

Pflegekonzept



seniorencentrum
jurablick hindelbank

Erstellt am 06.02.2019
Susanna Grossen

Überarbeitet am 29.05.2020
Silvia Anneler

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Zielsetzung | 1 |
| 1.1 | Zielsetzung Pflegekonzept | 1 |
| 1.2 | Zielgruppenspezifische Pflege | 1 |
| 2 | Umsetzung | 2 |
| 2.1 | Umsetzung Pflegeprozess | 2 |
| 2.2 | Arbeitsorganisation | 2 |
| 2.3 | Dokumentation..... | 3 |
| 2.4 | Datenschutz..... | 3 |
| 2.5 | Umsetzung kompetenzgerechter Einsatz des Pflegepersonals | 3 |
| 2.6 | Organisatorischer Ablauf Pflegeabteilung | 4 |
| 2.6.1 | Organisation der Pflege über 24 Stunden | 5 |
| 2.7 | Interdisziplinäre Zusammenarbeit | 5 |
| 2.8 | Informationsfluss..... | 6 |
| 2.9 | Erreichbarkeit des Pflegepersonals Tag / Nacht | 6 |
| 2.10 | Pikettdienst Pflege | 6 |
| 3 | Hygiene | 7 |
| 4 | Palliative Care..... | 8 |
| 5 | Tagesstruktur / Aktivierung / Bewegung..... | 9 |
| 6 | Selbstbestimmung gegenüber Schutz und Sicherheit | 10 |
| 7 | Freiwillige Mitarbeit | 11 |
| 8 | Fort- und Weiterbildung | 12 |
| 9 | Umsetzung und Evaluation des Konzeptes..... | 13 |
| 9.1 | Umsetzung | 13 |
| 9.2 | Rückmeldung zur Konzeptumsetzung..... | 13 |
| 9.3 | Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes | 13 |
| 10 | Quellenangaben | 14 |

1 Zielsetzung

1.1 Zielsetzung Pflegekonzept

Das Pflegekonzept bietet eine Grundlage für unser tägliches Handeln im Bereich Pflege. Es enthält wichtige organisatorische Inhalte, welche dazu dienen den Alltag zu strukturieren und eine professionelle Pflege für die uns anvertrauten Bewohner zu gewährleisten. Das Pflegekonzept ist Teil des Betriebskonzeptes.

1.2 Zielgruppenspezifische Pflege

Die Zielgruppe des Seniorenzentrum Jurablick sind Menschen im dritten Lebensabschnitt, welche Pflege und Betreuung benötigen. Pflegebedarf kann bedingt durch den Alterungsprozess benötigt werden oder wenn chronische Krankheiten auftreten. Insbesondere wird der Multimorbidität von älteren Menschen Rechnung getragen. Unsere Räumlichkeiten sind auch für Menschen mit Geheinschränkungen geeignet. Für Menschen mit Demenz und Weglauftendenz und/ oder Verhaltensauffälligkeiten bieten wir eine geschlossene Abteilung an. Der Umgang mit Menschen mit Demenz und deren Umgebungs- und Alltagsgestaltung wird in einem spezifischen Konzept erläutert.

→ [Demenzkonzept](#)

2 Umsetzung

2.1 Umsetzung Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein Instrument zur systematischen Erfassung und Gewährleistung des Pflegebedarfs eines Bewohners. Die Zielsetzung des Pflegeprozesses ist eine qualitativ hochstehende Pflege. Dies soll erreicht werden durch individuell angepasste Pflegemassnahmen, welche sich auf die Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme eines Bewohners stützen.

Zunächst wird mit dem Pflegeprozess die Pflegebedürftigkeit unserer Bewohner eingeschätzt und erfasst. Es werden Ziele für die Pflege der Bewohner erstellt und notwendige Massnahmen geplant und durchgeführt. Dies wird regelmässig ausgewertet und angepasst (Problem erfassen, Massnahmen festlegen, Massnahmen umsetzen, evaluieren und allenfalls neue Massnahmen festlegen). Unsere Arbeitsweise ist ressourcen- und lösungsorientiert. Wir schauen nicht primär auf die vorhandenen Defizite, sondern richten den Blick auf das, was die Bewohner noch alles können. Ressourcen werden gesucht, genutzt und gefördert.

Hausarzt und Angehörige werden aktiv in die Gestaltung des Pflegeprozesses miteinbezogen.

Die pflegerischen Leistungen zur Einstufung in die Pflegestufen, erfassen wir mit dem System RAI (Resident Assessment Instrument). Der Pflegeprozess wird hierbei mit der zweimal jährlich erfolgenden Beobachtungsphase des RAI Systems unterstützt. Es erfolgt eine zweiwöchige Beobachtungsphase, in welcher der individuelle Pflegebedarf ermittelt wird. Anschliessend wird die Pflegeplanung überarbeitet und angepasst. Dieses Vorgehen entspricht dem klassischen Regelkreis: Plan-Do-Check-Act. Wir legen Wert darauf, dass die Pflege dem Bewohner individuell angepasst und durchgeführt wird. Auch wird durch die Dokumentation mit der RAI eP-Dok die gesetzliche Absicherung der Pflegenden, sowie der Nachweis der erbrachten Leistungen, gewährleistet.

Ergänzend arbeiten wir mit den sogenannten Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen nach Doengens / Moorhouse / Murr, Hogrefe Verlag, 6. Auflage

→ [RAI Konzept](#)

2.2 Arbeitsorganisation

Wir pflegen, aufgeteilt in zwei Pflegegruppen (Wohngruppe EG und Abteilung 1.OG), 30 Bewohner. Jede Pflegegruppe hat eine Gruppenverantwortliche, welche gemeinsam mit der PDL das Pflegeteam führt und die Arbeitsorganisation, sowie die Alltagsgeschäfte auf der Abteilung, übernimmt. Übergeordnet ist die Leitung Pflege für die Führung des Bereichs Pflege und Betreuung verantwortlich.

Die tägliche Planung der Arbeiten des Pflegeteams ist an der Magnetwand im Abteilungsbüro ersichtlich. Der Skill-Grade Mix wird berücksichtigt. Die Aufgaben und Kompetenzen der Pflegenden sind im Dokument „[Aufgaben Pflege](#)“ geregelt.

Es wird darauf geachtet, dass die Pflegenden mehrere Tage bei dem gleichen Bewohner eingeteilt sind, damit eine Kontinuität ermöglicht und die vertrauensfördernde Bindung zu den Pflegenden gefördert wird.

Die Aufteilung auf zwei Pflegegruppen ermöglicht eine engmaschigere Begleitung. Die tägliche Planung klärt die Verantwortlichkeit. So kann der Schritt im Pflegeprozess „Umsetzung der Massnahmen“ individuell und angepasst erfolgen.

2.3 Dokumentation

Die Dokumentation des Pflegeprozesses wird vollständig in der digitalen Pflegedokumentation RAI eP-Dok abgebildet. Das Abrechnungssystem mit dem RAI für Leistungsträger ist integriert und die Schnittstellen sind so optimal genutzt. Die Menüs der digitalen Pflegedokumentation bieten einen strukturierten Überblick über alle Bewohnerdaten.

Das Pflgeteam informiert sich bei Dienstbeginn in der Pflegedokumentation über den aktuellen Zustand und die relevanten Ereignisse. Dazu haben die Pflegenden ein persönliches Login. Die Pflegenden dokumentieren laufend ihre Interventionen nach Vorgaben des RAI Systems. Die Pflegeinterventionen werden geplant, durchgeführt und dokumentiert. Der vollständige Pflegeprozess ist somit gesichert und jederzeit nachvollziehbar.

Die tägliche Terminplanung der Bewohner oder die Planung der wöchentlich anfallende Arbeiten der Abteilung, erfolgt über die digitale Agenda der RAI eP-Dok. Die geplante und durchgeführte Pflege, sowie therapeutische und ärztliche Verordnungen / Massnahmen, werden ebenfalls mittels RAI eP-Dok dokumentiert. Im Pflegebericht werden Zustandsveränderungen oder relevante Ereignisse fortlaufend eingetragen. Die RAI eP-Dok erfüllt sowohl die Anforderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) als auch jene der professionellen und umfassenden Führung einer Dokumentation.

2.4 Datenschutz

In Anlehnung an das Bundesgesetz über den Schutz von Personendaten verpflichten wir uns, Unberechtigten keinen Zutritt zu Bewohnerdaten zu ermöglichen. Wir halten unsere Dokumentationen unter Verschluss und sorgen für den uneingeschränkten Schutz unserer EDV-Daten mittels Passwörtern und automatischer Bildschirmschliessung. Daten des Heims gehören nicht an private Orte, es sei denn, es wurden spezielle Vereinbarungen getroffen. Wir verfügen über eine geschützte HIN Adresse, die es uns ermöglicht, geschützte Daten mit Partnern auszutauschen .

2.5 Umsetzung kompetenzgerechter Einsatz des Pflegepersonals

Anhand ihrer Qualifikation werden die Pflegenden in drei Funktionsstufen eingeteilt. Der qualitative und quantitative Stellenschlüssel wird nach den GSI Vorgaben monatlich erstellt. Die Verantwortung dafür trägt die Pflegedienstleitung und die Geschäftsführung. Der Arbeitsplan erfolgt entsprechend der Ausbildung der Mitarbeitenden und bei den Lernenden ihres Ausbildungsstandes.

Die Aufgaben und Kompetenzen der Pflegenden sind im Dokument „**Aufgaben Pflege**“ geregelt. Zudem wird darin ersichtlich, welche Aufgaben, welcher Rolle zugewiesen sind. Es wird auch aufgezeigt, welche Anforderungen die Mitarbeitenden erfüllen müssen. Im Pflege- und Betreuungsalltag kann es zu unerwarteten Stresssituationen oder auch zu akuten, gesundheitlichen Veränderungen der Bewohner kommen. Auch sind die Pflegenden durch den Schichtbetrieb Einflüssen ausgesetzt. Um diesen Faktoren Rechnung zu tragen, ist ein Pikettdienst über 24h organisiert. An ihn können sich die Pflegenden wenden, wenn sie zusätzliche Hilfestellung benötigen.

2.6 Organisatorischer Ablauf Pflegeabteilung

Die Verantwortlichkeit für den organisatorischen Ablauf auf der Abteilung liegt bei der Tages- und Spätverantwortlichen, sowie beim Nachtdienst. Sie setzt die Arbeitsplanung Pflege auf der operativen Ebene um. Unterstützend tauschen sich die Verantwortlichen der Dienste mit der Leitung Pflege oder deren Stellvertretung über fachliche, organisatorische oder strukturelle Fragen aus. Organisatorisch gesehen geht die Führungsspanne vom Tagesteam, über die Dienst-Verantwortliche (Tag, Spät, Nacht), zur Gruppenverantwortlichen und/oder anschliessend zur Pflegedienstleitung.

Um den Informationsfluss zu gewährleisten und um fachliche Diskussionen anzuregen, werden täglich sechs Rapporte durchgeführt:

| | |
|-----------|--|
| 07.00 Uhr | Übergabe Nacht- an Tagdienst |
| 10.30 Uhr | Standort, weitere Organisation |
| 13.00 Uhr | Übergabe zu Spätdienst, Organisation Nachmittag |
| 15.50 Uhr | Übergabe Nachmittagsgeschehen, Organisation Abendessen und Abendpflege |
| 18.50 Uhr | Übergabe Abend- an Spätdienst |
| 21.20 Uhr | Übergabe Spät- an Nachtdienst |

Die Tages- und Spätdienstverantwortlichen leiten die Rapporte.

→ [Leitfaden Arbeitsplanung Pflege](#)

2.6.1 Organisation der Pflege über 24 Stunden

| | |
|-------------|--|
| 07:00-07:15 | Übergabe Nacht- zu Tagdienst; Einlesen in die Pflegedokumentation; Tagesverantwortliche und Team organisieren den Tagesablauf; Planung ist an Magnetwand ersichtlich; Termine stehen in der RAI eP-Dok |
| 07:15-09:45 | Frühstücksbuffet bereitstellen und betreuen; Medikamentenmanagement; Morgenpflege der Bewohner; Termine aus der RAI eP-Dok bearbeiten |
| 09:45-10:10 | Organisation der Pausen durch TV. Die Pausen werden in zwei Gruppen gemacht. |
| 10:30-10:50 | Rapport (Fachliche Diskussion, Standort, weitere Organisation) |
| 10:50-11:15 | Morgenpflege sowie weitere Betreuung der Bewohner; Pflegedokumentation; Aktivitäten; Medikamentenmanagement; Hauswirtschaftliche Arbeiten auf der Abteilung |
| 11:15-13:00 | Mittagsservice; Medikamentenmanagement; Abräumen im Speisesaal; Bewohner zur Mittagsruhe begleiten; anstehende Arbeiten auf der Abteilung |
| 13:00-13:05 | Organisation Nachmittag |
| 13:05-15:50 | Pflege und Betreuung der Bewohner am Nachmittag; Termine der Abteilung nach Plan (Arztvisite, Aktivitäten, Medikamente richten); ausstehende Arbeiten erledigen; aufdecken Speisesaal; Pflegedokumentation |
| 15:50-16:15 | Rapport, Organisation Abend |
| 16:50-17:15 | Pflege und Betreuung der Bewohner; Vorbereitung Abendessensservice; Medikamentenmanagement |
| 17:45-21:20 | Abendpflege und weitere Betreuung der Bewohner; Abräumen im Speisesaal; Medikamentenmanagement; Pflegedokumentation; |
| 21:20 | Übergaberapport an Nachtdienst |
| 22:15-07:00 | Überwachung und Pflege durch Nachtdienst mit Rundgängen durch alle Zimmer, situativ mehr Rundgänge durchführen; Pflegedokumentation; Beantworten der Rufe; Frühstücksservice vorbereiten |

2.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wir pflegen bewusst Kontakte mit externen Dienstleistern. Dies sind in erster Linie Ärzte, Apotheker, Fachpersonen der Spitäler und Kliniken, sowie Therapeuten, Seelsorger, Spitex, Partnerorganisationen und Lieferanten.

2.8 Informationsfluss

Wir sind uns der grossen Wichtigkeit eines gut funktionierenden Informationsflusses bewusst. Wichtige Informationen müssen jederzeit zur Verfügung stehen. Unser zentrales Instrument ist hierzu die elektronische Pflegedokumentation. Der Share Point und die elektronische Pflegedokumentation stellen eine Vielzahl von digitalen Hilfen zur Verfügung, dank welchen gezielt auf Informationen zugegriffen werden kann. Die Informationsübergabe findet an den Rapporten statt. An regelmässigen Teamsitzungen werden neben aktuellen Infos auch übergeordnete Themen und Problemstellungen behandelt. Interdisziplinäre Themen werden an den regelmässigen Kaderrapporten thematisiert. Zu den behandelnden Ärzten sowie zu entsprechenden Spezialisten haben wir guten Kontakt. Auch an regelmässigen Sitzungen besprechen wir Schnittstellen und regen den Austausch an.

