

# **Pflegekonzept des ambulanten Pflegedienstes**

## **„AWO Ambulant“ Ruhr- Mitte**

## **1. Vorstellung AWO Ambulant**

Unsere Räumlichkeiten befinden sich auf der Hermann-Löns-Str. 65 in 44623 Herne.

Die Bürozeiten des ambulanten Pflegedienstes sind montags bis donnerstags von 8:00-15:00 Uhr und freitags von 8:00 – 13:00 Uhr.

Außerhalb der Bürozeiten ist die telefonische Erreichbarkeit über den Bereitschaftsdienst (02323/5850118) sichergestellt.

Träger des ambulanten Pflegedienstes ist die Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Ruhr-Mitte mit Sitz in Bochum.

### **1.1. Pflegeleitbild**

Unser Ziel besteht darin, unseren Patienten, trotz ihrer Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit ein Leben zu Hause in möglichst großer Selbstbestimmtheit und Würde zu ermöglichen.

Die Steigerung der Lebensqualität steht in unserem Handeln immer an erster Stelle. Die Definition der Lebensqualität besteht aus weit mehr als einer fachqualifizierten Pflege und einem umfangreichen Qualitätsmanagement.

Wir machen den Menschen in seinem persönlichen Lebensumfeld zum Ausgangspunkt unseres Handelns und orientieren uns am Bedarf unserer Patienten.

**Wir versorgen unsere Patienten in ihrer häuslichen Umgebung - dort wo sie sich geborgen fühlen!**

### **1.2. Räumliche Ausstattung**

Die gesamte Organisation des ambulanten Pflegedienstes und Betreuung wird von den Räumlichkeiten des ambulanten Pflegedienstes gelenkt. Zu den Räumlichkeiten gehören u.a. eine Küche, ein Besprechungsraum mit zwei weiteren Arbeitsplätzen, für die Mitarbeiter und der Verwaltung, Büro der Pflegedienstleitung und Sanitärbereich.

## **2. Zielgruppe**

Ältere, kranke und/oder pflegebedürftige Menschen mit und ohne Pflegegrad.

## **3. Personelle Ausstattung**

Die Führung und Steuerung des ambulanten Pflegedienstes obliegt der Pflegedienstleitung. Die Pflege wird unter ständiger Verantwortung einer leitenden Pflegefachkraft und deren Stellvertretung erbracht.

Zu deren Aufgaben gehören:

- Aufnahme und Beratungsgespräche
- fachliche Planung und Überwachung des Pflegeprozesses
- fachliche Führung der Pflegedokumentation
- fachliche Leitung der Dienstbesprechungen
- Dienst und Einsatzplanung
- Pflegevisiten

Unser Team besteht aus:

- Pflegefachkräften
- Pflegehelfer\*in
- Altenpflegehelfer\*in
- Medizinische Fachangestellte\*r
- hauswirtschaftlichen Mitarbeitern

Bei der Auswahl unserer Mitarbeitenden legen wir großen Wert auf fachliche sowie persönliche Eignung, Kundenorientierung, Teamgeist, Eigeninitiative und Interesse an Fort- und Weiterbildung. Die jeweiligen Aufgaben sind in Stellenbeschreibungen geregelt.

## **4. Organisation**

### **4.1. Pflegesystem**

Unser Pflegedienst arbeitet nach dem Pflegesystem der Bezugspflege.

Das bedeutet, dass eine Gruppe von Pflegekräften eine Gruppe von Pflegebedürftigen betreut, um einen guten Bezug zwischen beiden Gruppen herzustellen. Dadurch wird die Kontinuität der Pflege und Betreuung gewährleistet. Die Pflege wird von unseren Pflegefachkräften geplant. Jede Fachkraft ist für Planung und Überprüfung des Pflegeprozesses verantwortlich. Unsere Patienten sowie deren Bezugspersonen werden eng in die Pflegeprozessplanung einbezogen.

Wir sprechen die Pflegezeiten mit unseren Patienten ab und bemühen uns, die vereinbarten Zeiten einzuhalten.

