

Pflegekonzept

Verrus D e.V.

Schönbornstraße 1; EG

54295 Trier

Telefon: 0651 / 463 20 100

0651 / 463 20 101

0651 / 994 00 49

Telefax: 0651 /463 200 99

email: verrus@t-online.de

www.verrus.de

Vorwort

Das vorliegende Pflegekonzept dient allen Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die am Pflegeprozess beteiligt sind, als Leitlinie. Zudem stellt es eine Transparenz für die Öffentlichkeit dar. Es soll Patienten und Angehörigen eine Orientierungshilfe sein. Das Pflegekonzept steht unter ständiger Bearbeitung und Aktualisierung.

1. Vorstellung der Einrichtung

Der Verein „*Verrus D*“ wurde am 06. Mai 1996 in Trier gegründet. Im Jahr 2001 wurde er als Mitglied des Paritätischen Wohlfahrtsverband Rheinland-Pfalz/Saarland anerkannt. Unter dem Zeichen der Völkerverständigung verfolgt der Verein den Zweck der Pflege der russischen Sprache und Kultur bei gleichzeitiger Integration seiner Mitglieder in die deutsche Gesellschaft. Der Verein wendet sich vor allem an russische und russischsprechende Jugendliche und Senioren. Bis zum 30. Juni 2010 schloss sich der Verein mit seinen Tätigkeiten der Paritätischen Sozialstation Club Aktiv e.V. an. Ab dem 01. Juli 2010 erhielt *Verrus D e.V.* die Zulassung für einen gleichnamig gegründeten Pflegedienst. Primäres Ziel des Pflegedienstes ist es, die Pflege bei kranken, pflegebedürftigen, gefährdeten und notleidenden Menschen zu erbringen. Menschen die wegen körperlicher, geistiger oder seelischen Beeinträchtigungen auf Hilfe anderer angewiesen sind werden unterstützt. Der Pflegedienst fördert die Möglichkeiten ein in der Gesellschaft integriertes, selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Um die individuellen Ansprüche sowie die spezifischen Krankheitsbilder unserer Patienten gerecht zu werden, nehmen wir eine besondere Auswahl an Pflegepersonal vor. Ebenso wie die kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung derer. Einen Teil der Pflegebedürftigen hat einen Migrationshintergrund wodurch ein großer Fokus des Pflegedienstes auf der kultursensiblen Pflege liegt. Ziel ist es die pflegebedürftigen Patienten individuell und kulturnah zu unterstützen.

2. Leistungsspektrum

Das Leistungsangebot des Pflegedienstes beinhaltet die ganzheitliche Versorgung des Patienten von der Grundpflege über die Behandlungspflege bis hin zur Haushaltshilfe. Darüber hinaus werden auch psychosoziale Betreuungsmaßnahmen und Begleitungen der Patienten angeboten.