2.9 Erreichbarkeit des Pflegepersonals Tag / Nacht

Alle Bewohner haben einen Klingelruf (Parcom) beim Pflegebett angebracht. Bei kognitiver Einschränkung achten wir auf Rufauslöser, welche flexibel platziert werden können. Dies sind Klingelmatten, Bewegungssensoren oder kabellose Rufauslöser mit grosser Taste. Dadurch kann eine grosse Autonomie gewährleistet werden. Die Klingelrufe werden von den Pflegenden so rasch als möglich beantwortet, es ist geregelt, wer in Pausen und Rapporten zuständig ist. So kann gewährleistet werden, dass jemand innert 10 Minuten beim Bewohner ist. Diese Person kann die Situation einschätzen und allenfalls entsprechend Hilfe anfordern. Jede Pflegende trägt hierzu ein Telefon auf sich, es ist zudem möglich, einen Alarm mit der Rufanlage auszulösen.

2.10 Pikettdienst Pflege

Zur fachlichen Unterstützung, bei Arbeitsüberlastung und in Notsituationen, ist eine Fachperson über 24 Stunden für den Pikettdienst eingeplant. Diese erfüllt folgende Bedingungen:

- Verfügt über ein Diplom der Funktionsstufe 3 (Pflegefachperson DNII, HF, FH)
- Ist von 7.00 Uhr morgens bis 7.00 Uhr morgens am nächsten Tag telefonisch erreichbar
- Ist ab 21.00 bis 7.00 Uhr innert 30 Min vor Ort

Der Pikettdienst ist im Arbeitsplan ersichtlich.

Der Pikettdienst kann von den Tagesverantwortlichen oder Spätverantwortlichen, sowie dem Nachtdienst in folgenden Fällen informiert oder aufgebeten werden:

- Bei einer akuten, unklaren Veränderung des Allgemeinzustandes des Bewohners (starke Schmerzen, schwere Stürze, unbekannte Verwirrheitszustände, plötzliche Bewusstseinsveränderungen)
- Bei Auftreten von akuten Erkrankungen (Norovirus)
- Bei nicht auffindbarem Bewohner
- Bei aussergewöhnlichen Ereignissen am Gebäude (Brand, Wasser)
- Bei Einbruchverdacht oder Gefährdung durch Dritte
- Vor Aufbieten des Notfallarztes und bei Spitalüberweisungen
- Bei Todesfällen

→ Leitfaden Arbeitsorganisation Pflege

3 Hygiene

Das Ziel der Standardhygienemaßnahmen in der Langzeitinstitution ist insbesondere die Prävention einer Übertragung von Krankheitserregern, sowie der Umgang mit übertragbaren Krankheiten und potentiell, infektiösem Material. Im Rahmen der Arbeitssicherheit gibt es eine Arbeitsanleitung zum Umgang mit Sharps und das Verhalten bei Stichverletzungen.

- **Hygienekonzept**
- **Körperpflege**
- **Leitfaden Norovirus**
- **Arbeitsanleitung Umgang mit Injektionsnadeln, Ampullen und Stichverletzungen**

4 Palliative Care

Mit dem Ziel einer hohen subjektiven Lebensqualität für den Bewohner und seine Angehörigen, will Palliativpflege weit fortgeschrittene, unheilbare Leiden mit begrenzter Lebenserwartung lindern. Dies möglichst am Ort der Wahl des Bewohners. Palliative Care beschleunigt den Tod nicht, verlängert aber auch das restliche Leben nicht um jeden Preis. Auf keinen Fall hat Palliativpflege aber etwas mit Beihilfe zu Suizid zu tun. Palliativpflege hat die Aufgabe, den Schmerzen und anderen schwierigen Symptomen einer unheilbaren Krankheit zu begegnen; sie erzwingt aber nichts. Palliative Care bietet Unterstützung an, welche es erlaubt, so angenehm und aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben. Die Patientenverfügung unterstützt die Entscheidungsfindung im Sterbeprozess. Diese Unterstützung schliesst auch die Angehörigen und nahen Bezugspersonen mit ein und zwar während der Krankheit, des Sterbens sowie der darauf folgenden Trauerzeit.

Die Palliative Care ist für die Pflege von Menschen im dritten Lebensabschnitt ein zentrales Thema.

