

 	Handbuch Pflegedienst	B 1.2.0
---	----------------------------------	----------------

Das Pflegekonzept vom Seniorenwohn- und Sozialzentrum

Unser Pflegekonzept ist systematisch aufgebaut nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Medizin, der Psychologie, der Soziologie und anderer Wissenschaften.

Die einzelnen Bestandteile dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse sind logisch miteinander verbunden und zwar so, wie sie für die Pflegepraxis von Nutzen sind.

Das die eigentliche Theorie und die Praxis der Pflege keine feststehenden Begriffe sondern steten Veränderungen unterworfen sind, versteht sich von selbst.

Das Ziel unseres Pflegekonzeptes, welches nach der Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel ausgerichtet ist, ist es, den alten Menschen in seinem letzten Lebensabschnitt zu begleiten.

Oberste Priorität hat hier die Würde vor dem alten Menschen, der Erhalt bzw. die Förderung der Selbständigkeit, der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität, der Schutz der Intimsphäre (Pietät im Umgang mit Pflegesituationen), die Möglichkeit, sich als Bewohner zurückziehen zu können in seinem eigenen Wohnbereich.

Die Inhalte unseres Pflegekonzeptes sind:

1. Die Pflege nach dem Konzept von Monika Krohwinkel (AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens).
2. Die gerontopsychiatrische Betreuung der Bewohner
3. Die Konzeption der Beschäftigungstherapie (des sozialtherapeutischen Dienstes)

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 1 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

zu 1.

Pflegekonzept

des

**Seniorenwohn- und Sozialzentrums
Amselweg 23 52223 Stolberg**

angelehnt an dem
pflgewissenschaftlichen Konzept von

Monika Krohwinkel

(AEDL = Aktivitäten und
existentielle Erfahrungen des Lebens)

Anhang: Besprechungsmatrix

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 2 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Die Pflege nach dem Konzept „AEDL“ von Krohwinkel

Nach Aussagen von Krohwinkel 1993, sowie der zentralen Arbeitsgruppe ALTENPFLEGE des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) beobachtet, erhält, unterstützt und fördert Pflege in folgenden Lebensbereichen:

Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL)

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 3 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	-------------------------

Begriffserklärung zu AEDL

Die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) sollen als Orientierungshilfe, aber nicht als Checkliste für die Pflegediagnose und für die Einschätzung von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen genutzt werden.

Mit Hilfe der AEDL können wir vorrangige Probleme in ihren Auswirkungen auf andere Aktivitäten und existentielle Erfahrungen der pflegebedürftigen Menschen überprüfen.

Im folgenden konkretisieren wir die 13 Pflegestufen nach ADEL:

1. Kommunizieren

Zur leib- und seelischen Gesundheit des Menschen gehört die Kommunikation. Wir fördern die Beziehung und unterstützen die Kommunikation der Bewohner untereinander indem wir:

- Orientierungshilfen geben in bezug auf Personen, Zeit und Raum;
- Anregungen und Anreize geben für die Aktivitäten des Erinnerungs- und Konzentrationsvermögens
- die Bewohner unterstützen, sich schriftlich und mündlich mitzuteilen;
- die Mimik, Gestik und den Ausdruck von Gefühlen bei den Bewohnern wahrnehmen, aufgreifen und ins Gespräch bringen mit ihnen;
- das Wahrnehmungsvermögen des Bewohners in Bezug auf Hören und Sehen stärken durch Bestätigen, Nachfragen, Hinweise geben, Aufmerksamkeit entgegenbringen usw.;
- hilfreich einwirken auf den Kreislauf von Lesen, Sprechen und Verstehen zum Zwecke einer gelingenden Kommunikation durch bereitstellen von Lese- und Gesprächsstoff (Bücher, Radio, Fernsehen, Zeitschriften) sowie der eigenen Gesprächsbereitschaft, Interesse und Anteilnahme;
- die Bewohner für die Sinneswahrnehmung wie Kälte und Wärme, Hunger und Durst und Schmerz sowie den Ausdruck derselben sensibel machen durch nachfragen, besorgt sein usw.;

Außerdem arbeiten wir mit Hilfsmitteln, die die Bewohner in ihrer Sinneswahrnehmung, ihrer Ausdrucksfähigkeit und Sprache unterstützen.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 4 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

2. Sich bewegen

Wir fördern die allgemeine Beweglichkeit und geben Hilfen z. B. bei Lagewechsel, beim Aufstehen, Sitzen und Gehen. Ebenso gehört die Körperbewegung innerhalb und außerhalb des Bettes dazu.

Beobachtungen von Lähmungen und Spastiken fallen in diesem Bereich, sowie sonstige Bewegungseinschränkungen. Gleichgewichtsstörungen sowie Lagerungen fallen ebenfalls hier hinein, wobei die in diesem Zusammenhang gefährdeten Körperregionen beachtet werden. Auch der Umgang mit Kontrakturen und lagerungsbedingten Ödembildungen (Wasseransammlung im Gewebe), gehört dazu, sowie der Umgang mit Decubitalgeschwüren (Wundliegen).

3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten

Wir fördern die Atemfähigkeit, den Kreislauf sowie die Wärmeregulation. Hierzu zählt alles was mit Atmung zu tun hat. Zu nennen wären hier Husten, Verschleimung, Infekte, Atemstörung, Atemnot und Atemverhalten.

Dazu gehört auch die Kreislaufsituation (Durchblutung, Blutdruck, Puls), ebenso wie Temperaturregulierungen (Fieber) und Transpiration (Schwitzen und Frieren).

4. Sich pflegen

Wir fördern und unterstützen die individuelle Körperpflege. Hierzu achten wir auf den Hautzustand, die allgemeine Hautpflege und die spezielle Hautpflege.

Wir achten beim Waschen des Bewohners darauf, ob sich jemand selbständig waschen kann oder dabei Hilfe benötigt. Es wird dabei die Pflege im Hinblick auf einzelne Körperbereiche unterschieden (z. B. Mund-, Nasen-, Augen-, Nagel-, Haar-, Intimbereichspflege).

Weiterhin achten wir auf die Hautschäden, wie Rötungen, Schwellungen, Blasenbildung, Ödeme, Hautdefekte, Allergien und Infektionen.

5. Essen und Trinken

Wir unterstützen die Bewohner bei ihren individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten in bezug auf Essen und Trinken.

Beim Essen beachten wir die Menge der Nahrungsaufnahme, den Appetit und das Geschmackempfinden des Bewohners, sowie die Art der Nahrungszubereitung (passierte Kost, Diäten, Sondenkost, parenterale Ernährung).

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 5 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Beim Trinken beachten wir, wie Flüssigkeiten aufgenommen werden und wie groß die Trinkmenge ist, die der einzelne zu sich nimmt. Auch die Zähne spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Wir achten auf den Zahnstatus, die Situation des Zahnfleisches und den Zustand der Zahnprothese, das Kauen und Schlucken (Lippenschluß, Speichelfluß, Mundboden, Zunge- und Wangenmuskulatur) und die Koordination von Kauen und Schlucken berücksichtigen wir ebenso wie die Verträglichkeit von Speisen und Getränken (Übelkeit, Erbrechen).

6. Ausscheiden

Hier steht die Förderung von Kontinenz im Mittelpunkt. Ferner werden Pflegehilfen zur Bewältigung individueller Kontinenzprobleme gegeben. Bei den Ausscheidungen geht es um Menge, Rhythmus, Infektionen und Inkontinenz.

7. Sich kleiden

Hierbei achten wir auf die individuellen Bedürfnisse bezüglich Kleidung und versuchen, die Unabhängigkeit zu fördern. Wir beachten die vom Bewohner bevorzugte Kleidung tags- und auch nachtsüber. Hierzu gehören auch die Unterstützung beim An- und Auskleiden.

8. Ruhen und Schlafen

Wir leisten Unterstützung bei den individuellen Ruhe- und Erholungsbedürfnissen. Das bedeutet, einen physiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus zu fördern und eine Unterstützung der älteren Menschen bei der Bewältigung von Schlafstörungen. Ebenso wichtig sind Phasen der Ruhe und der Entspannung sowie vom Bewohner gewünschte Ruhepausen. Beim Schlafen achten wir auf die Schlafqualität, Schlafdauer und Schlafzeiten.

9. Sich beschäftigen

Hier spielt die Tagesgestaltung (Hobbys, Interessen), selbständige Aktivitäten eine große Rolle. Bei diesen Beschäftigungen sind außenstehende Personen wie Angehörige, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergo- und Logopäden wichtig, die unsere Arbeit unterstützen.