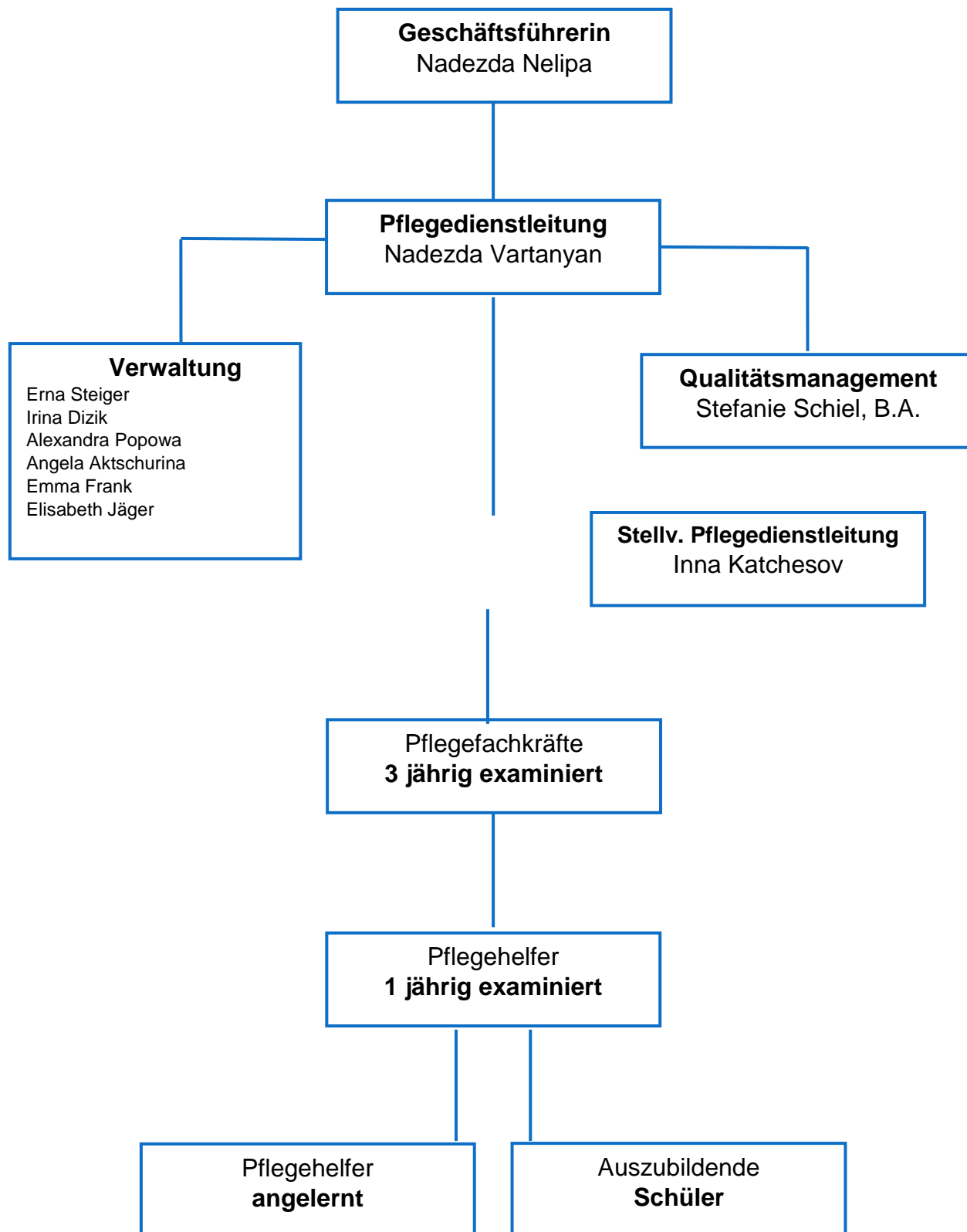
- SGB XI soziale Pflegeversicherung:
 - § 36 Pflegesachleistungen
 - Grundpflege
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
 - § 38 Kombination von Geld- und Sachleistungen
 - § 39 Verhinderungspflege
 - § 37.3 Beratungseinsatz
 - § 45 Pflegekurs und Pflegeschulen
 - §45b Zusätzliche Betreuungsleistungen
- SGB V gesetzliche Krankenversicherung:
 - § 37 Häusliche Krankenpflege:
 - Behandlungspflege
 - Grundpflege
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
- SGB XII Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege
- Private Leistungen

Zusätzliche Dienstleistungen:

- Zusätzliche Servicedienste/Vermittlung:
 - Hausnotruf
 - Pflegehilfsmittel
 - Apotheke
 - Physiotherapeuten
 - Fahrdienste
 - Fußpflege
 - Friseur

Zur Sicherheit binden wir uns mit einem schriftlichen Pflegevertrag. Die Preise und Leistungen sind klar erkennbar. Die anfallenden Kosten sind aufgeschlüsselt und verständlich dargestellt. Die Verträge und Leistungen sind jederzeit kündbar oder änderbar. Das Einzugsgebiet des Pflegedienstes erstreckt sich über den Raum Trier/ Trier-Land.

3. Personalstruktur/Organigramm



4. Personelle Ausstattung

Für die Betreuung und Versorgung der Patienten ergibt sich zum aktuellen Zeitpunkt einen Personalschlüssel von:

Geschäftsführung

Pflegedienstleitung

Stellv. Pflegedienstleitung

Qualitätsmanagement

Praxisanleiter

Pflegefachkräfte 3-jährig

Pflegehelfer 1-jährig

Angelernte Pflegehelfer

Sozialarbeiter

Jurist

Psychologe

Diese Angaben können variieren.

5. Räumliche Ausstattung

Der Pflegedienst *Verrus D* befindet sich in der Schönbornstraße 1 in Trier. Die Büroräume erstrecken sich auf der gesamten unteren Etage des Hauses. Des Weiteren befinden sich hier auch das zentrale Pflegebüro, die Lagerungsräume und Schulungsräume. Zur Ausstattung der Büroräume gehören Telefone, Faxgerät, Kopierer sowie PC mit der Software Medifox; Google Drive. Durch die zentrale Lage in Trier ist der Pflegedienst von den Mitarbeitern, Patienten und Angehörige gut zu erreichen.

