

# **PFLEGE- UND BETREUUNGSKONZEPT**

## **STIFTUNG WOHN- UND PFLEGEHEIM PLAIDS**

Wohn- und Pflegeheim Plaids  
Via Plaids 14  
7017 Flims Dorf

Telefon 081 920 92 50  
Telefax 081 920 92 51  
E-mail [wohnheim.flims@flims.ch](mailto:wohnheim.flims@flims.ch)

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
1. Ziel und Zweck des Pflege- und Betreuungskonzepts	3
2. Pflegeleitbild	3
3. Pflegesystem	3
4. Pflege- und Betreuungsmodell	4
5. Pflegebedarfseinstufung	5
6. Pflegedokumentation	5
7. Aktivierung, Alltags- und Freizeitgestaltung	5
8. Handlungskonzepte	6
9. Pflegestandards und Richtlinien	6
10. Hygienekonzept	6
11. Ärztliche Versorgung	6
12. Rechte und Pflichten	7
13. Umgang mit Freiheitseinschränkenden Massnahmen	7
14. Sterben und Tod	7
15. Umgang mit Angehörigen	7
16. Angehörige und Bezugsperson	7

## 1. Ziel und Zweck des Pflege- und Betreuungskonzepts

Ein wichtiger Anspruch, den wir als Betreuungs- und Pflegemitarbeiterinnen an das „Pflege- und Betreuungskonzept“ (PBK) stellen, ist die permanente Überprüfung der Pflege- und Betreuungsqualität mit einer einheitlichen, zielgerichteten Arbeitsweise. Ebenso ist es ein Informationsinstrument für Mitarbeiter, Heim- und Hausärzte sowie für alle Interessierte. Dieses Konzept wird ergänzt mit dem „Pflege- und Betreuungskonzept für Demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner“ [DOK 1.1.07](#) sowie mit dem „Palliative Care Konzept“ [DOK 1.1.06](#). Diese dienen dem Plaid's-Team zusätzlich für Informationen und Fachwissen.

Zum Verständnis vom PBK ist das Qualitätsmanagement System (QMS) notwendig. Alle Dokumente können über die Heimleitung oder Pflegedienstleitung bezogen werden.

## 2. Pflegeleitbild

Das Pflegeleitbild, bei uns Trägerphilosophie genannt, ist die Grundlage des Denkens und Handelns im Haus Plaid's. Es definiert, in kurzer Formulierung unsere Leitziele und Zielvorstellungen. Die Betreuung mit Alltags- und Freizeitgestaltung, Aktivierungstherapie und Bewegung sind ein zentraler Punkt. Mit diesen Strategien streben wir eine optimale Pflege- und Betreuung an, ohne unnötigen Wechsel auch bei Veränderung des Gesundheitszustandes und bei steigender Pflegebedürftigkeit. Zu den Privaträumlichkeiten stehen den Bewohnern alle halböffentlichen-, öffentlichen- und Therapie- Räumlichkeiten, zur Verfügung.

- ❖ Image Broschüre
- ❖ Trägerphilosophie
- ❖ Pflege [HBO 4.8](#)
- ❖ Aktivierung, Alltag- und Freizeitgestaltung [AW 4.8.01](#)
- ❖ Externe Therapie [AW 4.8.02](#)
- ❖ Freiwillige HelferInnen [AW 4.8.03](#)
- ❖ Ausflüge [AW 4.8.05](#)

## 3. Pflegesystem

Wir pflegen nach dem System von Primary Nursing und dem Funktionellen Pflegesystem. Zusätzlich steht die Bezugsbetreuung (BB) im Angebot. Alle Systeme werden je nach Bedürfnis der Bewohner individuell angewendet. Das Pflegeteam wird von den Tagesverantwortlichen Pflegefachfrauen, in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung (PDL), geführt. Es sind 24Stunden Dipl. Pflegefachleute im Einsatz. Die Pflegerapporte sind regelmässig und für das gesamte Betreuungs- und Pflegeteam. Die benötigte Infrastruktur und die Organisation sind im „PBK für Demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner“ beschrieben.

Die Kommunikation bereichsübergreifend und mit Vernetzungspartnern ist im Konzept Internes und externes Kommunikationskonzept [DOK 1.3.09](#) geregelt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit externen Therapiestellen wie- Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, und Partner wie Haus- und Fachärzte, sowie Lieferanten wie z.B. Lungenliga etc., ist sichergestellt.

