begleiten das Sterben nach palliativen Prinzipien.
- setzen sich mit Sterben und Tod auseinander.
- nutzen die Möglichkeit von Ritualen.
- können bei Bedarf Hilfe für sich anfordern.

5.4.4 INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...

- Durch Einbinden der Seelsorge oder anderer Dienste in den AZAB-Alltag
- Sterben und Tod als normalen Prozess in den Alltag integrieren.
- Gespräche über Leben und Sterben mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen, Betreuungsteam

5.4.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...

- Begleiten beim Erstellen einer Patientenverfügung
- Beratung und Weiterbildung für Personal
- Rituale zum Gedenken und Abschiednehmen von Verstorbenen
- Gedenkfeier

6 PSYCHISCHE DIMENSION / DEMENZ

6.1.1 DIE BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER...

- erfahren angepasste Unterstützung in ihrem Krankheitsprozess.
- erleben die Beachtung ihrer Lebensgewohnheiten.
- finden in der Wohngruppe die Haltung Stetigkeit, Kontinuität, Beständigkeit

6.1.2 DIE ANGEHÖRIGEN...

- sind als wichtige Informationsträger berücksichtigt.
- erfahren Beratung im Krankheitsprozess.
- werden auf Angebote der Bewältigung hingewiesen.

6.1.3 DIE PFLEGENDEN...

- kennen hilfreiche Konzepte im Umgang wie Validation, Humor, Nähe/Distanz, Symptommanagement.
- beachten in der Wohngruppe milieutherapeutische Grundsätze und das 3-Weltenkonzept.

6.1.4 INTERDISZIPLINARITÄRE ZUSAMMENARBEIT...

- Durch psychiatrischen Konziliardienst
- Angehörige werden als wichtige Informationsträger zu biographischen Daten beigezogen.

6.1.5 RAHMENBEDINGUNGEN UND QUALITÄTSSICHERUNG...

- Weiterbildungsangebote
- Bearbeitung von ethischen Fragen an Teamsitzungen
- Beachten von Freiheit und Sicherheit nach Richtlinien

7 QUELLEN UND GRUNDLAGEN

Leitbild AZAB, Lehrbuch Palliative care, C.Knipping (2006), Alt krank und verwirrt von M. Kojer (2003), Präventive Aspekte in der palliativen Versorgung von Schneider, N./Waler, u.

(2007), Palliative Betreuung von SGPMP (2006), RAI Handbuch, SBK: Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung alter Menschen

8 EVALUATION KONZEPT:

Das Konzept wird bei Bedarf, mindestens jedoch einmal jährlich von der Leitung Pflege und Betreuung in Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung evaluiert.

Datum:	Name, evaluiert durch:	Evaluation: