

Inhalt

1	Formale Angaben.....	3
1.1	Geltungsbereich.....	3
1.2	Geschlechterbezeichnung.....	3
1.3	Bezeichnungen der Pflegeempfänger.....	3
1.4	Genehmigung	3
2	Ziel des Pflege- und Betreuungskonzeptes.....	3
2.1	Pflege und Betreuung	3
2.2	Arbeitsinstrumente	3
2.3	Hilfsmittel in der Kommunikation nach aussen	3
3	Grundlagen	
3.1	Leitbild Steinhauser Zentrum	3
3.2	Gedanken zur Betreuung von betagten Menschen.....	3
3.3	Definition von Gesundheit und Krankheit.....	4
3.4	Definitionen und Grundannahmen	4
3.4.1	Pflege	4
3.4.2	Pflegeverständnis in der Pflege mit alten Menschen.....	4
3.4.3	Umwelt	5
3.4.4	Mensch.....	5
3.4.5	Das Alter.....	5
4	Drei Wohnformen	5
4.1	Einleitung	5
4.2	Pflegewohnen - Begleitung, Pflege und Betreuung in allen Pflegestufen	6
4.3	Betreutes Wohnen - Selbständiges Wohnen mit regelmässiger Unterstützung im Alltag.....	6
4.4	Selbständiges Wohnen – Wohnen in hindernisfreier Umgebung mit Bereitschaftsdienst.....	7
5	Pflegemodell	
5.1	Marjory Gordon	7
5.2	Struktur des Modells	8
5.2.1	16 Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon.....	8
5.2.1	Pflegediagnosen.....	10
6	Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege.....	10
6.1	Pflege als Dienstleistung.....	10
6.2	Personelle Ressourcen.....	10
6.3	Skill- & Grademix	10
6.3.1	Dipl. Pflegefachperson HF.....	11
6.3.2	FaGe EFZ.....	11
6.3.3	Assistent*innen Gesundheit & Soziales (AGS) / Pflegehelfer*in SRK.....	11
6.3.4	Pflegeorganisationssysteme.....	11
6.4	Anforderungen an das Personal	12
6.5	Aktivierung	12
6.6	Seelsorge.....	13
6.7	Spannungsfelder der Milieugestaltung.....	13
7	Handlungskonzepte	14

8	Pflegestandards	14
9	Pflegedokumentation.....	14
10	Aufbauorganisation	15
11	Angehörige	
12	Medizinische Grundversorgung.....	16
	12.1 Heimarzt.....	16
	12.2 Fachärztliche Betreuung Psychiatrie.....	16
	12.3 Alternative Heilmittel	17
	12.3.1 Bachblüten	17
	12.3.2 Schüssler-Salze.....	17
	12.4 Besondere Angebote	17
13	Leistungserfassung und Abrechnung.....	18
	13.1 BESA LK 2020 - Pflegewohnen	18
	13.2 Perigon – Spitexklientinnen und Spitexklienten	20
	13.2 Besondere Leistungen – Mieterinnen und Mieter	20
14	Ausbildungsauftrag	20
	14.1 dipl. Pflegefachperson HF.....	20
	14.2 FaGe	20
	14.2 Praktikanten.....	20
15	Hygiene	
16	Pflegequalität	
	16.1 Überprüfung der Pflegequalität	21
17	Evaluation und In-Kraft-Treten	21
18	Quellenverzeichnis.....	22

1 Formale Angaben

1.1 Geltungsbereich

Dieses Pflege- und Betreuungskonzept ist für alle Mitarbeitenden des Steinhauser Zentrums verbindlich. Das Konzept schliesst alle Wohnformen (Pflegewohngruppen, Betreutes Wohnen, hindernisfreie Mietwohnungen) mit ein.

1.2 Geschlechterbezeichnung

Für das vorliegende Konzept wurden sowohl die männliche wie auch die weibliche Schreibform gewählt. Selbstverständlich sind in jedem Fall beide Geschlechter gemeint.

1.3 Bezeichnungen der Pflegeempfänger

Die Pflegeempfänger der Pflegewohngruppe und des betreuten Wohnens werden als Bewohner bezeichnet. Für die Bewohner der Mietwohnungen verwenden wir den Begriff Mieter.

1.4 Genehmigung

Dieses Konzept wurde von der Betriebskommission des Steinhauser Zentrums zur Kenntnis genommen.

2 Ziel des Pflege- und Betreuungskonzeptes

2.1 Pflege und Betreuung

Wir verstehen die Pflege und Betreuung als Beziehungsarbeit, die individuell ist und sich in einem ständig wechselnden Prozess befindet. Zu den wichtigsten Kriterien der Pflegequalität gehört die Beziehungsarbeit. Die Pflege im Steinhauser Zentrum orientiert sich am Pflegeprozess gemäss BESAdoc.

2.2 Arbeitsinstrumente

Gemeinsam aus Leitbild, sowie Konzepten und Standards bietet das Pflege- und Betreuungskonzept den Mitarbeitern konkrete Rahmenbedingungen und Zielsetzungen um sich im Arbeitsalltag orientieren zu können.

2.3 Hilfsmittel in der Kommunikation nach aussen

Wir sind ein aktiver Teil der Gemeinde und informieren die Öffentlichkeit mit dem Tätigkeitsbericht, dem Leitbild und mit der Homepage.

Für die Angehörigen veranstalten wir zusätzliche Anlässe.

3 Grundlagen

3.1 Leitbild Steinhauser Zentrum

Das Leitbild wird Mitarbeitende aus allen Bereichen, der Heimleitung und einer Vertretung des Stiftungsrates erarbeitet. Es enthält die wesentlichen Leitgedanken, welche die Ziele und Bemühungen aufzeigen und alle Parteien im Steinhauser Zentrum betreffen. Das Leitbild wird sporadisch überprüft.

3.2 Gedanken zur Betreuung von betagten Menschen

Grundbedingung für eine gute Lebensqualität des Bewohners ist die angepasste Lebens- und Wohnform.

Oberstes Gebot der medizinischen Betreuung sind der Wille des Bewohners und seine Lebensqualität.

Gesund im Alter ist:

- alles, was Beschwerden lindert oder verhütet
- alles, was dem Bewohner Freude und Genuss bereitet.

Kein Bewohner darf gegen seinen Willen zu einer medizinischen Behandlung gezwungen werden.

Höchstes Ziel der Betreuung ist die Erhaltung der subjektiven Lebensqualität, was eine stark individualisierte Behandlung, Betreuung und Pflege bedingt.

Auch in der letzten Lebensphase achten wir auf eine ganzheitliche Pflege und Betreuung, d.h. eine körperliche, psychische, soziale und spirituelle Begleitung.

Um den Bewohnern Halt und Orientierung zu bieten, pflegen wir Traditionen und Rituale. Sie sollen das Leben in der Gruppe begleiten und bewusst machen. Rituale unterstreichen den Sinn und die Wichtigkeit der gemeinsamen Aktivitäten.

3.3 Definition von Gesundheit und Krankheit

Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit oder von Krankheit zu Gesundheit ist fließend und individuell. Keiner der beiden Zustände ist konstant gleichbleibend. Die Art, wie Menschen Krankheit und Gesundheit erleben, ist an die unmittelbare Umwelt gebunden und wird als individuelle Erfahrung mit all ihren Symptomen, Kennzeichen und Merkmalen wahrgenommen.

Krankheit ist eine festgeschriebene Situation bestimmter, zumeist festgelegter Zustände. Kranksein ist das Erleben dieser Zustände. Gesundheit ist das Gefühl und Erleben, nicht krank zu sein, im Besitz aller Fähigkeiten zu sein oder mit eingeschränkten Fähigkeiten komplikationsfrei und zufrieden – in grosser Unabhängigkeit von anderen und der Umwelt – zu leben, den Alltag wie gewohnt zu meistern.

Gesundheit ist mehr „als die Abwesenheit von Krankheit“, unser eigenes Verständnis von Gesundheit nimmt Einfluss auf unsere Lebensführung. Gesundheit zu erlangen oder zu erhalten, ist eine Lebensaufgabe.

Messer, o. J., S. 166

3.4 Definitionen und Grundannahmen

Es gibt bestimmte Grundannahmen, die bei der Definition und Entwicklung von konzeptionellen Modellen sehr wichtig sind.

3.4.1 Pflege

Pflege ist eine Dienstleistung, die Aufgaben in der Interaktion mit pflege-bedürftigen Menschen gezielt ausübt. Es ist dabei einerlei, ob die Pflegebedürftigkeit kurz- oder langfristig besteht. Es ist die Absicht der Pflege, dass die betroffenen Menschen über grösstmögliche Selbständigkeit in ihrer Person und unmittelbarer Umwelt, über Lebensqualität und Zufriedenheit verfügen können. Pflegekräfte nutzen für diese Aufgabe alle Sinne ihrer eigenen Person, um ein möglichst weit reichendes Spektrum an Möglichkeiten zu schaffen.

Pflege hat als oberstes Ziel, dem Pflegebedürftigen eine solche Anregung und Unterstützung zu geben, dass er in der Lage ist, etwas für sich zu tun, wieder selbst in seinem Sinne für sich selbst zu sorgen. Pflege ist nicht nur Handwerk, sondern auch Beziehung und Arbeit mit Kräften und Fähigkeiten.

3.4.2 Pflegeverständnis in der Pflege mit alten Menschen

Echte Pflege geht nicht ohne Vertrauen und Wohlwollen. Je offener der Austausch ist, gerade in der Pflege von Menschen mit Demenz, desto mutiger und sicherer kann der Bewohner seine Wege gehen und weiterleben oder in Frieden Abschied nehmen. Die Pflegenden bringt gegenüber dem Bewohner und seiner Umgebung Achtung und Respekt, Vertrauen in seine Fähigkeiten und Neugier sowie eigene Sicherheit und fachliches Können zum Ausdruck.

Das Pflegepersonal achtet bei ihrem Wirken darauf, dass die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners richtig erfasst werden. Sie gehen davon aus, dass dem Menschen alle Fähigkeiten und

Ressourcen innewohnen, die er braucht, um sein Leben erfreulich zu gestalten oder zu verändern und geben dem Bewohner dort Unterstützung, wo er sie braucht, um die Fähigkeiten und Ressourcen wiederzuerlangen.

3.4.3 Umwelt

Von Geburt an wird jeder Mensch durch den direkten Kontakt zu anderen Menschen geprägt. Der Mensch wächst in ein soziales Netz hinein, übernimmt Rollen und wird dabei zu einem kompetenten, sich in der Umwelt zurechtfindenden Mitglied der Gesellschaft. Dies ist der Prozess der Sozialisation. Er bewirkt, dass der Mensch sein Leben als sinnvoll und positiv erlebt. Die Umwelt wirkt mit negativen und positiven Einflüssen auf den Menschen ein, sie ist im Nachhinein häufig in der Biografie eines Menschen nachspürbar. Einflussreiche Kriterien sind hier auch Herkunft, Land, Stadt, Familien, sozialer Stand oder geografische Bedingungen. Die unmittelbare Umwelt des Menschen ist seine persönliche Umwelt, die er zum Teil mit geschaffen und gestaltet hat; seine Bezugspersonen, seine Familie oder seine Wahlfamilie; der Platz zum Leben und Wohnen.

Die Welt, in der wir leben, wird uns durch unsere Sinne zugänglich. Dabei haben wir mehrere Möglichkeiten, um unsere Umwelt und deren Informationen aufzunehmen. Das Wahrnehmen und Agieren innerhalb unserer Umwelt ist immer geprägt durch die Interaktion untereinander. Der Bewohner ist immer im Zusammenhang mit anderen, meist ihm nahe stehende Menschen und deren Befindlichkeit und Fähigkeiten zu sehen. Die Umwelt wirkt in allen Lebenslagen auf uns ein.

3.4.4 Mensch

Der Mensch ist eine perfekte Organisation von Körper, Seele und Geist. Er beginnt als Zellhaufen und kann bis über hundert Jahre alt werden. Der Mensch ist ein systemisches Wesen; wird ein Teil berührt und/oder verändert, so hat dies Einfluss auf alle anderen Bereiche. Im Laufe seines Lebens prägt er in enger Beziehung zur unmittelbaren Umgebung sein Leben. Er verändert sich, er eignet sich Meinungen, Verhaltensweisen, geistige und körperliche Fähigkeiten an. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, er lebt in Kontakt zu anderen und reagiert auf sie.

Er nimmt sich als Individuum wahr. Er pflegt seinen Lebensstil und seine Lebensführung – es sei denn, seine Fähigkeiten hindern ihn daran, weil sie eingeschränkt sind oder weil die Umwelt nachteilig auf ihn einwirkt. Menschen verstehen einander besser, wenn sie jeweils die Welt, ihre Person und Situation wahrnehmen. Das verlangt von Menschen die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Interpretation.

3.4.5 Das Alter

Ein alter Mensch hat andere Perspektiven als ein junger Mensch, weil viele Jahre an Lebensprägung hinter ihm liegen. Die Pflege und Begleitung alter Menschen reagiert nicht nur auf Krankheit oder Gesundheit, sondern auf den Menschen an sich. Ein Mensch kann alt und gesund, aber dennoch in bestimmten Bereichen auf Unterstützung angewiesen sein. Alter ist keine Krankheit, sondern eine Phase des Lebens.

Alte Menschen sind die Summe ihres Lebens, sie sind voller Eindrücke, Erfahrungen, Erlebnisse. Sie haben Situationen erlebt und Erfahrungen gemacht, die die Jüngeren nicht unbedingt kennen können. Alte Menschen sind eine Symbiose aus Körper, Geist, Seele und gelebtem Leben. Sie haben sich ihr ganzes Leben lang entwickelt und ihre Eigenart ausgebildet. Dabei durchliefen und durchlaufen sie Lebensphasen, in denen sie bestimmte Aufgaben bewältigt haben oder diese Bewältigung später im Alter leisten (Erik Erikson).

Die Altenpflege hat den Auftrag, diese Einzigartigkeit eines Menschen in ihrer Gesamtheit zu respektieren und leben zu lassen. Nicht das Alter hat den Menschen zu dem gemacht was er ist, sondern das Leben.

4 Drei Wohnformen

4.1 Einleitung

Im Steinhauser Zentrum steht der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen im Zentrum. Die verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen für ältere Menschen ermöglichen ein weiterhin selbstbestimmtes Leben.

Dafür wurde ein Zentrum der Begegnung für ältere Menschen geschaffen, welches ihnen in ihrer gewohnten Umgebung ein Zuhause und ein Ort des Rückzugs bietet.

Um den individuellen Bedürfnissen und dem individuellen Bedarf jedes einzelnen Bewohners des Steinhauser Zentrums möglichst gerecht zu werden, bieten wir drei unterschiedliche Wohnformen an:

1. Pflegewohnen
2. Betreutes Wohnen
3. Selbständiges Wohnen

Die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Wohnformen ist unter Berücksichtigung der Belegung der Zimmer und Wohnungen gegeben.

4.2 Pflegewohnen - Begleitung, Pflege und Betreuung in allen Pflegestufen

Das Angebot richtet sich an betagte Menschen, welche dauerhaft und täglich auf relativ umfangreiche Pflege- und Betreuungsleistungen angewiesen sind. Der Pflegebedarf bewegt sich zwischen 0 bis über 221 Minuten pro Tag (BESA 0 bis BESA 12). Zu dieser Zielgruppe gehören auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, sie in den Lebensalltag zu integrieren und daran teilnehmen zu lassen. Gemeinsam mit ihren Familienangehörigen, dem Hausarzt und dem Facharzt für Gerontologie suchen wir nach adäquaten Lösungen.

Pflege- und Betreuungsangebot

- Sicherstellen einer bedürfnisgerechten und individuellen Pflege und Betreuung.
- Frühzeitiges Erkennen einer allenfalls notwendigen Verlegung in ein Spital, einer Psychiatrischen Klinik oder in eine andere externe Institution, sowie Einleitung der entsprechenden Massnahmen.
- Zusammenarbeit mit externen Berufsgruppen und Institutionen (Heim- und Hausärzte, Psychiater, Therapeuten, Apotheke, Spitäler, Kliniken, etc.)

Die hellen und freundlichen Pflegezimmer bieten einen schönen Ausblick auf den Dorfplatz von Obersaxen Meierhof und/oder die umliegende Bergwelt. Die Zimmer können von den Bewohnern nach ihren Wünschen eingerichtet werden, einzig das Pflegebett muss zwingend genutzt werden. Die Zimmer verfügen über eine eigene Dusche und WC und sind mit Telefon- und Fernsehanschluss sowie einem Notrufsystem ausgestattet.

Die Kosten werden mit Tagestaxen abgerechnet und richten sich nach den Maximaltarifen für Pflegeheime, welche jährlich von der Regierung des Kantons Graubünden festgelegt werden.

Das Steinhauser Zentrum bietet neun Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer an. Die Dienstleistungen stehen rund um die Uhr zur Verfügung.

4.3 Betreutes Wohnen - Selbständiges Wohnen mit regelmässiger Unterstützung im Alltag

Das Angebot richtet sich an betagte Menschen, die ihren Alltag möglichst selbstbestimmt und unabhängig gestalten möchten. In erster Linie nutzen die Mietenden eine hindernisfreie Wohnung, die modernen Ansprüchen entspricht und mit Sicherheitsinstallationen (Notrufsystem, Brandmeldeanlage, Aufzug) ausgestattet ist. Der Aufenthalt kann nach eigenen Wünschen gestaltet werden.

Bei nachlassender Selbständigkeit bietet das Betreute Wohnen Hilfestellung in verschiedenen Alltagssituationen (Administration, Handreichungen in der Wohnung, Besorgungen, Abklärungen, Fensterreinigung, etc.). Weiter ist die Teilnahme am Beschäftigungsprogramm und eine limitierte Anzahl Stunden für persönliche Gespräche in der Monatspauschale enthalten.