- ❖ Arbeitsablauf Pflege Richtlinien [DOK 4.8.00](#)
- ❖ Dienstübersicht [DOK 4.8.12](#)
- ❖ Kompetenzmatrix Pflege [DOK 4.8.13](#)

## 4. Pflege- und Betreuungsmodell

### Beschreibung

Im Haus Plaid werden wir das Modell FEDL (Fähigkeiten und existentielle Erfahrungen) an, weil der positive Grundgedanke die täglichen Tätigkeiten beeinflussen soll. Die Struktur des Modells FEDL zeigt eine Auflistung der menschlichen Fähigkeiten und existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Krohwinkel. So können wir die Fähigkeiten einschätzen und wahrnehmen.

Die Grundlage für die „Pflegeplanung für Menschen mit Demenz“ ist das konzeptionelle Modell der FEDL. Das Modell wird für alle Bewohner angewendet. Da die Wahrnehmung auf die Fähigkeiten, beziehungsweise deren Einschränkungen, eines Menschen gerichtet wird, kann der Mensch positiv wahrgenommen werden.

Nachfolgend werden die **Ziele**, die wir mit der **Anwendung des Pflegemodells nach FEDL** erreichen wollen, festgehalten:

1. Eine einführende, respektierende Haltung und Analyse zur Lebenssituation von Menschen mit Demenz
2. Pflegehandlungen und Pflegebeziehungen im Sinne des betagten Menschen zu gestalten
3. Dafür zu sorgen, dass den betagten Menschen eine grösstmögliche Lebenszufriedenheit ermöglicht wird
4. Über das eigene Pflegeverhalten nachzudenken und Möglichkeiten wahrzunehmen.
5. Positives Verhalten beim betagten Menschen auch als solches zu sehen

Folgende **Arbeitsblätter** stehen zur Verfügung:

1. Die Struktur des Modells nach FEDL mit der Auflistung der Fähigkeiten
2. Die häufigsten Pflegediagnosen innerhalb der FEDL
3. Freie Formulierungen innerhalb einiger FEDL in den Bereichen Ist-Situation, Spezielle Fähigkeiten und Zielformulierungen

### Die Pflegeanamnese

In den ersten Tagen soll das Pflegeassessment inkl. Kognitivabklärung und nach Notwendigkeit der Mini Mental Status (MMS) erstellt werden. Der Bewohner wird interdisziplinär den verschiedenen Fachbereichen vorgestellt. Es ist die Grundlage für die Pflegediagnosen, Pflegeplanung und die Ergreifung von entsprechenden Massnahmen. Der gesamte Pflegeprozess wird dokumentiert.

### Struktur des Modells der FEDL

Die menschlichen Fähigkeiten sind so aufgeschlüsselt, dass eine ganzheitliche Betrachtungsweise möglich ist.

1. Die Fähigkeit „ Kommunikation „
2. Die Fähigkeit „ Orientierung „
3. Die Fähigkeit „ Bewegung „
4. Die Fähigkeit „ Vitale Funktionen „
5. Die Fähigkeit „ Pflegen und Kleiden „
6. Die Fähigkeit „ Essen und Trinken „
7. Die Fähigkeit „ Ausscheidung „
8. Die Fähigkeit „ Ruhen, Schlafen und Wachsein „

9. Die Fähigkeit „ Aktivieren, Anregung „
10. Die Fähigkeit „ Beschäftigung „
11. Die Fähigkeit „ Zufriedenheit und Emotionalität „
12. Die Fähigkeit „ Sicherheit „
13. Die Fähigkeit „ Soziale Bereiche und Beziehungen „
14. Die Fähigkeit „ existenzielle Erfahrungen des Lebens „ (nach *Krohwinkel*)

## 5. Pflegebedarfseinstufung

Pflegeeinstufung nach BESA

Wir erfassen die Leistungen mit dem BESA System. Die Einstufung erfolgt frühestens nach 7 Tagen durch die Pflegedienstleitung. Die Überprüfung erfolgt mit der verantwortlichen Pflegefachfrau. Die Einstufung erfolgt mindestens 2xjährlich oder nach Notwendigkeit. Die Pflegedienstleitung trägt die Verantwortung. Die Einstufungen erfolgen nach der Pflegedokumentation.

## 6. Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation CarePfleger RUF wird auf EDV geführt. Der Verlauf wird im Pflegebericht festgehalten. Ziele und Massnahmen werden nach NANDA in den Pflegediagnosen erfasst. Pflegeziele werden monatlich von der verantwortlichen Pflegefachfrau evaluiert. Trainings werden mit Verlauf evaluiert. Die Pflegedienstleitung regelt die Zuständigkeit, ersichtlich im Cockpit. Auf Printform werden pro Bewohner die wichtigsten Dokumente in der Kardexmappe zur Sicherheit abgelegt.

Für die Bewohneraufnahme, Übertritte, Austritte und Pflegedokumentation trägt die Pflegedienstleitung die Gesamtverantwortung. Die Prozesse sind geregelt und werden nach Notwendigkeit angepasst. Die Gesamtübersicht ist im Register Pflegedokumentation ersichtlich [DOK 4.8.04](#).

- ❖ Auftragsabwicklung [HBO 3.3](#)
- ❖ Aufnahme BewohnerInnen [AW 3.3.01](#)
- ❖ Betreuung und Pflege [AW 3.3.02](#)
- ❖ Seelsorgerische Betreuung [AW 3.3.04](#)
- ❖ Austritt von BewohnerInnen [AW 3.3.05](#)
- ❖ Pflegedokumentation RUF CarePfleger [DOK 4.8.01](#)

Die Aufbewahrung von Dokumenten sowie der Datenschutz sind geregelt.

Alle MitarbeiterIn des Wohn- und Pflegeheims Plaid unterstehen der Schweigepflicht gemäss Art. 321 StGB. Es ist sichergestellt, dass alle qualitätsrelevanten Dokumente und Aufzeichnungen erstellt, geprüft, geändert, freigegeben und sicher archiviert oder vernichtet werden.

- ❖ Dokumente / Aufzeichnungen [HBO 1.6](#)

## 7. Aktivierung, Alltags- und Freizeitgestaltung

Die Aktivierung, Alltags- und Freizeitgestaltung ist auf die Ressourcen und die Biographie der Bewohner abgestimmt. Die Betreuung mit Bewegung ist ein regelmässig gut besuchter Alltagstermin. Anlässe und Ausflüge finden regelmässig das ganze Jahr hindurch statt. Individuelle Wünsche werden berücksichtigt.

Die Verantwortung obliegt der Dipl. Aktivierungstherapeutin mit Unterstützung der Mitarbeiterinnen Betreuung und Pflege.

## 8. Handlungskonzepte

Wir wenden die Technik der Basalen Stimulation (BS), der Validation und der Kinaesthetics an. Die BS wird in externen Schulungen erlernt. Die Kinaesthetics Trainerin ist für die Anwendung und die internen Schulungen der Kinaesthetics verantwortlich. Die Farbflächen- und Aromatherapie wird nur von den geschulten Pflegeverantwortlichen angewendet. Für die Biografiearbeit wird interdisziplinär zusammen gearbeitet. Für das Schmerzmanagement besteht ein Schmerzkonzept im PBK für Demenzerkrankte. Ein Defibrillator ist im Windfang Haupteingang für jedermann 24 Stunden zugänglich. Neue Mitarbeiter werden instruiert oder geschult.

## 9. Pflegestandards und Richtlinien

Die Standards und Richtlinien sind die Grundlage für die tägliche Arbeit und werden durch das Leitungsteam erarbeitet und implementiert. Die Evaluation erfolgt jährlich oder bei Bedarf. Anpassungen werden je nach Umfang und Wichtigkeit mündlich und oder schriftlich mitgeteilt. Die Standards sind im Stationszimmer zu finden und werden laufend ergänzt.

- ❖ Grundpflege-Richtlinien [DOK 4.8.06.1](#)
- ❖ Prophylaxen-Standards [DOK 4.8.06.2](#)
- ❖ Richtlinien Infusionstherapie [DOK 4.8.06.3](#)
- ❖ Kontinenzmanagement [DOK 4.8.06.5](#)
- ❖ Wundversorgungs-Standard [DOK 4.8.06.7](#)
- ❖ Umgang mit Medikamenten [DOK 4.8.06.9](#)
- ❖ Ernährungsmanagement [DOK 4.8.06.10](#)
- ❖ Schmerzmanagement [DOK 4.8.06.11](#)

## 10. Hygienekonzept

Da die Hygiene als wichtiger Faktor zählt wird jede/r MitarbeiterIn auch bereichsübergreifend über die Hygienemassnahmen informiert.