Anhand der Biographie lassen sich Interessen, Ressourcen in Erfahrung bringen. Sie sind die Grundlage, den Bewohner zu Aktivitäten zu motivieren und erhalten dadurch seine Selbständigkeit (gegebenenfalls fördern).

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 6 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	-------------------------

10. Sich als Mann oder Frau verhalten und fühlen

Die Arbeit mit Bewohnern sollte ein positives und lebensbejahendes Selbstempfinden der Bewohner als Mann oder Frau fördern. Zu unserem Selbstverständnis von Altenpflege gehört es, die Sexualität des Menschen zu achten. Durch ständigen Kontakt mit dem Bewohner erleben wir die Krisen mit, die ältere Menschen durch den Verlust ihrer Jugend und/oder des Partners, sowie durch ihre Einsamkeit haben.

Wir begleiten die Bewohner die unter Kontaktstörungen im zwischenmenschlichen Bereich leiden. Dabei berücksichtigen wir die Gesamtheit ihrer Lebenserfahrung und versuchen diese hineinzubringen.

11. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen

Wir fördern die allgemeine Selbstpflegefähigkeit der Menschen. Dabei unterstützen wir sie im Bereich einer sicheren Lebensführung. Es gehört dazu die Haushaltsführung und die psychische Sicherheit. Wir fördern bzw. unterstützen die Bewohner, falls notwendig, bei der Gestaltung ihres Wohnbereiches.

Wir versuchen die Bewohner vor Verletzungen und Einschränkungen zu schützen. Wir überlegen mit ihnen gemeinsam, welche Orientierungshilfen ihnen dienlich sind. Hierbei spielen die räumliche Ausstattung, die Art der Einrichtungsgegenstände, die Ausstattung des Bettes, die Bestuhlung, Hilfsmittel zur Orientierung wie Kalender, Uhr, Zeitung, Zeitschriften, Radio, Fernsehen eine Rolle.

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

Bei diesem Lebensbereich unterstützen wir ältere Menschen darin, bestehende Beziehungen aufrecht zu erhalten und versuchen ihre Integration in ein selbstgewähltes soziales Umfeld zu fördern und sie vor Vereinsamung und Isolation zu schützen.

Auch beachten wir die sozialen Beziehungen zu Lebenspartner, Freunden, Nachbarn, Bekannten und den persönlichen Bezugspersonen. Zu diesem Bereich gehören ebenfalls der Beruf, die gegenwärtigen und früheren beruflichen Aktivitäten des Bewohners und seine mit dem Beruf verbundene Verantwortung, ferner private Verpflichtungen, Sorge um den Lebenspartner.

Die Wohnung ist auch ein wesentlicher Bestandteil dieses Bereiches. Hier ist zu erwähnen die Vor- und Nachteile der örtlichen Gegebenheiten, die Risiken wie Stufen oder Treppen, sowie die Angemessenheit von Wohnräumen, Toiletten, Flur und Badezimmersausstattung.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 7 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Wir begleiten die uns anvertrauten Menschen in der Auseinandersetzung mit Erfahrungen wie Angst, Verlust, Isolation, Ungewißheit, Sterben und Tod.

Die Miteinbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozeß ist uns sehr wichtig, besonders in der Phase, wo der Mensch sich mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzen muß.

Sterbebegleitung

Unser Ziel ist es, Bewohnerinnen und Bewohnern, die bedingt durch ihr hohes Alter am Ende ihres Lebensweges angekommen sind oder sich durch eine akute Krise oder durch langwierige chronische Erkrankungen im Sterbeprozess befinden, ein möglichst angst- und schmerzfreies Sterben in unserem Hause zu ermöglichen. Wir wollen auch im Sterbeprozess eine möglichst hohe Lebensqualität erhalten.

Ärzte, Pflegekräfte und andere Mitarbeiter, Seelsorger und Angehörige arbeiten gemeinsam mit dem / der Sterbenden an diesem Ziel. Auch Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie andere Bezugspersonen können hierzu beitragen.

Die Entscheidung darüber, ob das Sterbenmüssen akzeptiert wird oder ob lebensverlängernde Maßnahmen getroffen werden, sollte gemeinsam mit dem/der Sterbenden (falls möglich), dem Pflegeteam, dem Arzt und den Angehörigen getroffen werden. In unserer Einrichtung möchten wir aber für den Fall, dass im finalen Stadium des Sterbens bei infauster Prognose eine weitere medizinische Behandlung nur Leidensverlängerung bedeuten würde, auf weitere Therapien bzw. eine Krankenhauseinweisung verzichten; wir ziehen eine lindernde Pflege (Palliativpflege) vor. Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen ist ein Schlüsselprozess in unserer Einrichtung.

Patientenverfügungen hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen sind hilfreich.

Schon beim Einzug der BewohnerInnen wird auf eine Regelung für den Sterbefall hingewirkt.

Wir beachten die Würde und Einzigartigkeit eines jeden Bewohners im Leben und über den Tod hinaus. Wir respektieren und unterstützen seine Autonomie. Deshalb ist für uns der Wille des sterbenden Bewohners / der sterbenden Bewohnerin handlungsleitend.

Wir streben eine umfassende Betreuung von Sterbenden im körperlichen und psychosozialen sowie im religiösen Bereich an. Weil der herannahende Tod fast immer Unsicherheit und Angst auslöst, ist die psychische Betreuung ebenso bedeutungsvoll wie die körperliche Pflege.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 8 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Der Tod eines Bewohners kann auch bei Mitarbeitern Angst oder Unsicherheit auslösen. Auch Mitarbeiter betrauern den Tod eines (langjährigen) Bewohners. Deshalb wollen wir unseren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die nötige Unterstützung und Begleitung anbieten (z. B. durch Gespräche, Fortbildung, ggf. durch Supervision).

Nach Möglichkeit wird kein sterbender Bewohner / keine sterbende Bewohnerin allein gelassen. Wir respektieren aber den Wunsch des Bewohners, allein zu sein bzw. in Ruhe gelassen zu werden.

Jeder sterbende Bewohner erfährt die gleiche respektvolle Zuwendung, unabhängig von seinem Glauben, seiner Weltanschauung oder seiner Herkunft. Jegliche aktive Sterbehilfe, d.h. die Tötung auf Verlangen eines Bewohners / einer Bewohnerin lehnen wir ab, aber auch die Lebens- und Leidensverlängerung um jeden Preis.

Wir sehen unsere Aufgabe darin,

- einem sterbenden Bewohner durch eine fachlich fundierte, ganzheitliche, individuelle Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität ohne Schmerzen unter größtmöglicher Selbstbestimmung zu gewährleisten;
- Angehörige und Freunde des sterbenden Bewohners in das Pflegekonzept zu integrieren (sie werden nach Möglichkeit in die Pflege mit einbezogen; sie erfahren Unterstützung und Begleitung im Prozess des Abschiednehmens und in der Trauer);
- unsere Pflegequalität zu definieren und zu sichern
(Voraussetzungen: Arbeit nach den Regeln des Pflegekonzeptes; Umsetzung unserer Pflegestandards; Fort- und Weiterbildung; Teamarbeit; Begleitung der Pflegekräfte)

Die psychosoziale Betreuung kann durch Gespräche, Gesten, Berührungen oder durch die Gestaltung des Sterbezimmers geschehen. Ziel ist es, dem/der sterbenden Bewohner/in Zuwendung, menschliche Wärme, Ruhe und Geborgenheit zu geben. Ein Angehöriger, eine Pflegekraft oder ein vertrauter Mitbewohner begleitet ihn/sie. Wenn irgend möglich, werden Sitzwachen eingerichtet. Dabei können auch geeignete MitbewohnerInnen bzw. ehrenamtlich tätige Helfer(innen) einbezogen werden.

Wir messen der seelsorgerlichen Begleitung unserer sterbenden Bewohner/innen besondere Bedeutung bei. Wir bieten sie vor allem mit Hilfe der Geistlichen beider Konfessionen an, drängen sie aber nicht auf. Die religiöse Begleitung nimmt auch die Angehörigen in den Blick. Die seelsorgerlich-religiöse Begleitung geschieht zeitnah und kontinuierlich. Im Bedarfsfall werden Absprachen mit Geistlichen getroffen.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 9 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Der/die Sterbende bleibt in seiner/ihrer vertrauten Umgebung. Lärm, unnötige Betriebsamkeit, grelles Licht sind zu vermeiden. Wenn gewünscht, werden religiöse Symbole in das Blickfeld des/der Sterbenden gerückt (z.B. Kreuz, Bibel oder Gesangbuch, Kerze) bzw. andere Dinge, die ihm/ihr wichtig sind (z.B. ein Familienfoto, Stofftier, Blumen). Meditative Musik kann hilfreich sein.