Zusätzlich können Module für die Verpflegung, von einzelnen Mahlzeiten bis zu Vollverpflegung, in Anspruch genommen werden. Dabei kann von einem reduzierten Preis profitiert werden.

Bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheit oder Unfall können pflegerische Leistungen bezogen werden. In Zusammenarbeit mit der Spitex Foppa wird der Bedarf ermittelt. Die Behandlungs- und Grundpflege, die Betreuung sowie hauswirtschaftliche Leistungen (Besorgung der Wäsche und Wohnungsreinigung) werden durch die Mitarbeitenden des Steinhauser Zentrums erbracht. Die Leistungen werden von der Spitex Foppa in Rechnung gestellt. Die Kosten richten sich nach denen von der Regierung des

Kantons Graubünden genehmigten Tarifen. In der Regel werden von der Grundversicherung die pflegerischen Leistungen zu 90% gedeckt. Durch eine Zusatzversicherung werden zum Teil auch hauswirtschaftliche Leistungen übernommen.

Das Betreute Wohnen wird in erster Linie in den acht Wohnungen des Stammhauses des Steinhauser Zentrums angeboten. Grundsätzlich kann das Angebot aber auch in den Wohnungen der Nebengebäude genutzt werden. Die Dienstleistungen stehen von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr zur Verfügung. Bei medizinischen Notfällen kann der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des Steinhauser Zentrums gerufen werden.

4.4 Selbständiges Wohnen – Wohnen in hindernisfreier Umgebung mit Bereitschaftsdienst

Das Angebot richtet sich an betagte Menschen, die ihren Alltag selbstbestimmt und unabhängig gestalten. Die Mietenden nutzen eine hindernisfreie Wohnung, welche modernen Ansprüchen entspricht. Der Aufenthalt wird nach eigenen Wünschen gestaltet und der Alltag wird selbständig bewältigt.

Die sonnigen Wohnungen sind mit einer kompletten Küche inkl. Geschirrspülmaschine, einem Balkon, einem Kellerabteil und mit Sicherheitsinstallationen (Notrufsystem, Brandmeldeanlage, Aufzug) ausgestattet. Das Steinhauser Zentrum übernimmt zudem die Entsorgung von recycelbarem Abfall aus einer internen Sammelstelle.

Je nach Lust und Bedarf können die verschiedenen Angebote des Steinhauser Zentrums sporadisch oder regelmässig genutzt werden. Im Vordergrund stehen dabei das Verpflegungsangebot des Restaurants aber auch die hauswirtschaftlichen Leistungen.

Bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheit oder Unfall können pflegerische Leistungen bezogen werden. In Zusammenarbeit mit der Spitex Foppa wird der Bedarf ermittelt. Die Behandlungs- und Grundpflege, die Betreuung sowie hauswirtschaftliche Leistungen (Besorgung der Wäsche und Wohnungsreinigung) werden durch die Mitarbeitenden des Steinhauser Zentrums erbracht. Die Leistungen werden von der Spitex Foppa in Rechnung gestellt. Die Kosten richten sich nach denen von der Regierung des Kantons Graubünden genehmigten Tarifen. In der Regel werden von der Grundversicherung die pflegerischen Leistungen zu 90% gedeckt. Durch eine Zusatzversicherung werden zum Teil auch hauswirtschaftliche Leistungen übernommen.

Im Hauptgebäude des Steinhauser Zentrums und in den Nebengebäuden können bis zu 35 hindernisfreie Wohnungen gemietet werden.

Die Dienstleistungen stehen von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr zur Verfügung. Bei medizinischen Notfällen kann der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des Steinhauser Zentrums gerufen werden.

5 Pflegemodell

Pflegemodelle sind vereinfachte, schematische und theoretische Darstellungen der professionellen Pflege.

Pflegemodelle werden aus Pflegetheorien abgeleitet. Sie formulieren Ziele und Aufgaben der Pflegepersonen und liefern eine gewisse Struktur für die Pflegeplanung. Das Steinhauser Zentrum arbeitet nach dem Pflegemodell von M. Gordon, auf welchem BESAdoc aufgebaut ist.

5.1 Marjory Gordon

Marjory Gordon, *10. November 1931 – 29. April 2015 in Boston – diesen Namen bringen Pflegekräfte wohl als erstes mit den NANDA-Pflegediagnosen in Verbindung. Gordon ist eine US-amerikanische Pflegetheoretikerin, die neben ihrer Pionierarbeit bei den Pflegediagnosen das Modell der funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster entwickelt hat. Als pensionierte Professorin war sie eine gefragte Referentin zu Pflegediagnosen, -assessments und Klassifikationssystemen. Für die professionelle Entwicklung der Pflege wurde M. Gordon mit der Auszeichnung «Living Legend» geehrt.

Die letzten Botschaften von M. Gordon an Pflegefachpersonen lauten wie folgt:

- Wachsen Sie in die professionelle Rolle einer «Diagnostizierenden» hinein, um Pflegebedürftigkeit unterscheidend einzuschätzen, über hilfreiche Interventionen zu entscheiden und für Pflegeergebnisse gerade zu stehen.
- Machen Sie sich vertraut mit dem Wissen um Begriffe und Konzepte der in ihrer Praxis häufigen Pflegediagnosen und -interventionen.
- Entwickeln Sie eine klare Vorstellung von Schwerpunkten pflegerischer Praxis, dem diagnostischen Prozess und nutzen Sie einen pflegerischen Bezugsrahmen, wie die Funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster für das Pflege-Basisassessment.
- Bleiben Sie interessiert und neugierig für neue Pflegediagnosen und arbeiten Sie an deren Entdeckung, Entwicklung und Verfeinerung mit.

Ziel von M. Gordon ist nichts anderes, als mithilfe ihrer Basisassessments der Funktionellen Gesundheitsverhaltensmuster, den Pflegebedarf von Menschen zu erkennen und sichtbar zu machen, mit Pflegediagnosen zu unterscheiden und zu benennen, und mit pflegebedürftigen Menschen gemeinsam gesundheitliche Probleme zu lösen, Risiken zu vermeiden und Fähigkeiten zu entwickeln. (vgl. Gordon (2013), S. 17ff)

5.2 Struktur des Modells

Das Pflegemodell nach M. Gordon beinhaltet 16 Pflegeschwerpunkte, welche während der Beobachtungsphase in der Regel bei Eintritt oder vor der BESA Wiedereinstufung mind. alle sechs Monate sehr genau gemäss folgenden Punkten beschrieben werden müssen.

- Welche Ressourcen sind sichtbar?
- Welche Probleme sind erkennbar?
- Welches Verhalten ist beobachtbar
- Wo ist Unterstützung sichtbar und welcher Unterstützungsbedarf ist nötig
- Werden und können Wünsche und Bedürfnisse geäussert werden?

Nach der Beobachtungsphase werden zu den einzelnen Pflegeschwerpunkten nur noch Abweichungen zur Pflegeplanung und die Wirkung der Interventionen beschrieben.

5.2.1 16 Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon

Folgend die Richtlinien für die Dokumentation während der Beobachtungsphase auf der Grundlage der Definitionen von funktionellen Gesundheitsverhaltensmustern. Funktionelle Gesundheitsverhaltensmuster liefern eine Struktur für die Beobachtungsphase und eine Datengrundlage für den weiteren Pflegeprozess. Nach 14-tägigem Beschreiben werden die gewonnenen Daten gesammelt, indem verschiedenen Fragebogen ausgefüllt werden. Diese werden erhoben durch Fragen, die den Bewohner dabei unterstützen, über seinen früheren und aktuellen Gesundheitszustand und den Umgang mit der eigenen Gesundheit zu berichten, sofern dies kognitiv noch möglich ist. Zudem wird die Sicht der Angehörigen erfasst. Beobachtungen während der Beobachtungsphase liefern Daten für den Fragebogen über die aktuelle Situation. Falls die Analyse auf ein gesundheitsbezogenes Problem oder ein potenzielles Problem hinweist, sollte dazu eine Pflegediagnose oder Risikodiagnose erstellt werden. Leidet der Bewohner an einer Krankheit, die eines dieser Gesundheitsverhalten beeinträchtigt erfordert dies ein tiefergehendes Pflegeassessment. Weitere Hinweise dazu Gordon M. (2013). Pflegeassessments Notes. Bern: Huber

Pflegeschwerpunkt „Wahrnehmung / Kognition“

Informationssammlung über Sehen, Hören, Geschmacks- und Geruchssinn, Sensorik an Händen / Füßen, Erinnerungsvermögen/Gedächtnis der letzten Zeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Orientierung, Fälen von Entscheidungen, adäquates Einschätzen von Risiken und Gefahren, Fragen an die Angehörigen: Auffälligkeiten beobachten bei den oben erwähnten Themen, Reizüberflutung? Ausführliche Informationen dazu finden sich im Demenzkonzept.