### **4.2. Pflegemodell/-prozess**

Bei uns legen wir das Pflegemodell nach „Monika Krohwinkel“ zugrunde.

Das Pflegemodell nach Krohwinkel geht von einer defizitorientierten / versorgenden Haltung in eine fähigkeitsorientierte / fördernde Prozesspflege über. Darüber hinaus haben wir für uns festgelegt Ressourcen erhaltend bzw. fördernd zu planen und zu arbeiten.

Das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel ist ein bedürfnisorientiertes Pflegemodell, in dem die Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen des Menschen im Mittelpunkt stehen.

Die AEDL´s helfen uns, den Menschen bewusst wahrzunehmen. Sie dienen zur Erfassung von Bedürfnissen, Problemen (Risiken), Fähigkeiten und Gewohnheiten von pflegebedürftigen Menschen und ihrer Bezugspersonen sowie der Erfassung von Pflegemaßnahmen und deren Ergebnisse.

Dieses Modells bilden die dreizehn Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (A-EDL)

Die Grundlage unseres pflegerischen Handelns ist der Pflegeprozess:

Der Pflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel ausgerichtet sind.

Die Patienten und ihre Bezugspersonen werden in die verschiedenen Schritte des Pflegeprozesses mit einbezogen.

Die sieben Schritte des Pflegeprozesses sind:

1. Informationssammlung / Pflegeanamnese
2. Erfassen von Problemen, Risiken und Ressourcen
3. Festlegung der Pflegeziele
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Beratung von Pflegepersonen und dessen Angehörigen
6. Durchführung und Dokumentation der Pflege
7. Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten und ggf. Anpassung der pflegerischen Maßnahmen. (PDCA)

Die Bedürfnisse des Patienten werden durch den Pflegeprozess zielgerichtet, systematisch und individuell berücksichtigt.

Für den Mitarbeiter bedeutet es, dass er eine systematische, zielgerichtete Pflege leisten kann. Misserfolge und/oder doppelte Durchführung können minimiert bzw. vermieden werden. Die Motivation wird gesteigert und die Reflexion der eigenen Arbeit führt zu einer bewussten Pflege. Das Ergebnis der Pflege wird am Pflegeziel gemessen. Wenn das Ziel erreicht ist, gilt der Vorgang als beendet und ein neues Ziel muss formuliert werden. Wenn Abweichungen oder Probleme auftreten, beginnt der Kreislauf aufs Neue.

### Informationssammlung

Die Pflegeanamnese besteht aus dem systematischen und zielgerichteten Zusammentragen von Fakten bezüglich Gesundheit, Biographie und sozialem Umfeld des Patienten. Die Informationssammlung ist die Grundlage für den Pflegeprozess. Die Sammlung von Daten ermöglicht das Einschätzen des Pflegebedarfs und der daraus resultierenden Pflegeleistungen. Dabei ist das Erstgespräch eine wichtige Informationsquelle.

### Aufnahmegespräch / Erstgespräch

Die Informationssammlung erfolgt bereits beim Aufnahmegespräch durch die leitende Pflegefachkraft.

- In erster Linie werden hier Daten erhoben, die für die kurzfristig zu planende pflegerische und medizinische Versorgung notwendig sind.
- In der Regel werden die Stammdaten erfasst, das häusliche Umfeld abgefragt, Risiken beraten, eine erste Erfassung der Probleme sowie die sich daraus ergebenden Hilfeleistungen besprochen und vereinbart und ein Kostenvoranschlag erstellt. Außerdem wird eine komplette Pflegeanamnese samt Stamblatt erstellt.
- Fehlende Informationen im Stamblatt müssen durch die Pflegefachkraft im Rahmen der Anamneseerhebung ergänzt werden
- Das Erstgespräch wird anschließend mit LK16 einmalig abgerechnet. **(Nur SGB XI)**
- Folgegespräche werden mit LK16a berechnet. Dies beinhaltet dann aber die Beratung, Umplanung und anschließend Anpassung der Pflegedokumentation.

### Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese erfolgt auf der Grundlage des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel „AEDL“. Sie beschreibt den aktuellen Ist-Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme. Sie ist Voraussetzung für die Umsetzung des Pflegeprozesses und dient dazu, das Fundament für eine optimale Pflegeplanung zu legen. Alle folgenden Schritte im Pflegeprozess sowie die Qualität der Pflege insgesamt hängen von der Nachvollziehbarkeit und Verlässlichkeit der Situationseinschätzung ab.

- Mit der Pflegeanamnese wird der Aufnahmezustand beschrieben und der eigentliche Pflegebedarf ermittelt unter Berücksichtigung der Ressourcen und Probleme, sowie die Erfassung pflegerelevanter biografischer Daten. Ermittlung der individuellen und krankheitsbedingten Gewohnheiten und Wünsche der Patienten und Angehörigen, sowie die Erfassung der sozialen Situation und der Bereitschaft der Angehörigen, bei der Pflege mitzuwirken.
- Fehlende Informationen im Stamblatt müssen ergänzt werden (z. B. Hilfsmittel, Größe, Gewicht, Apotheke, Beschaffung neuer Medikamente etc... )
- Pflegerelevante Informationen werden erfasst durch Gespräche, Wahrnehmung, Beobachtung und Inspektion
- Abfrage von ärztlichen Berichten
- Die Informationen werden von der Pflegefachkraft schriftlich im Anamnesebogen festgehalten.
- Es muss eine komplette Anamnese erhoben werden, das heißt jedes AEDL muss bearbeitet werden.

- Die Felder der einzelnen AEDL'S sind frei zu formulieren und werden ergänzt durch Risikofelder, damit bereits hier eine erste pflegfachliche Risikoeinschätzung stattfinden kann. Ergänzend kann bereits auf diesen Bögen festgehalten werden, ob eine Beratung im Bereich eines erkannten Risikos stattfinden sollte.
- Die Pflegeanamnese wird einmalig erhoben und in der Folgezeit nicht mehr aktualisiert.
- Die Ermittlung von Problemen, Wünschen und Gewohnheiten sollte möglichst zügig erfolgen. Aus fachlicher Sicht muss der Zeitkorridor aber sinnvoll auf die prozessgesteuerte Planung abgestimmt sein.
- Innerhalb von 14 Tagen nach Aufnahme des Patienten muss die Dokumentation fertig erstellt sein.

In diesen ersten 14 Tagen vor Fertigstellung der gesamten Dokumentation müssen Informationen zum Patienten sowie Pflegemaßnahmen im Pflegebericht hinterlegt werden !

### Pflegeplanung

Die Pflegeplanung ist ein Instrument zur konkreten Umsetzung des Pflegeprozesses. Sie ermöglicht ein zielorientiertes, systematisches, strukturiertes und logisches Handeln

Der individuelle Pflegeplan ist Teil der Pflegedokumentation, mit der der Erfolg der Pflege festgestellt oder auch die Gründe für ein eventuelles Nichterreichen von Pflegezielen erkennbar werden. Mit der regelmäßigen Aktualisierung und Anpassung von Problemen, Zielen und Maßnahmen im Pflegeplan wird die Qualität der Pflege verbessert.

An Hand der Informationssammlung werden Schwerpunkte definiert und analysiert. Hieraus entsteht der erste Planungsschritt, nämlich die Formulierung der Pflegeprobleme und Ressourcen.

Pflegeprobleme müssen vollständig erkannt werden, um sie durch gezielte Pflegemaßnahmen beseitigen zu können. Alle Pflegeprobleme sollen individuell formuliert werden. Die Problemformulierung ist Voraussetzung für eine exakte Zielsetzung und die dazugehörige Planung der Pflegemaßnahmen. Das Problem soll daher kurz, knapp und präzise formuliert sein.