- ❖ Hygienekonzept Pflege [DOK 4.8.02](#)
- ❖ Merkblatt Persönliche Hygiene in der Küche [DOK 4.7.08](#)
- ❖ Merkblatt Persönliche Hygiene in Office / Speisesaal / Cafeteria [DOK 4.7.09](#)

## 11. Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung wird im Qualitätsmanagement „Medizinische Betreuung“ genannt. Mit dem „Notfalldienst Flims-Trin-Laax-Falera“ ist die ärztliche Versorgung auch bei Notfallsituationen sichergestellt. Die fachärztliche, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist gewährleistet. Im Haus besteht die freie Arztwahl. Jeder auswärtige Hausarzt, der die ärztliche Versorgung und oder Hausbesuche nach Bedarf gewährleistet, kann vom Bewohner beibehalten werden. Der Hausarzt stellt die medizinische Versorgung sicher und gewährleistet den Informationsfluss zwischen den Hausärzten und der Leitung. Die Arztvisite im Haus findet unregelmässig statt. Die Arztbesuche in der Praxis werden unterstützt. Wir kommunizieren auch telefonisch und per Fax.

- ❖ Medizinische Betreuung [AW 3.3.03](#)
- ❖ Medizinische Notfallsituationen [DOK 4.8.03](#)
- ❖ Bewilligte Medikamentenabgabe [DOK 4.8.11](#)

## 12. Rechte und Pflichten

Bewohnerinnen und Bewohner, oder bei Urteilsunfähigkeit der gesetzliche Vertreter, werden im Eintrittsgespräch oder durch die Hausinformation über ihre Rechte und Pflichten informiert. Sie haben das Recht auf Würde und Achtung, auf Selbstbestimmung und Selbstgestaltung des Daseins, das Recht auf Sicherheit und Schutz, auf Tätigkeit sowie das Recht auf Information. Der Pensionsvertrag hält weitere Rechte und Pflichten schriftlich fest. Bei Fremdschädigung hört die Selbstbestimmung auf. Ethische und rechtliche Fachinformationen sind im Palliative care Dossier zu finden.

- ❖ Hausinformation [DOK 3.2.03](#)

## 13. Umgang mit Freiheitseinschränkenden Massnahmen

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden nur bei Notwendigkeit und in Absprache mit der Leitung und Angehörigen angewendet. Beobachtungen wie Unzufriedenheit, Arroganz und Aggressionen werden bewusst durch das Leitungsteam wahrgenommen und thematisiert. Das Team wird dadurch sensibilisiert. Im Standard sind die hausinternen Richtlinien beschrieben.

- ❖ Umgang mit Freiheitseinschränkenden Massnahmen [DOK 4.8.06.4](#)
- ❖ Umgang mit Gewalt und Aggressionen [DOK 4.8.06.8](#)
- ❖ Sturzmanagement [DOK 4.8.06.6](#)

## 14. Sterben und Tod

Jede Sterbebegleitung ist mit seinem Umfeld sehr individuell. Jeder Bewohner und seine Angehörigen werden ganzheitlich angenommen, begleitet und betreut. Angebote und Massnahmen sind im Palliative care Konzept ersichtlich.

## 15. Angehörige und Bezugspersonen

Wir streben einen offenen, vertrauensvollen Kontakt zu den Angehörigen an und versuchen Betroffene, in ihrer extremen Belastung zu entlasten. Wir erfassen die Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigen. Mit Gesprächen und Informationen sind wir individuell nach Ihren Bedürfnissen für sie da. Veränderungen der Bewohner werden lückenlos durch die Fachperson mitgeteilt. Für ein interdisziplinäres Gespräch mit Pflegedienstleitung, Heimleitung, Arzt, Therapie oder externe Organisationen können auch kurzfristig Termine vereinbart werden. Die Angehörigen informieren sich auch in der Image Broschüre, Homepage [www.plaidis.ch](http://www.plaidis.ch) oder in der Hausinformation.