Pflegeschwerpunkt „Schmerz“

Beschwerden / Schmerzen, wenn nötig Fokusassessment ausfüllen. Siehe Gordon M. (2013). Pflegeassessments Notes. Bern: Huber, S. 93 ff. Ausführliche Informationen dazu finden sich im Schmerzkonzept.

Pflegeschwerpunkt „Gesundheitsverhalten / Lernen“

Allgemeiner Gesundheitszustand, Einstellung zu Naturheilmittel, Rauchen/Alkohol, Impfungen gegen Tetanus, Grippe, Corona, Unfälle in der Vergangenheit, Bereitschaft neues zu lernen, Bereitschaft die angeordnete Therapie auszuführen, was ist besonders wichtig?

Pflegeschwerpunkt „Lebensprinzipien“

Coping Strategien, was hilft gegen Anspannungen, Dinge, die wichtig im Leben sind, Zukunftsplan, Religion

Pflegeschwerpunkt „Kommunizieren“

Mut haben Wünsche/Bedürfnisse zu äussern, verständliche Sprache, Muttersprache, Aphasie, der Situation angemessene Kommunikation, Stimm- und Sprechmuster,

Pflegeschwerpunkt „Sicherheit / Schutz“

Sturz in den letzten sechs Monaten mit oder ohne Verletzung, Hautverhältnisse, Hautzustand,

Pflegeschwerpunkt „Selbst- /Fremdgefährdung“

Selbstverletzungen, starke Stimmungsschwankungen, anderen Menschen etwas antun, Falls angemessen und die Gefahr einer Selbsttötung im Raum steht

- Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, dass Sie nicht mehr leben wollen
- Haben Sie daran gedacht, dass sie sterben wollen
- Ist Ihnen der Gedanke gekommen, sich etwas anzutun?
- Wüssten Sie, was Sie sich antun würden?
- Halten Sie ihre Situation für aussichtslos, hoffnungslos?
- Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?
- Sind in Ihrer Familie Selbsttötungen vorgekommen

(Gordon, M. / Georg, J. 2020. Handbuch Pflegediagnosen. Bern: Hogrefe, S. 67 ff)

Um die Auswirkungen der Stimmungsschwankungen genauer zu definieren, soll im BESAdoc das Focusassessment "Geriatric Depression Scale (GDS)" erfasst werden. Zudem sind detaillierte Informationen im Konzept Freiheitseinschränkende Massnahmen ersichtlich.

Pflegeschwerpunkt „Selbstwahrnehmung“

Selbstbeschreibung, Körperveränderungen in letzter Zeit, Einstellung gegenüber sich selbst seit Beginn der Erkrankungen, Angst/Einsamkeit/impulsiv/wütend – was hilft in solchen Situationen und was begünstigt dies, Hoffnungslosigkeit,

Pflegeschwerpunkt „Rollenbeziehung“

Wohnsituation zu Hause, familiäre Sorgen/Probleme, Rollenverteilung in der Familie,

Pflegeschwerpunkt „Bewegung“

Bewegungsgewohnheiten, Gehbild, Kraft und Balance, Hilfsmittel,

Pflegeschwerpunkt „Beschäftigung / Alltagsgestaltung“

Energiehaushalt, Freizeitaktivitäten,

Pflegeschwerpunkt „Essen / Trinken“

Essensgewohnheiten, Trinkgewohnheiten, Trinkmenge pro Tag, Gewichtsschwankungen, Appetit? Beschwerden beim Kauen, Schlucken, Magenbeschwerden nach den Mahlzeiten, Intoleranzen, Wunde, die schlecht heil, Zustand der Zahnprothese und Mundschleimhaut,

Pflegeschwerpunkt „schlafen, sich ausruhen“

erholsamer Schlaf, Konzentration über Tag, Schlafrituale/Gewohnheiten, Schlafen über den Tag, Einschlafen, Schlafqualität, gewohnte Schlafumgebung, Schlafmittel,

Pflegeschwerpunkt „Körperpflege / Bekleiden“

Hilfegrad bei der Körperpflege und Bekleiden, Vorlieben beim Pflegen, bevorzugte Pflegeprodukte, genügend Kleider

Pflegeschwerpunkt «Atmen»

Atemmuster in Bewegung und Ruhe, Veränderungen in der Atmung beobachtet, Husten, Umgang mit Sauerstoff und Inhalationen,

Pflegeschwerpunkt „Ausscheidung / Austausch“

gewohnte Muster der Stuhl- und Urinausscheidung, Neigung zu Obstipation/Diarrhoe/Harnwegsinfekt, Übermässiges Schwitzen, starker Körpergeruch

5.2.1 Pflegediagnosen

Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung, die von einer dipl. Pflegefachperson HF nach dem Pflegeassessment, bestehend aus der Anamnese, Beobachtungen, Fokusassessments, körperlichen Untersuchungen gemacht wird. In einer Pflegediagnose werden möglich Ursachen, Risikofaktoren, Ressourcen, Symptome und das Pflegeziel erfasst. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auswählen, planen und durchführen zu können, um vereinbarte Pflegeziele zu erreichen und zu evaluieren.

6 Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege

- Pflegeplanung
- direkte Pflege
- Pflegedokumentation
- pflegerische Arbeitsorganisation
- Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie
- Kooperations- und Koordinationsleistungen

6.1 Pflege als Dienstleistung

Pflege hat als oberstes Ziel, dem Bewohner eine solche Anregung und Unterstützung zu geben, dass er in der Lage ist etwas für sich zu tun, wieder selbst in seinem Sinne für sich zu sorgen. Pflege ist nicht nur Handwerk, sondern auch Beziehung und Arbeit mit Kräften und Fähigkeiten.

Echte Pflege geht nicht ohne Vertrauen und Wohlwollen. Je offener der Austausch ist, gerade in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz, desto mutiger und sicherer kann der Bewohner seine Wege gehen und weiterleben oder in Frieden Abschied nehmen.

6.2 Personelle Ressourcen

Die Pflege und Betreuung sowie die Spitex-Leistungen werden von Dipl. Pflegefachpersonen HF, FaGe's, Pflegeassistent:innen und von Pflegehelfer:innen SRK ausgeführt.

Die Nachtwache wird von einer Fachperson oder Pflegehelferin SRK übernommen. Um die Sicherheit der Bewohner jederzeit zu gewährleisten, leistet eine Dipl. Pflegefachperson HF Bereitschaftsdienst und ist jederzeit erreichbar.

Die Bereichsverantwortung liegt bei der Leitung Pflege und Betreuung.

6.3 Skill- & Grademix

Unter Skill versteht Abt (2007, S. 77) «die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden». Die verschiedenen Bildungsabschlüsse, einschliesslich der Zusatzausbildungen der Mitarbeitenden, werden gemäss Abt (2007) als Grade definiert.

Der Skill-Grade-Mix hat zum Ziel, bei der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohner die personellen Ressourcen im Pflegeteam optimal zu nutzen (Barandun Schäfer et al., 2011). Es geht nicht mehr darum, dass alle Alles können müssen. Fent, R. / Jörg, A. (2018). S. 5.

Nebst dem Einsatz unterschiedlichen Bildungsniveau ist es wichtig die Erfahrungen und persönliche Kompetenzen der Fachkräfte optimal im Arbeitsprozess zu implementieren. Die unterschiedlichen

Ausbildungsgraden müssen transparent gemacht werden, damit können Arbeitsaufgaben innerhalb des Skill-Grade-Mix den Kompetenzen entsprechen zugeteilt werden.

Im Steinhauser Zentrum sind alle Pflegenden über alle Bewohnenden gemäss Kompetenzen mittels Pflegeplanung informiert. Eine klare Aufgabenverteilung mit Berücksichtigung der Kompetenzen durch die Planungstafel und die digitale Agenda ist für eine effiziente Organisation unumgänglich.

6.3.1 Dipl. Pflegefachperson HF

Die Dipl. Pflegefachperson HF arbeitet jeweils im Frühdienst und übernimmt die Tagesverantwortung. Sie ist verantwortlich für die Visiten, erkennt und beurteilt Pflegeprobleme und leitet Pflegemassnahmen ein oder leitet dies dem Hausarzt weiter. Sie führt Angehörigengespräche, das Medikamentenmanagement und entscheidet in hohem Masse selbständig über die Bewohnenden. Die dipl. Pflegefachperson HF nimmt eine zentrale Führungsrolle ein. Zwei Mal täglich am Huddle (siehe Merkblatt «Sinn und Zweck Huddle») werden die Pendenzen zusammen besprochen und geplant, sowie zusammen möglich Pflegeprobleme besprochen und sich beraten. An den Anschluss des Dienstes übernimmt sie den Bereitschaftsdienst bis am nächsten Morgen.

Die dipl. Pflegefachpersonen HF sind prozessverantwortlich über ein bis zwei Bewohnende, siehe dazu Standard Pflegeprozess. Die prozessverantwortliche dipl. Pflegefachperson HF gilt als erste Ansprechperson für Bewohner und Angehörige. Überschreitet das Gespräch ihre Kompetenz wird die Leitung Pflege und Betreuung oder die Heimleitung beigezogen.

6.3.2 FaGe EFZ

Fachangestellte Gesundheit arbeiten, sofern planerisch möglich immer im Frühdienst, und eine zweite übernimmt immer den Spätdienst und trägt dessen Hauptverantwortung. In der Mehrheit der Nächte pro Monat übernimmt eine FaGe EFZ die Nachtdienste.

Sie unterstützen bedarfs- und situationsgerecht pflegebedürftige Menschen. Ihre Kernaufgabe liegt im Pflegen, Betreuen und Begleiten von Patientinnen und Patienten. Fachpersonen Gesundheit übernehmen einfache medizinaltechnische Verrichtungen. Sie sind in der Lage, Pflegeprobleme und medizinische Probleme zu erkennen und gegebenenfalls erste Hilfe zu leisten und/oder Hilfe durch diplomierte Pflegefachpersonen HF zu organisieren. Sie arbeiten eng mit den dipl. Pflegefachpersonen HF zusammen. Siehe Übersicht Kompetenzen FaGe EFZ.

6.3.3 Assistent*innen Gesundheit & Soziales (AGS) / Pflegehelfer*in SRK

AGS und Pflegehelfer*innen SRK werden insbesondere am Morgen und am Abend eingesetzt. Teilweise übernehmen Pflegehelfer SRK den Nachtdienst.

Sie unterstützen bedarfs- und situationsgerecht pflegebedürftige Menschen. Ihre Kernaufgabe liegt im Pflegen, Betreuen und Begleiten von Patientinnen und Patienten. So unterstützen sie beispielsweise bei der täglichen Körperpflege sowie dem An- und Auskleiden, der Mobilisation, der Nahrungsaufnahme oder der Gestaltung von Freizeitaktivitäten wie dem Spielen, Basteln oder Singen. Sie sind für die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie z.B. Reinigungsarbeiten oder der Bewirtschaftung von Materialien, zuständig. Zudem übernehmen sie Delegationsaufgaben in pflegerischen und/oder medizinaltechnischen Bereichen.

6.3.4 Pflegeorganisationssysteme

Die Pflege lässt sich auf der Arten Organisieren

A ablaufforientierte Funktionspflege

B Bereichspflege

C bewohnerorientierte Bezugspflege

Im Alltag treten oft Mischformen aus allen drei Organisationsarten auf.

Im Steinhauser Zentrum verfolgen wir insbesondere die Bereichspflege wie auch die bewohnerorientierte Bezugspflege.

Im Alltag halten wir uns mehrheitlich an die Bereichspflege, indem eine Fachperson (Frühdienst – dipl. Pflegefachperson HF, Spätdienst – FaGe EFZ) die leitende Position übernimmt. Für die Monatsplanung ist die Leitung Pflege und Betreuung zuständig.

Ein umfassender Informationsaustausch zwischen den leitenden Positionen schafft mögliche Fehlerquellen aus dem Weg. Die Pflegefachperson verfügt über ein grosser Handlungs- und Entscheidungsfreiraum. Wichtig ist dabei darauf zu achten, dass die Fachperson über Führungskompetenzen verfügt oder diese erlernen möchte. Wichtige Bewohnerinformationen an die prozessverantwortliche dipl. Pflegefachperson HF müssen mündlich oder schriftlich via BESA Mitteilung weitergeleitet werden.

Zudem führen wir die bewohnerorientierte Bezugspflege indem jede dipl. Pflegefachperson HF prozessverantwortlich über ein bis zwei Bewohnende ist. Siehe 6.3.1. Der Vorteil davon ist, dass die Prozessverantwortliche den Lead über die zugeteilten Bewohnenden hat. Wichtig ist dabei eine gute Beziehungsebene zwischen Bewohner und Angehörigen. Verbessertes Informationsfluss zwischen Bewohner/Angehörige, indem sich die Prozessverantwortliche regelmässig mit den betroffenen Personen austauscht. Pflegeprobleme können erfasst, behandelt und evaluiert werden. Die Prozessverantwortliche kennt ihre Bewohner und deren Bedürfnisse, Schwierigkeiten können schneller gelöst werden. Je nach Situation mit Bewohner und/oder Angehörigen kann die Stressbelastung zunehmen, bei Ausfall der Prozessverantwortliche muss eine Stellvertretung die Aufgabe übernehmen. Diese Art von Organisation ist sehr zeitintensiv, weshalb die Prozessverantwortliche jeden Monat Zeitressourcen von 4.5 Stunden pro Bewohner erhält.

6.4 Anforderungen an das Personal

Die Persönlichkeiten, welche mit der Pflege und Betreuung von betagten Menschen vertraut werden, müssen sich auszeichnen durch ein hohes Mass an Geduld, Einfühlungsvermögen, Kreativität, Flexibilität und Toleranz. Zufriedene und humorvolle Betreuende übertragen ihre positive Ausstrahlung auf die Stimmung der Bewohner. Ebenso wertvoll ist eine innere Ruhe, die nach aussen wirkt und die Atmosphäre positiv beeinflusst. Nicht gefragt sind Personen, welche auf „erzieherische“ Art verbissen die „Förderung“ der betagten Menschen anstreben, sondern Betreuungspersonal, welches sich wohlwollend in die Welt und auf die Bedürfnisse und Ressourcen des Bewohners einlassen kann und sie dort abholt, wo sie stehen. Kommunikations-, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, aber auch die Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, sind wichtige Voraussetzungen, um den hohen Anforderungen gerecht zu werden. Bei der Personalrekrutierung schenken wir den Sozialkompetenzen hohe Beachtung.

6.5 Aktivierung

Wir bieten mindestens drei Mal wöchentlich Aktivierung an. Das Angebot richtet sich an alle Bewohner des Steinhauser Zentrums. Bei der Gestaltung berücksichtigen wir die Bedürfnisse der Bewohner, ihre Wünsche, ihre Fähigkeiten oder aktuelle Ereignisse. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Zu den Aktivierungen sind auch die Mieter herzlich willkommen.

Mögliche Aktivitäten:

- Kochen/Backen
- Blumenpflege/Gartenarbeiten
- Vorlesen
- Gesellschaftsspiele
- Bewegen/Turnen/Strömen
- Spazieren/Ausflüge
- Singen
- Und Weiteres.

6.6 Seelsorge

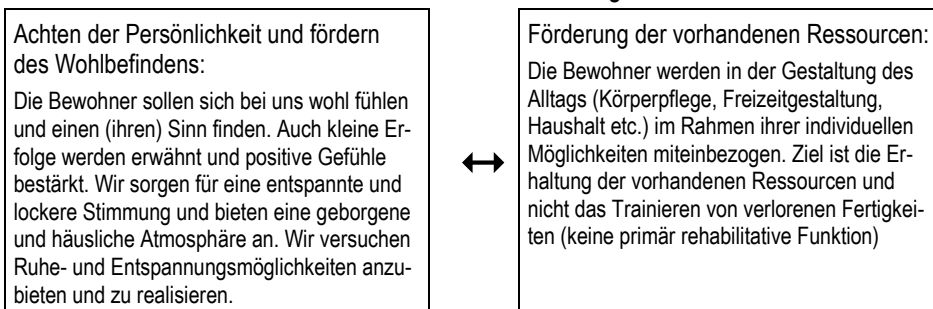
In der zentrumseigenen Kapelle St. Franziskus finden wöchentlich katholische und/oder reformierte Gottesdienste statt. Die Kapelle steht jedoch allen Konfessionen für eine stille Einkehr offen.

Die Priester der Standort-Pfarreien besuchen die Bewohnenden auf Wunsch auch in ihrem Zimmer. Der katholische Pfarrer verabreicht dabei die hl. Kommunion oder die Krankensalbung. Die Pflegenden übernehmen die Organisation des Besuches in Rücksprache mit den Bewohnenden und deren Angehörigen.

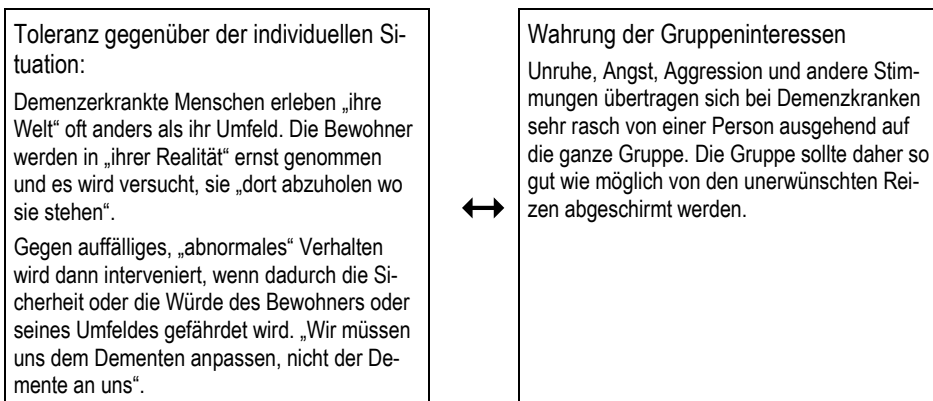
6.7 Spannungsfelder der Milieugestaltung

Nachfolgende Ausführungen beziehen sich stark auf die Pflege demenzkranker Menschen. Sie können aber in Bezug auf die dahinter liegenden Grundhaltungen auch auf andere, vergleichbare Pflegesituationen übertragen werden.