Besetzt sind die Büros von **08:30-13:00 Uhr**

Außerhalb der Bürozeiten ist durch eine Rufumleitung ein Mitarbeiter der Verwaltung erreichbar. Die Rufumleitung wird vom Festnetztelefon auf ein Mobiltelefon geschaltet, welches der betreffende Mitarbeiter während der Rufbereitschaft stets bei sich trägt. Wenn ein Verwaltungsmitarbeiter für die Rufbereitschaft eingeteilt ist, dann ist stets eine Fachkraft

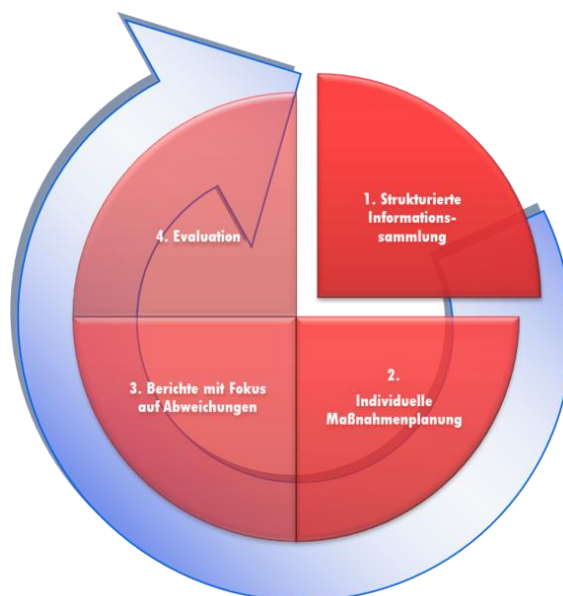
für Fragen oder Notfälle erreichbar. Die Rufbereitschaft und Hintergrundbereitschaft der Fachkraft ist aus dem aktuellen Dienstplan zu entnehmen.

6. Pflegeprozess und Systematische Informationssammlung

6.1 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess umfasst alle allgemeinen Schritte zur Vorbereitung, Durchführung und Evaluation professioneller Pflege. Der Pflegeprozess ist auf alle Personengruppen anwendbar. Er orientiert sich an dem vier Phasen Modell nach Yura und Walsh (1983) bzw. nach der WHO (1987):

- Aufnahmegespräche/ Strukturierte Informationssammlung (SIS)
- Individuelle Maßnahmenplanung
- Pflegebericht als Dokumentation des Verlaufs mit dem Fokus auf Abweichungen
- Evaluation



Die SIS wird im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt. Im weiteren Pflegeverlauf werden ihre Inhalte in Pflegevisiten und Fallbesprechungen zur Aktualisierung aufgegriffen. Die SIS berücksichtigt die individuelle Lebens- und Pflegesituation der Patienten und geht auf ihren

Wünsche und den Bedarf an Hilfe und Unterstützung ein. Die fachliche Einschätzung der Situation durch die Pflegefachkraft bildet sich auf der Basis von sechs wissenschaftsbasierten Themenfeldern ab. Sie wird verknüpft mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzung als Matrix sowie pflegesensitiven Phänomenen. Das bewusste Zusammenführen der individuellen und subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen Einschätzung durch die Pflegefachkraft, sowie das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen, bildet die Grundlage aller pflegerischen Maßnahmen.

Die individuelle **Maßnahmenplanung/Handlungskette** richtet sich nach dem entsprechenden internen Formular. In der Maßnahmenplanung sind konkrete pflege- als auch behandlungspflegerische Maßnahmen des Patienten abgebildet. Zur Formulierung routinemäßigen und wiederkehrenden Maßnahmen dienen standardisierte Verfahrensanleitungen. Für Wünsche des Patienten, Besonderheiten sowie Abweichungen der Standards ist in der Maßnahmenplanung genügend Raum eingeräumt.

Die Umsetzung der Erkenntnisse aus der SIS und individueller Maßnahmenplanung – verknüpft mit fachlicher Beobachtung – ist ein Teil der Voraussetzung für ein zeitsparenderes und grundlegend verändertes Vorgehen im **Berichtblatt**. Das Berichtblatt fokussiert sich dabei ausschließlich auf Abweichungen von der zuvor erstellten Maßnahmenplanung. Wiederkehrende Pflegemaßnahmen müssen hier nicht mehr einzeln dokumentiert werden. In dem Berichtblatt können grundsätzlich alle an dem Pflegeprozess beteiligten Personen Eintragungen vornehmen. Eine Dokumentationspflicht erstreckt sich auf die wichtigsten 'diagnostischen und therapeutischen', auf die 'pflegerischen' Maßnahmen, sowie Verlaufsdaten.