Ressourcen sind Restfähigkeiten des Patienten, die ihm zur Bewältigung seiner Lebenssituation dienen. Sie werden in die Pflege mit einbezogen „aktivierende Pflege“

### Festlegung der Pflegeziele

Im Sinne des Problemlösungsprozesses gehört zu jedem Problem ein Pflegeziel. Das Pflegeziel beschreibt ein Ergebnis, dass durch die geeignete Auswahl an Maßnahmen erreicht werden soll.

#### **Nahziel:**

Formuliert man das Pflegeziel in kleinen Schritten, sind Erfolgserlebnisse möglich, die den zu Pflegenden mehr motivieren.

#### **Fernziel:**

Jedes Teilziel ist dem Fernziel untergeordnet. Auch das Fernziel muss individuell und konkret formuliert werden. Das Fernziel soll spezifisch auf die Probleme des zu Pflegenden und auf seine Lebenssituation ausgerichtet sein.

Pflegeziele müssen:

- realistisch
- erreichbar
- überprüfbar sein.

### Pflegemaßnahmen planen

Die Pflegeplanung ist das Bindeglied zwischen Pflegeanamnese, der Durchführung und der Überprüfung der Pflegeziele. Sie dient als Grundlage für die pflegerische Handlung, so dass alle Mitarbeiter gleiches Wissen haben. Die Planung gewährleistet die Kontinuität der Pflege und Betreuung. Durch beschriebene Pflegemaßnahmen wird Pflege vereinheitlicht und koordiniert.

Um die Erstversorgung zu gewährleisten ist eine zeitnahe Pflegeplanung notwendig. Der individuelle Pflegeplan soll spätestens nach 14 Tagen vorliegen.

- Pflegeplanung erfolgt durch eine Pflegefachkraft
- Bei der Pflegeplanung werden individuelle Pflegeprobleme, Ressourcen und Pflegemaßnahmen festgelegt und evaluiert.
- Ist für die Pflegefachkraft ersichtlich, dass für den Pflegebedürftigen Leistungen erforderlich sind, diese aber nicht abgefragt/abgerufen werden, muss dies in der Pflegedokumentation schriftlich hinterlegt werden.
- In der Pflegeplanung werden nur die Punkte bearbeitet, zu denen mit dem Pflegekunden auch Leistungen vereinbart worden sind. (einschließlich Risiken / Prophylaxen)
- Zu Beginn der Maßnahmenplanung werden Besonderheit bzw. individuelle Wünsche notiert. (Jede Vertretung kann auf einen Blick erkennen, worauf sie bei diesem Patienten besonders achten muss.)
- AEDL „waschen und kleiden“ wird zusammen bearbeitet.
- (beide AEDL's sind in Modul 1 enthalten)
- Maßnahmenplanung hat kleinschrittig zu erfolgen, so dass Hilfestellung / Unterstützung auf den ersten Blick für eine Vertretung erkennbar ist.
- Ärztlich verordnete Leistungen (SGB V) müssen nicht in der Pflegeplanung aufgenommen werden

### **Pflegeplanung:**

- Enthält eine Zeitvorgabe (z. B. Lagerungsintervalle)
- Muss verständlich und knapp formuliert werden
- Pflegebedürftige und seine Angehörigen werden auf verständliche Art und Weise über alle Maßnahmen informiert und in die Pflegeplanung mit einbezogen

### Durchführung und Dokumentation der Pflege erfolgt durch:

Die Durchführung der Pflege nach Plan ist für das Pflegepersonal bindend. Pflegerisches und professionelles Handeln setzt qualifizierte Mitarbeiter voraus.

- Qualifizierte Mitarbeiter arbeiten nach einem Pflegeleitbild und festgelegten Pflegetechniken und Prinzipien (Pflegestandards/ Expertenstandards)
- Besitzen die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Kommunikation
- Erkennen Pflegeprobleme und Patientenbedürfnisse aufgrund ihrer Fachlichkeit.
- Erfassen Veränderungen und leiten sie differenziert weiter.
- Sind in der Lage Patienten und Angehörige zu beraten und ihnen beizustehen, bzw. pflegende Angehörige in pflegerische Tätigkeiten anzuleiten
- Arbeiten konstruktiv mit allen anderen beteiligten Berufsgruppen zusammen

### Pflegeverlaufsbericht

Der Pflegeverlaufsbericht ist die Dokumentation des pflegerischen Handelns. Neugewonnene Informationen, wie z. B. Veränderungen, Komplikationen, Wünsche, Entwicklungen werden als Fakten eingetragen. Ebenso sind Abweichungen des Pflegeplans darin festzuhalten.