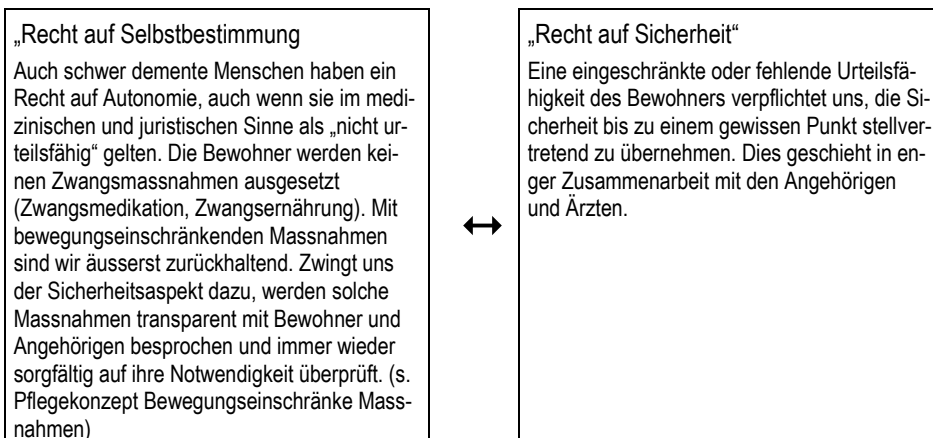
Wohlbefinden versus Förderung



Individualität versus Gruppeninteressen



Freiheit versus Sicherheit



7 Handlungskonzepte

Konzepte mit pflegetherapeutischen Ansätzen

- Bewegungseinschränkende Massnahmen
- Demenz
- Umgang mit Gewalt
- Palliative Pflege und Betreuung
- Assistierter Suizid
- Ausbildung

werden von den Pflegepersonen angewandt, welche diese Kompetenzen im Laufe ihrer Ausbildung oder im Rahmen einer gezielten individuellen Fortbildung erlernt haben.

Die Konzepte werden laufend überarbeitet und erweitert.

8 Pflegestandards / Pflegerichtlinien

Pflegestandards sind allgemeingültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Sie legen Themen oder Tätigkeiten fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten sollen und wie diese Leistungen auszusehen haben.

Die Pflegestandards sind „von der Praxis für die Praxis“, d.h. dass sie in der Praxis erarbeitet, überprüft und angewendet werden. Die erarbeiteten Standards sind für alle Pflegenden verbindlich.

Die Pflegestandards geben die Basis für die Durchführung pflegerischer Massnahmen vor. In einem Bereich wo unterschiedliche Wissensstände, Erfahrungen und Ausbildungen der Pflegenden aufeinander treffen, dient der Pflegestandard als „gemeinsamer Fahrplan“ für die pflegerischen Tätigkeiten an und mit dem Bewohner.

Die Aktualität der vorhandenen Standards wird regelmässig überprüft.

9 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation gilt für alle Wohnformen.

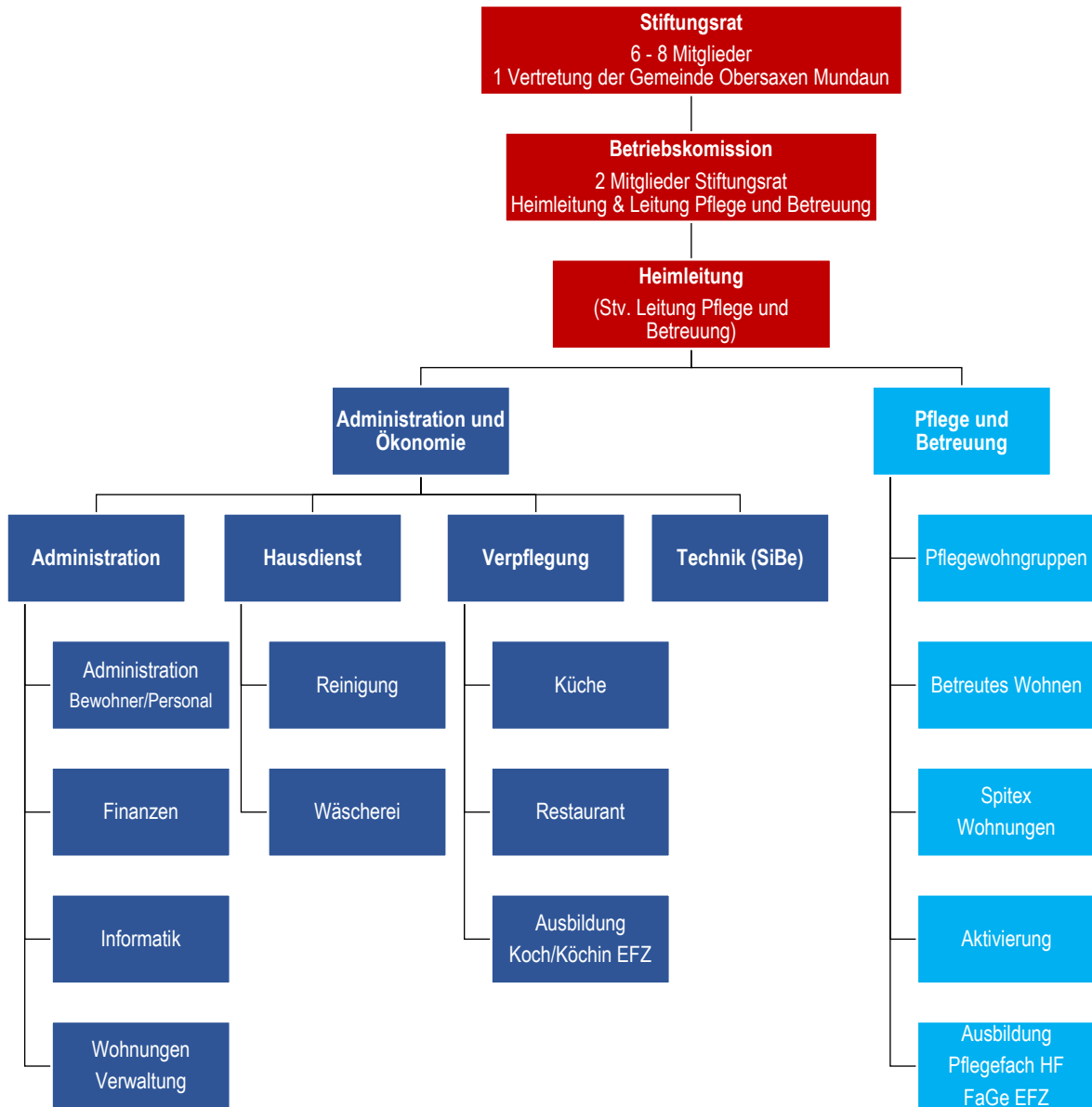
Jede Pflegeperson ist für die laufende Dokumentation ihrer Pflege verantwortlich.

Die Erfassung, Aktualisierung und Evaluation des gesamten Pflegeprozesses liegt in der Verantwortung der jeweiligen prozessverantwortlichen dipl. Pflegefachperson HF.

Die Kontrollfunktion bezüglich einer kompletten, korrekten und aktualisierten Pflegedokumentation hat die Leitung Pflege und Betreuung, welche die Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses im BESAdoc anhand von Stichproben kontrolliert. Ausführliche Informationen dazu in der Richtlinie Pflegeprozess.

10 Aufbauorganisation

Organigramm Steinhauser-Casanova Stiftung



11 Angehörige

Die Angehörigen der Bewohner werden in den Pflegeprozess einbezogen und aktiv informiert.

Angehörige demenzerkrankter Menschen sind ebenfalls „Opfer“ der Krankheit. Gespräche zur Entspannung der Situation werden angeboten. Darüber hinaus können die Adressen der entsprechenden Stellen vermittelt werden

12 Medizinische Grundversorgung

12.1 Heimarzt

Grundsätzlich gilt die freie Arztwahl.

Der Heimarzt ist zuständig für alle Bewohner, die keinen anderen („eigenen“) Hausarzt haben sowie für Bewohner, die vom Hausarzt zum Heimarzt wechseln wollen.

Der Heimarzt kann für interne Weiterbildungen beigezogen werden.¹

Ist bei Notfällen der zuständige Hausarzt und seine Stellvertretung nicht erreichbar, wird der Notfallarzt kontaktiert.

Der Arzt wird auf den Visiten von der tagesverantwortlichen dipl. Pflegefachperson HF begleitet. Die notwendigen Informationen sind im BESAdoc unter «Medizinisches» - «Fragen an den Arzt» eingetragen. Die Antwort wird stichwortartig indem auf das Couvert geklickt wird, notiert. Dieses Verfahren gilt auch für telefonische Vereinbarungen.