In fachlich angemessenen Abständen erfolgt eine **Evaluation** der Pflegesituation. Zur Evaluation können aktiv gesetzte Evaluationsdaten hilfreich sein (für die Maßnahmenplanung als auch bei der Risikomatrix). Davon unabhängig sind die anlassbezogenen Evaluationen in akuten Situationen oder bei besonderen Ereignissen.

6.2 Systematische Informationssammlung

Die Grundbotschaft der SIS heißt: knappe fachliche Darstellung der pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte der pflegebedürftigen Person und ihrer individuellen Wünsche. Die SIS ist in vier Abschnitte eingeteilt (Felder A, B, C1 und C2), die systematisch aufeinander aufbauen. Im ambulanten Sektor werden zusätzlich die häusliche Versorgungssituation und der diesbezügliche spezifische Hilfebedarf erfasst. Das Feld C1 erfasst 6 Themenfelder. Die Themenfelder sind offen gehalten, sodass in einem Freitext oder mit Aufzählungszeichen die Pflegekraft eine fachliche Einschätzung der individuellen Situation vornimmt und aufschreibt. Anfängliche Verunsicherung durch den Freitext verliert sich bald zugunsten einer anderen Güte des Gesprächsverlaufs zwischen der Pflegefachkraft und der pflegebedürftigen Person (bzw. den Angehörigen). Die Strukturierung stellt sicher, dass nichts Wesentliches übersehen wird und alle Lebensbereiche sowie individuelle biografische Aspekte der pflegebedürftigen Person angesprochen und aus fachlicher Sicht eingeordnet und dokumentiert werden können.

Die SIS kann nur von einer qualifizierten und geschulten Pflegefachkraft durchgeführt werden. Die Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person findet immer unmittelbar zu Beginn der Pflegeeinsatzes/des Einzugs statt und bildet die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erfassung ab.

SIS - ambulant
 Standard-Informationssammlung

Name der pflegebedürftigen Person: _____ Geburtsdatum: _____ Gespräch am/Handwritten: _____ pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer: _____

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 - Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 - Ernährungssituation, Selbstversorgung und Soziale Beziehungen

Name der pflegebedürftigen Person: _____ Geburtsdatum: _____ Gespräch am/Handwritten: _____ pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer: _____

Themenfeld 4 - Selbstversorgung

Themenfeld 5 - Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 - Ernährungssituation

Einzelthemenfelder zur fachlichen Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Bereiche und Phänomene

	Dekubital			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sondierern			
	ja	nein	ja/nein	ja	nein	ja/nein	ja	nein	ja/nein	ja	nein	ja/nein	ja	nein	ja/nein	ja	nein	ja/nein	
1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten																			
2. Mobilität und Beweglichkeit																			
3. Ernährungssituation, Selbstversorgung u. Soziale Beziehungen																			
4. Selbstversorgung																			
5. Leben in sozialen Beziehungen																			

In dem Element A werden die allgemeinen Daten wie Name des Patienten, Handzeichen der verantwortlichen Pflegefachkraft, welche die SIS ausgefüllt hat, und Datum des Gespräches erfasst. Die Unterschrift des Patienten oder Angehörigen ist freiwillig.

Das Element B ist unterlegt mit Einstiegsfragen für das Gespräch bei Neuaufnahmen, insbesondere zur persönlichen Situation und zum aktuellen Anlass, warum die pflegebedürftige Person aus ihrer Sicht Leistungen des ambulanten Pflegedienstes benötigt und welche Erwartungen sie erwartet. Wenn die SIS neu erhoben werden muss (z. B. bei gesundheitlichen oder familiären Veränderungen) kann das Element B neu aufgefüllt oder ergänzt werden. Das Element ist bewusst offen gehalten, sodass der Patient frei erzählen, seine Situation aus seiner Sicht wiedergeben kann und die aufnehmende Pflegekraft einen ersten Eindruck davon erhält. Es ist wichtig, den wörtlichen Laut des Patienten widerzugeben (nicht interpretieren). Wenn Angehörige oder Betreuer anwesend sind und etwas sagen oder ergänzen, dann wird diese als solches angegeben. Entscheidend sind hierbei das aktive Zuhören und eine Hilfestellung beim Formulieren von Wünschen und Ängsten etc.

Das Element C1 mit seinen sechs Themenfelder dient der fachlichen Einschätzung der Pflegekraft einschließlich der Ressourcen des Patienten, sowie des Unterstützungsbedarfes zum Zeitpunkt des Gesprächs in der häuslichen Umgebung. Die systematische Bearbeitung aller Themenfelder aus pflegfachlicher Sicht soll sicherstellen, dass nichts Wesentliches übersehen werden kann. Sollte ein Themenfeld tatsächlich im Einzelfall nicht von Bedeutung sein, ist dies immer entsprechend zu vermerken.