Zur korrekten Führung des Pflegeberichtes gehören das Kennzeichnen mittels Handzeichen und das Datum. Der Pflegebericht ist die schriftliche Fixierung bereits durchgeführter Pflege-

maßnahmen und erhobener Befunde. Er gibt Auskunft über die Wirkung der Pflegemaßnahmen und über den Pflegeverlauf.

Eintragungen in den Pflegebericht müssen bei jeder Abweichung der geplanten Maßnahmen und bei jeder neuen Pflegeinformation erfolgen:

- Sind die festgelegten Ziele erreicht?
- Sind die Pflegeziele realistisch?
- Muss eine Korrektur vorgenommen werden?
- Sind die Probleme des Patienten richtig erkannt?
- Ist die Informationssammlung ausreichend?
- Welche Veränderung im Befinden des Patienten ist aufgetreten?
- Wie ist die Reaktion des Patienten?
- Wie ist sein momentanes Befinden?
- Vermeidung von Doppelnennungen. In den Pflegebericht gehören nur Informationen; die an anderer Stelle keinen Platz finden.

Durch die Beurteilung der Wirksamkeit der Pflege wird überprüft, ob der Pflegenden das Pflegeziel erreichen kann.

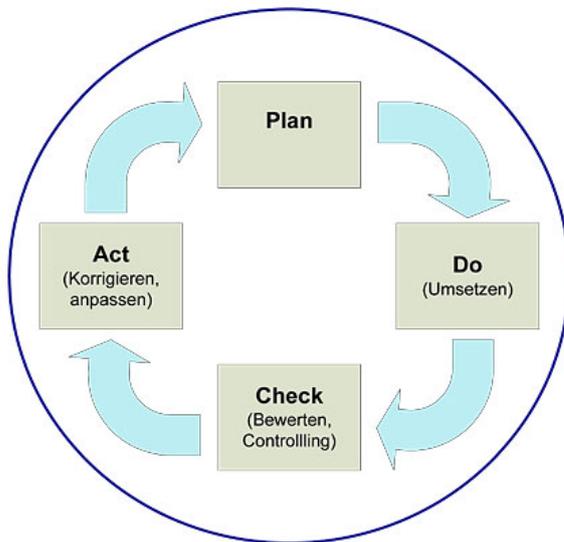
#### Evaluation

Evaluation in der Pflegeplanung ist die abschließende Erfolgskontrolle pflegerischem Handeln nach einem vorher definierten Zeitraum.

- Evaluation erfolgt in individuell festgelegten Zeiträumen,
- bei Veränderungen des Allgemeinzustandes [ wie Z. B. Fieber, Sturzereignis, Gewichtsabnahme, nach Krankenhausaufenthalt und bei
- Änderungen der Module,
- bei zeitlich befristeten Maßnahmen
- oder Veränderungen die wir im Rahmen unserer Fachlichkeit sehen]
- und mindestens 1 x jährlich (sollten keine Veränderungen zu erkennen sein. )

Die praktische Umsetzung des Pflegeprozesses ermöglicht eine laufende Einschätzung der Situation des Patienten, gewährleistet Kontinuität in der Pflege und ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätsprüfung.

Um die Wirksamkeit geplanter Maßnahmen zu überprüfen wird bei uns der PDCA Zyklus angewandt.



Die Pflegedokumentation und -planung erfolgt digital mit dem Pflegedokumentationssystem „Vivendi“.

## 5. Qualitätssicherung

Unser Pflegedienst ist ständig bestrebt, seine Qualität weiter zu verbessern. Aus diesem Grunde werden Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung durchgeführt. Die Organisation erfolgt durch die Fachbereichsleitung ambulante Pflege und die Pflegedienstleitung.