In einem Altenheim sind die Begegnung sowie die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben unumgänglich. Deshalb erhalten unsere Pflegekräfte die notwendige Unterstützung für ihren Umgang mit Sterbenden bzw. Verstorbenen in unserer Einrichtung, z.B. durch Fortbildungen.

In geeigneter Weise soll allen Bewohnern dieses Thema nahe gebracht werden (z.B. durch Andachten, Vorträge etc.).

Der Verstorbene sollte nicht sofort nach dem Eintritt des Todes versorgt werden, sondern in Achtung der Persönlichkeit einige Zeit in Stille ruhen dürfen. Wir beachten die geäußerten Wünsche des Verstorbenen betreffs Kleidung, religiöser Gebräuche und der Bestattung.

Angehörigen, Mitbewohnern und Mitarbeitern wird Zeit zum Abschiednehmen eingeräumt. Dies geschieht in einer Atmosphäre, in der allen Gefühlen ohne Wertung Raum gegeben werden darf. Die Angehörigen werden in ihrer Trauer unterstützt und auf Wunsch beim Abschiednehmen begleitet. Wir bieten eine religiöse Verabschiedung durch einen Seelsorger an.

Nach Möglichkeit erweist ein Mitarbeiter unserer Einrichtung dem Verstorbenen bei der Beerdigung die letzte Ehre. Wir versuchen, auch Bewohnern die Teilnahme an der Beerdigung zu ermöglichen. Die Angehörigen erhalten ein Kondolenzschreiben unseres Hauses.

Die Heimbewohner werden in geeigneter Weise darüber informiert, dass ein Mitbewohner im Sterben liegt bzw. gestorben ist.

Krankheit und Sterben sind Teil des Lebens und werden von uns professionell und seelsorglich begleitet. Dabei sind Familienangehörige, Freunde und Verwandte unersetzbare Bezugspersonen und Partner unserer Einrichtung.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 10 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------	-----------------------------

zu 2.

Die meisten der Bewohner, die dement sind, habe folgende Diagnosen:

1. Mittel-hochgradige senile Demenz mit Unruhe und/oder Weglauftendenzen
2. Festgeschrittene senile Demenz mit zum Teil hochgradigen neuropsychologischen Störungen und Bettlägerigkeit.
3. Schizophrenie
4. Depressives Syndrom bei beginnender seniler Demenz.
5. Depressive Psychose
6. a. Senile Demenz vom Alzheimer Typ
6. b. Zerebrovaskuläre Demenz (hirngefäßbedingt: Multi-Infarkt-Demenz, chronische Hirndurchblutungsstörungen)
7. Chronifizierte Angstneurose

Die bei uns lebenden Bewohner brauchen nicht nur die körperliche Pflege, sondern auch die psychosoziale Betreuung im Sinne von professioneller sozialtherapeutischer Begleitung (Hinweis auf die Konzeption Punkt 3).

Die dementiell erkrankten Menschen sind für uns Bewohner, die wie alle anderen Bewohner hier ihren Lebensabend verbringen. Deshalb richten wir für sie keine eigene gerontopsychiatrische Abteilung ein, erstellen wohl aber ein Betreuungsangebot, welches sie in Anspruch nehmen können und zwar rund um die Uhr (Angebot für „orientierte Bewohner“) – Tagesstrukturierung notwendig.

Die gerontopsychiatrische Betreuung der Bewohner

Unser Haus, welches seit dem 01.07.1991 durch den Landschaftsverband gerontopsychiatrisch anerkannt ist, legt im Umgang mit dementen alten Menschen folgende Schwerpunkte:

- Die bewohnerorientierte Pflege durch professionelle Pflegefachkräfte (z. B. zur Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, Bewältigung von Krisensituationen).
- Gute professionelle Pflegeplanung und Pflegedokumentation

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 11 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------	-----------------------------

- Bewohnerorientierte Dienstplangestaltung nach den Notwendigkeiten einer ausreichenden und zweckmäßigen Pflege
- Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozeß
- Zufriedenheit des Bewohners (Erhöhung der Lebensqualität)
- Durchführung von Qualitätsmaßnahmen laut § 80 SGB XI: z. B. Qualitätszirkelarbeit mit dem Schwerpunkt, ein Pflegekonzept zu erstellen und Pflegestandards gemeinsam zu entwickeln.