Die Visiten des Heimarztes oder der Hausärzte finden unregelmässig, meistens nach Absprache und bei Bedarf statt.

Die Verordnung der Medikamente erfolgt in der Regel auf der Visite. Der Arzt trägt die Verordnung auf dem Formular „Ärztliche Verordnung“ ein und visiert. Die tagesverantwortliche dipl. Pflegefachperson HF überträgt die Verordnungen ins BESAdoc unter Medizinisches-Verordnungen. Übertragene ärztliche Verordnungen werden mit Rot visiert.

Telefonische Verordnungen werden von der tagesverantwortlichen dipl. Pflegefachperson HF entgegengenommen, das Visum wird per Scan eingeholt.

Ärztliche Verordnungen werden immer durch eine zweite Fachperson gegenkontrolliert und mit Rot visiert.

12.2 Fachärztliche Betreuung Psychiatrie

Im Steinhauser Zentrum ist eine konsiliarische Betreuung durch einen Facharzt für Psychiatrie gewährleistet.²

Dieses Angebot wird für alle Wohnformen genutzt.

Der Konsiliarpsychiater hat im Wesentlichen folgende drei Aufgaben:

1. Prüfung der medikamentösen Therapie, insbesondere der Psychopharmaka wie Neuroleptika, Antidepressiva, Benzodiazepine u.a., sowie bei Bedarf Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und Einleitung der neuen Verordnung.
2. Mitentscheid zusammen mit dem Hausarzt bezüglich weiteren allfälligen Therapieschritten, insbesondere bei der Prüfung eines psychiatrischen Klinikaufenthaltes. Bevor die Ressourcen des Konsiliarpsychiaters nicht genutzt wurden, erfolgt keine Einweisung in eine psychiatrische Klinik.
3. Fachliche Unterstützung des Pflegepersonals: z.B. Beratungen bezüglich des Einsatzes von Reservemedikamenten, beratende Stimme zu milieutherapeutischen Fragen, allgemeine Förderung der Kenntnisse im Fachbereich Psychiatrie sowie Referate im Rahmen des internen Weiterbildungsprogramms.

Ablauf einer neuen Verordnung Psychiater/Hausarzt

Die tagesverantwortliche dipl. Pflegefachperson HF informiert, in der Regel vorgängig, den zuständigen Hausarzt über das psychiatrische Konsilium. Die Kosten der Behandlung rechnet der Konsiliarpsychiater mit der zuständigen Krankenkasse ab.

¹ Literaturhinweis: Vereinbarung Heimarzt, Dr. med. O. Franz

² Literaturhinweis: Vereinbarung Konsiliarpsychiatrischer Dienst, PDGR

Die Pflegedienstleitung oder die tagesverantwortliche dipl. Pflegefachperson HF informiert die engsten Angehörigen des Bewohners über den Beizug der Psychiaterin.

Die Verordnung von neuen Medikamenten erfolgt wie unter 12.1 „Verordnung der Medikamente“ beschrieben.

12.3 Alternative Heilmittel

12.3.1 Bachblüten

Die Original Bach-Blütentherapie gründet sich auf die Entdeckung des englischen Arztes Dr. Edward Bach (1886 – 1936). Die Bach-Blütentherapie ist eine natürliche Behandlungsmethode, die in erster Linie der seelischen Gesundheitsvorsorge dient. Die Bach-Blüten helfen dem Menschen, mit vorübergehend auftretenden negativen Grundstimmungen wie z.B. Ungeduld, Unsicherheit usw. besser umzugehen und solche Schwächen zu überwinden.

Die Auswahl der Blütenessenzen geschieht, wo möglich, gemeinsam mit der Bewohnerin oder dem Bewohner. Die Blütenkonzentrate werden in Tropfenform eingenommen. Wenn dies nicht möglich ist achten wir auf nonverbale Zeichen, Erfahrungen und Beobachtungen des ganzen Teams.

Zur Anwendung kommen die Bach-Blüten in ausserordentlichen Situationen wie beispielsweise beim Heimeintritt, Unruhe oder in der Sterbebegleitung. Die Reaktionen der Bewohnerinnen und Bewohner sind unterschiedlich, jedoch oft erfolgreich.

Die definitive Auswahl der Blütenmischung wird zusammen mit der Konsiliarapotheke PILL Apotheke Ilanz getroffen. Die PILL Apotheke mischt die Bach-Blüten und stellt diese in Rechnung.

12.3.2 Schüssler-Salze

Das „Biochemische Heilverfahren“ beruht auf der „Theorie der Zelle“ von Virchow: Der Körper sei eine Sammlung von Zellen und die medizinische Behandlung sollte sich auf die einzelne Zelle richten. Die Theorie – „die Krankheit des Körpers ist gleich die Krankheit der Zelle“ – wurde u.a. vom Arzt Dr. Wilhelm Heinrich Schüssler (1821 – 1898) aus Oldenburg erforscht; mit der Erfassung der ausserordentlich grossen Wichtigkeit einer Reihe von anorganischen Salzen für den gesunden Körper entstand die „Biochemische Heilweise nach Dr. Schüssler“.

Im menschlichen Organismus sind diese anorganischen Nährsalze im Blut sowie in den Zellen aller Gewebe und Organe vorhanden; obwohl sie in Mengen und Konzentration unterschiedlich sind, sie bleiben in bestimmten Verhältnissen zueinander und sind für den gesunden Körper ebenso unentbehrlich wie für den normalen Ablauf aller Funktionen. Störungen dieser harmonischen Ausgewogenheit führen zu Krankheitserscheinungen. Das Ziel der „Biochemischen Heilweise nach Dr. Schüssler“ ist die Wiederherstellung der normalen Funktionen (daher der Ausdruck „Funktionsmittel“) der Zellen.

Dr. Schüssler stellte im Blut und als Bestandteile der Zellen 12 biochemische Nährsalze fest, die bestimmte Funktionen im Körper ausüben.

Die Schüssler-Salze dürfen nur von ausgebildeten Beraterinnen in Biochemie nach Dr. Schüssler eingesetzt werden.

Die alternativen Heilmittel werden ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt. Eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten hat bei uns nach wie vor eine hohe Priorität.

12.4 Besondere Angebote

Den Bewohnern und Mietern des Steinhauser Zentrums sowie den Nebengebäuden steht der kleine Wellnessbereich zur Verfügung. Der Wellnessbereich wird den Bewohnern kostenlos zur Verfügung gestellt. Für die Mietenden ist die Nutzung kostenpflichtig, auf Wunsch erhalten sie ein Jahresabonnement zu einem reduzierten Preis.

Zur Auswahl stehen ein Gehbad, Sauna/Sanarium, Dampfbad und verschiedene Fitnessgeräte. Um die Sicherheit zu gewährleisten ist den Bewohnern die Nutzung nur in Begleitung einer Betreuungsperson gestattet. Mieter müssen ihre Absicht vorgängig der diensthabenden Pflegefachfrau melden. Im Zweifelsfall hält die Pflegefachperson Rücksprache mit dem Hausarzt.

13 Leistungserfassung und Abrechnung

13.1 BESA LK 2020 - Pflegewohnen

BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) basiert darauf, dass der Bewohner aufgrund der erbrachten Leistungen bedürfnisgerecht eingestuft und der Leistungsaufwand für die Abrechnung verwendet wird.

Die BESA-Einstufung wird von der Prozessverantwortlichen dipl. Pflegefachfrau HF zusammen mit einer FaGe EFZ durchgeführt und von der Leitung Pflege und Betreuung anhand des Leistungskatalogs überprüft.

Die erste Einstufung erfolgt immer 14 Tage nach Eintritt. Wesentliche Veränderungen des Zustandes werden täglich in Bezug auf die Pflegeplanung erfasst. Jeweils nach neun Monaten werden alle Bewohner „neu“ eingestuft.