### Maßnahmen der internen Qualitätssicherung sind u.a.

- systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter nach unserem Einarbeitungskonzept
- Qualitätszirkel
- Pflegevisiten
- Fallbesprechungen
- Teambesprechungen
- Fachliteratur
- Beschwerdemanagement
- interne Audits
- regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter

### Externe Qualitätssicherung

Unter der externen Qualitätssicherung versteht man alle Maßnahmen und Instrumente, die der Qualitätsentwicklung, -sicherung oder -kontrolle des Pflegedienstes dienen.

Die Qualitätssicherungsinstrumente greifen von außen in das interne Betriebsgeschehen ein.

### Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind u.a.

- Teilnahme an der kommunalen Pflegekonferenzen
- Teilnahme an Veranstaltungen des AWO Bundesverbandes oder der Berufsverbände
- Externe Qualitätsprüfungen des MDK

## **6. Kommunikation und Steuerung des Informationsflusses**

### **6.1. Dienst-/Teambesprechung**

Sie dienen dem Austausch von Informationen über verschiedene Arbeitsbereiche hinweg. Die Besprechung wird von der Pflegedienstleitung oder der Stellvertretung durchgeführt, die besprochenen Tagesordnungspunkte werden protokolliert und archiviert. Die Besprechung findet in der Regel einmal monatlich statt.

### **6.2. Übergabe**

Beim Wechsel einer Pflegeperson werden mündliche und schriftliche Übergaben durchgeführt, um den kontinuierlichen Pflegeablauf zu sichern, dieses geschieht im digitalen Übergabebuch von Vivendi.

### **6.3. Fallbesprechung**

Fallbesprechungen werden nach Priorität festgelegt und behandelt.

### **6.4. Qualitätsmanagementhandbuch**

Ein Qualitätsmanagementhandbuch erlaubt einen detaillierten Überblick aller Maßnahmen des Pflegedienstes, die der Qualitätsplanung, -entwicklung, -sicherung, -lenkung und -prüfung dienen. Die Entwicklung des Qualitätsmanagementhandbuches ist nie abgeschlossen und erfolgt mit dem Ziel des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

## **7. Kooperation mit anderen Institutionen**

Unser ambulanter Pflegedienst wird im Sinne seiner Patienten das Ziel verfolgen, angemessene Kooperationen mit Krankenhäusern, Arztpraxen und deren Fachärzten, Apotheken, Physiotherapeuten, anderen ambulanten Diensten, Sanitätshäusern sowie weiteren Senioreneinrichtungen zu pflegen.

Der Kontakt zu den Angehörigen bzw. Pflegepersonen unserer Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit. Wir beraten Angehörige bzw. Pflegepersonen auf Wunsch und nach Gegebenheit individuell.

Beratungen finden auf Anfrage nach Terminvereinbarung im Büro oder beim Patienten/ Angehörigen zu Hause statt.

## **8. Beschwerdemanagement**

Wir sehen Beschwerden als Chance, uns zu verbessern. Zufriedene Patienten und Mitarbeiter bilden die Grundlage unserer Arbeit.

Deshalb nehmen wir Beschwerden, Kritik, Anregungen und Ideen gerne entgegen und versuchen, uns und unsere Arbeit in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu sehen.

Jede Beschwerde, Kritik, Idee und Anregung wird von uns sehr ernst genommen. Alle Informationen, die wir erhalten, behandeln wir selbstverständlich vertraulich und unter strenger Berücksichtigung unserer Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes.

Der Prozess wird im Ordner Beschwerde Management beschrieben.

## **9. Angehörigenarbeit**

Der Kontakt zu den Angehörigen bzw. Pflegepersonen unserer Kunden ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit.

Wir beraten Angehörige bzw. Pflegepersonen auf Wunsch und nach Gegebenheit individuell. Beratungen finden auf Anfrage nach Terminvereinbarung im Büro oder beim Kunden/Angehörigen zu Hause statt.

Stand Februar 2022