Die Bewohner, die gerontopsychiatrisch verändert sind, sind in folgender Situation:

- Sie brauchen ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit, Betreuung, Aufsicht, Fachlichkeit im Umgang, z. B. Angebot von Orientierungshilfen, Tagesstrukturierung, professionelle Pflege und Betreuung.

Die Pflege und Betreuung dieser Menschen basiert auf dem Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel (AEDL = Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) und wird unter Berücksichtigung folgender Ziele durchgeführt:

1. Minderung bzw. Vermeidung krankheitsbedingter dekompositorischer Verhaltensweisen wie z. B. Angst- und Panikzustände, ständige Unruhe. Schreien, Aggressionen, verkehrter Schlaf-Wachrhythmus, Stürze und andere Verletzungen.
2. Erhaltung der noch vorhandenen psychischen, physischen und sozialen Fähigkeiten.
3. Schaffung der Gefühle von Wohlbefinden und Geborgenheit.

Merkmale dieser besonderen Pflege und Betreuung sind:

- Die Durchführung der Pflege mit sehr viel Ruhe, Geduld, Einfühlungsvermögen und begleitenden Worten.
- Die Anwesenheit der Pflegemitarbeiter/innen in den offenen Räumen, in denen sich die Bewohner aufhalten.
- Als Orientierungs- und Bezugsperson für die dementiell erkrankten Bewohner

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 12 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	-------------------------

- Zur Vermeidung von Isolationserleben (Alleinsein des Bewohners)
- Um vorbeugend eingreifen zu können im Vorfeld sich anbahnender Konflikte
- Um Schutz und Sicherheit vor selbst- und fremdgefährdendem Verhalten zu bieten, um damit Nähe, Schutz und Geborgenheit zu geben

In nonverbaler und verbaler Kommunikation:

- Nähe schenken mit Blicken, zulächeln, berühren, Gefühle zeigen und bei Bewohnern wahrnehmen und ansprechen, selber sprechen, erzählen, mitteilen, zum sprechen anregen und antworten, Bilder anschauen und besprechen, aus Zeitungen wichtige und/oder interessante Dinge vorlesen, Geschichten erzählen

Nicht „Wächter“ sondern „Animateur“

- Der Schutz für den dementiell erkrankten Menschen wird nicht durch Fixierung und Sedierung, sondern durch Anregung und Begleitung (emotionale Stabilität) gewährleistet.
Diese Anregung und Begleitung erfolgt nicht nach einem festgelegten Betreuungsprogramm, sondern flexibel in Anpassung an das krankheitsbedingte Belastungsniveau und in Anpassung an die augenblickliche Situation.
In der täglichen Dienstübergabe wird aktuell für den Tag überlegt, was „heute“ für den Bewohner wohltuend sein kann und was mit den Möglichkeiten und Interessen der Betreuer übereinstimmt.

Wer macht was?

- In erster Linie sollen/müssen nicht die Bewohner etwas machen, sondern der Betreuer „macht was“, das dann bestenfalls die Bewohner einlädt, auf den Geschmack bringt, auch etwas zu machen oder mitzumachen oder sie genießen im Zuschauen und Dabeisein das Tun des Betreuers oder der Pflegerin. Es wirkt schon allein anregend, daß da etwas vor ihren Augen geschieht, entsteht. So nehmen sie indirekt am Leben teil und erfahren, wenn auch in sehr begrenztem Maße, Lebensqualität.

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 13 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------	-----------------------------

Wir machen es uns zur Aufgabe, das Betreuungsgesetz, welches seit dem 01. Januar 1992 in Kraft ist, umzusetzen.

Konkret heißt das: ohne richterliche Genehmigung keinerlei Arten von Fixierungen vorzunehmen, weder durch Bettgitter noch durch Psychopharmaka.

Die Arbeitsgruppe

„PFLEGEKONZEPT“

Bearbeiter Arbeitsgruppe Pflegekonzept	Änderungsstatus 2	Datum 09.04.2011	Seite 14 von 14	Handbuch Pflegedienst B 1.2.0	Freigabe Frau Linder
--	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	-------------------------