Wer führt wann welche BESA-Einstufung durch? Siehe dazu «Standard Ablauf BESA Einstufung»

Was	Wann	Wer
1. Ersteinstufung (Erste Einstufung aufgrund der effektiven Pflegeintensität)	ca. 2 Wochen nach Eintritt	Prozessverantwortliche dipl. Pflegefachfrau HF und FaGe EFZ
2. Korrekturstufung (Neueinstufungen aufgrund von Veränderungen der Pflegeintensität)	Bei Veränderungen der Pflegeintensität / wöchentlich	
3. Kontrolleinstufung (periodische Überprüfung aller Einstufungen)	Alle neun Monate	

Das BESA System kennt fünf verschiedene Pflege Themen, denen 10 Massnahmenpakete (MP) zugeteilt sind:

- Psychogeriatrische Leistungen (3 MP)
- Mobilität, Motorik und Sensorik (1 MP)
- Körperpflege (2 MP)
- Essen und Trinken (1 MP)
- Medizinische Pflege (3 MP)

Die nachfolgende Tabelle bietet eine Übersicht, inwiefern die Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon den oben genannten Punkten zugeordnet werden können:

**Gegenüberstellung Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon und BESA LK 2020:
Verbindungen und Zusammenhänge**

Pflege- und Behandlungsmassnahmen nach BESA LK 2020	Pflegeschwerpunkte nach M. Gordon	Bemerkungen / Beispiele
1. Psychogeriatrische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunizieren ➤ Wahrnehmung / Kognition ➤ Gesundheitsverhalten / Lernen ➤ Lebensprinzipien ➤ Rollenbeziehung ➤ Selbstwahrnehmung ➤ Selbst- /Fremdgefährdung 	<p>Erschwerte Kommunikation bei Demenz; Die Fähigkeit das Gedächtnis zu aktivieren, orientiert sein zur Person, Situation, Zeit und Raum; Gefahren- und Risikoeinschätzung; Ausdruck von Gefühlen, Sexuelle Distanzproblematik; Erschwerte Kommunikation bei depressiver Stimmungslage; Zeigt wenig Interesse an Tagesgestaltung, Aktivitäten usw.;Reduzierte Eigenverantwortung bei depressiver Stimmungslage, vermehrte Gespräche / Zuwendungsbedarf Negative Einstellung zum Heimaufenthalt; Begleitung in der Auseinandersetzung mit Angst, Isolation, Sterben und Tod usw.; Zuwendung während des Sterbeprozesses; Begleiten bei Störungen im Bereich Nähe / Distanz</p>
2. Mobilität, Motorik und Sensorik	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bewegung ➤ Beschäftigung / Alltagsgestaltung ➤ Schmerz ➤ Schlafen, sich ausruhen 	<p>Unterstützung beim Gehen; Tagesgestaltung, Aktivierung, Hobbys Unterstützung den Interessen nachzugehen; Instruktion von Gehhilfen, Unterstützung bei Gewohnheiten, Ritualen, Schlafrhythmus</p>
3. Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Körperpflege / Bekleiden ➤ Ausscheidung / Austausch 	<p>Unterstützung bei Körperpflege, ankleiden; Pfleagemassnahmen bei Inkontinenz Unterstützung bei der Wahl einer adäquaten Kleidung</p>
4. Essen und Trinken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Essen / Trinken 	<p>Unterstützung beim Essen und Trinken</p>
5. Medizinische Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sicherheit / Schutz ➤ Atmen 	<p>Blutdruck/Puls messen, O2 Therapie; Temperatur messen; Palliative Pflege, Angst, Isolation, Sterben; Atmung; Wundbehandlung</p>

13.2 Perigon – Spitexklientinnen und Spitexklienten

Von der Spitex Foppa werden Smartphones zur Verfügung gestellt, welche die App Perigon aufgeschaltet haben, um die Leistungen der Spitexklienten in den Wohnungen direkt zu erfassen und dokumentieren.³

- Für pflegerische Leistungen gilt grundsätzlich die Einsatzvereinbarung der Spitex Foppa. Der Einsatzauftrag beschreibt die Leistungen im Detail. Ausserdem sind Zeitbedarf und Häufigkeit festgelegt.
- Der Zeitaufwand für die Pflege wird mittels der App Perigon erfasst und verrechnet.
- Die Abrechnung der Leistungen erfolgt monatlich über die Spitex Foppa.

13.2 Besondere Leistungen – Mieterinnen und Mieter

Unvorhergesehener und kurzfristiger Pflegebedarf von Mieterinnen und Mietern, welche über keine Einsatzvereinbarung bei der Spitex Foppa verfügen und trotzdem Unterstützung benötigen, werden direkt über das Steinhauser Zentrum verrechnet.

14 Ausbildungsauftrag

14.1 dipl. Pflegefachperson HF

Das Steinhauser Zentrum bietet einen Ausbildungsplatz für Studierende HF (siehe «Ausbildungskonzept»)

Die Studierende motiviert uns zusätzlich, unser Fachwissen auf aktuellem Stand zu halten, so dass wir unser Handeln immer wieder hinterfragen und uns mit neuen Formen und Methoden auseinandersetzen.

14.2 FaGe

Das Steinhauser Zentrum bietet zwei Ausbildungsplätze für FaGe Lernende.

Die Lernenden motivieren uns zusätzlich, unser Fachwissen auf aktuellem Stand zu halten, so dass wir unser Handeln immer wieder hinterfragen und uns mit neuen Formen und Methoden auseinandersetzen.

14.2 Praktikanten

Wir bieten Praktika von unterschiedlicher Dauer und unterschiedlichem Hintergrund an:

- Praktikum für SRK-Pflegehelferinnen
- Schnupperpraktikum bis 2 Monate
- Schnupperwoche
- Arbeitsversuche im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung oder Eignungsabklärung
- Praktikum im Rahmen von RAV-Beschäftigungsprogrammen

Je nach Dauer und Art des Einsatzes ist die Entlohnung ungleich. Die Begleitungs- und Beurteilungssysteme können völlig unterschiedlich sein

³ Literaturhinweis: Vereinbarung Zusammenarbeit Spitex Foppa, Einsatzvereinbarungen Spitex Foppa

15 Hygiene

Die Hygieneverantwortliche stellt sicher, dass die Konzepte, Standards und Pläne umgesetzt und den neuesten Erkenntnissen entsprechen. Sie gewährleistet eine angemessene Hygiene in der Pflege und Betreuung.

Folgende Dokumente kommen zur Anwendung:

- Hygienekonzept 1
Inhalt: - Einführung in die Hygiene
- Verwendete Fachausdrücke
- Hygienekonzept 2 Persönliche Hygiene
Inhalt: - Körper-, Bekleidungs-, Haar- und Händehygiene
- Hygienekonzept 3 Wohnungshygiene
Inhalt: - Umgang mit Wäsche und Textilien im Pflegebereich
- Reinigung und Desinfektion des Pflegematerials
- Reinigung der Wohngruppe
- Allgemeiner Hygieneplan (Firma Braun)
- Norovirus / Leitfaden für Alters- und Pflegeheime
(Bündner Fachberatung für Hygiene im Gesundheitswesen)
- Hygienestandards

16 Pflegequalität

Das Pflegeteam verfügt über ein ausgewogenes Verhältnis zwischen diplomiertem Pflegepersonal, FaGe und Pflegeassistentenpersonal, entsprechend den Richtlinien des Gesundheitsamtes.

Das Pflegeteam besucht regelmässig interne und externe Fort- und Weiterbildungen.

Die Gewährleistung einer hochstehenden, bewohnerbezogenen Pflegequalität wird als Führungsaufgabe verstanden und wahrgenommen. Die Heimleitung, die Leitung Pflege und Betreuung und das Pflegepersonal setzen sich auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Mitteln dafür ein.

Jeder Mitarbeitende des Steinhauser Zentrums trägt die Mitverantwortung für die kontinuierliche Verbesserung, sei es im pflegerisch-medizinischen Bereich oder für betriebliche Abläufe.

Die vorhandenen Pflegestandards und Richtlinien sind verbindlich und werden regelmässig überprüft.⁴

16.1 Überprüfung der Pflegequalität

Die Pflegequalität wird anhand von verschiedenen Qualitätsindikatoren überprüft. Für diesen Zweck werden unter anderem Stürze, Dekubiti, Gewalt, Freiheitsbeschränkende Massnahmen und Fehlmedikationen detailliert erfasst. Die Daten werden einmal jährlich bei Bedarf an der Pflegeteamsitzung ausgewertet.

17 Evaluation und In-Kraft-Treten

Das Pflege- und Betreuungskonzept wird mit Einbezug der Leitung Pflege und Betreuung und durch die Heimleitung regelmässig überprüft.

⁴ Literaturhinweis: Leitbild, Konzepte, Standards, Dokumentation

18 Quellenverzeichnis

- Gordon, M., Georg, J., Brock, E., & Gordon, M. (2013). Pflegeassessment Notes: Pflegeassessment und klinische Entscheidungsfindung (1., dt.sprachige Aufl). Huber-Verl.
- Gordon, M., & Georg, J. (2020). Handbuch Pflegediagnosen (M. Herrmann, Übers.; 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85794-000>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2018). Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen (M. Herrmann, Übers.; 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hans Huber.
- Sauter, D., & Ahrens, R. (Hrsg.). (2011). Lehrbuch psychiatrische Pflege (3., vollst. überarb. und erw. Aufl). Huber.
- Al-Abtah, J., Ammann, A., Andreae, S., Anton, W., Bensch, S., & Protz, K. (2020). Pflege (2., überarbeitete Auflage, 4. korrigierter Nachdruck). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163255>
- Fent, R. / Jörg, A. (2018). Der Skill-Grade-Mix im Pflege- und Gesundheitsberuf, zhaw Gesundheit: Bachelorarbeit Pflege
- Hafner, M. D., & Meier, A. (2005). Geriatrische Krankheitslehre. 1: Psychiatrische und neurologische Syndrome (4., vollst. überarb. u. erw. Aufl). Huber.
- Messer, B. (o. J.). Pflegeplanung für Menschen mit Demenz (Neuauf. 2004). Schlütersche Verlagsgesellschaft.