Die inhaltliche Zuordnung der Themen korrespondiert weitestgehend mit der inhaltlichen Strukturierung des NBA. Die Formulierung der Leitfragen erfolgte entlang der Unterkategorien in den Themengebieten des NBA. Sie sechs Themenfelder sind:

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

Differenzierte Erklärungen/Erläuterungen sind aus dem Formular *'Leitfaden zur praktischen Anwendung SIS'* zu entnehmen.

Das Element C2 beinhaltet die Risikoeinschätzung. Für die Risikoeinschätzung wurde eine Matrix entwickelt. Hier lassen sich die die fünf Risikogruppen (Sturz, Dekubitus, Ernährung, Inkontinenz, Schmerz) mittels Ankreuzverfahren feststellen. Dies wird als wissenschaftsbasiertes Initialassessment bezeichnet. Dabei stehen die Risikogruppen mit den Themenfeldern in Bezug.

7. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zur Sicherung der Qualität innerhalb den Pflegeleistungen wurden die vorhandenen Leitlinien und Pflegestandards für die einzelnen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege komplett überarbeitet und dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft sowie der Wünsche der Patienten und Kostenträger angepasst. Den Mitarbeitern stehen diese Standards frei zur Verfügung und stellen die Grundlage der pflegerischen Handlungen dar. Die nationalen Expertenstandards des DNQP wurden ebenfalls auf die Sozialstation angepasst und implementiert. Regelmäßige Schulungen zur Anwendung der Standards garantieren eine einheitliche und sichere Arbeitsweise.

Zur Einhaltung des Pflegprozesses, zur Überprüfung der Pflegequalität und der Kundenzufriedenheit werden regelmäßige Pflegevisiten/Dokumentationsvisiten durchgeführt. Pflegevisiten sind von großer Bedeutung für das Qualitätsmanagement, um Defizite in der Pflgetätigkeit und Maßnahmenplanung zu erkennen und entsprechend handeln zu können. Zur Durchführung der Visiten werden standardisierte Dokumente genutzt. Die Durchführungsfrequenz der Pflegevisiten richtet sich nach dem Gesundheitszustand und der Pflegesituation des Patienten.

Die Sozialstation nutzt die Software Medifox.

Zur Sicherstellung der innerbetrieblichen Kommunikation nutzen alle Mitarbeiter am Wochenende den Filehosting-Dienst *Google Drive*. Werktags stehen den Mitarbeitern andere Online-Kommunikationsplattformen zur Verfügung. Zudem findet einmal wöchentlich

mittwochs um 13:30 ein Team für alle Mitarbeiter der Sozialstation statt. Zusätzlich treffen sich die Pflegefachkräfte jeden Dienstag um 13:30 zur Teambesprechung.

Die auszuführende Pflege an den Patienten erfolgt nach dem Prinzip der Bezugspflege. Das heißt, alle Touren sind in Stammtouren aufgegliedert und haben somit fest bestehende Bezugspersonen. Die Bezugspersonen sind für die Sicherstellung der Pflege, unter Berücksichtigung des Leitbildes, zuständig. Derzeit gibt es ca. 60 Pfl egetouren. Innerhalb einer Pfl egetour hat jeder Mitarbeiter zwischen einer und acht Patienten zu versorgen. Außer den 60 Pfl egetouren gibt es vier Behandlungspfl egetouren für die Pflegefachkräfte. Drei laufen morgens und eine abends.

Ziel der Dienst- und Tourenplanung ist es, die weitgehende Kontinuität der pflegerischen Arbeit durch die feste Zuordnung von Pflegekräften und Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Dienstpläne werden in der Regel einen Monat im Voraus von der erstellt. Die Tourenplanung erfolgt von geeigneten Pflegefachkräften ca. 1 Woche vorab. Bei der Planung wird insbesondere auf die ausreichende Anzahl von Pflegefachkräften geachtet, um eine Sicherstellung der Klienten in Notfallsituationen zu gewährleisten. Die unterschiedliche Leistungserbringung erfolgt durch unterschiedlich qualifiziertes Personal. So werden die ärztlich verordneten Leistungen ausschließlich von dreijährig staatlich examiniertem Personal durchgeführt. Die Aufgaben (eingeschränkte Behandlung- und Therapieleistungen) der einjährig examinierten Pflegekräfte richten sich nach dem Rahmenvertrag über häusl. APH und KPH.