→ [Palliative Care Konzept](#)

5 Tagesstruktur / Aktivierung / Bewegung

Eine Tagesstruktur soll so geplant sein, dass es jeden Tag Fixpunkte gibt, die verlässlich sind und den Bewohnern Sicherheit vermitteln können.

Zur Tagesstruktur gehört auch, wie lange das Morgenessen bereit steht, wann zu Abend gegessen wird, ob Angehörige dabei willkommen sind, welche Gruppen- und Einzelaktivitäten vorgesehen sind und entsprechend durchgeführt werden. Dazu braucht es einen verbindlichen Wochen- und Tagesplan für die Einzelnen, aber auch für die Gruppe. Individuelle, auf Personen und Situationen abgestimmte oder durch sie entstehende Aktivitäten, ergänzen diese Vorgaben. Eine Kurzaktivität kann auch spontan nach Zeitressourcen der Pflegenden erfolgen, damit werden Unruhezustände oder auch Stimmungsschwankungen bei den Bewohnern entgegen gewirkt. Es ist wichtig, dass Abwechslungen in Form von Spielen, Singen, Tanzen, einen Film schauen, Ausflüge unternehmen oder ein Quiz lösen, stattfinden.

Tätig sein heisst, in eine Aktivität, auf eine persönlich bedeutsame Art, einbezogen zu sein. Es ist deshalb wichtig, Aktivierung nach Möglichkeit in den Alltag zu integrieren, den Bewohnern Aufgaben zuzumuten und sie selbständig arbeiten zu lassen; auch dann, wenn das Ergebnis nicht den Vorstellungen der Pflegenden entspricht.

Die Bewohner sollen mit ausgewählten Aktivitäten dort abgeholt werden, wo ihre körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten liegen.

Ziel ist es, einen monatlichen Aktivierungsplan zu erstellen, an dem sowohl die Mitarbeitenden der Pflege als auch die Aktivierung beteiligt sind. Das Feiern von Festen im Jahreskreis soll ebenfalls beschrieben werden.

→ **Aktivierungskonzept**

6 Selbstbestimmung gegenüber Schutz und Sicherheit

Menschen im dritten Lebensabschnitt verlieren im Laufe ihrer körperlichen und geistigen Erkrankung die Denk-, Urteils- und Abstraktionsfähigkeit. Das bringt mit sich, dass sie ihre Situation und die Umgebung nicht realistisch einschätzen können.

Bewohner verlieren damit in der Regel ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung und brauchen darum um so mehr das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.

Sie können in gewissen Bereichen aber durchaus urteilsfähig bleiben, allerdings nicht in allen Handlungen. Daher ist von Fall zu Fall zu entscheiden, ob wir über die Person entscheiden müssen oder ob ihr ein (eingeschränktes) Bestimmungs- oder Mitbestimmungsrecht nach ethischen Grundsätzen eingeräumt werden kann. Die Autonomie und Selbstbestimmung muss bei Entscheiden immer Rechnung getragen werden.

Wir begegnen Unruhezuständen und anderem herausforderndem Verhalten, durch unsere bedürfnisorientierte, validierende Haltung und durch körperliche Aktivitäten.

- Durch vorausschauende Planung und das Erkennen von Gefahren, schützen wir die Bewohnerin oder den Bewohner
- Bezüglich herausforderndem Verhalten, das im Moment nicht beeinflussbar ist und eine weitergehende Planung erfordert, bestimmen wir die konkreten Massnahmen
- Unsere geschützte Wohngruppe ist gegen aussen geschlossen. Damit verhindern wir, dass unsere Bewohner weglaufen und sich verirren

7 Freiwillige Mitarbeit

Freiwillige Mitarbeitende bringen etwas Wichtiges mit, nämlich Zeit und Zuwendung. Sie sind eine nicht zu unterschätzende Ergänzung in der Pflege und Betreuung. Sie werden als Unterstützung angesehen und erhalten Informationen, damit sie ihre Aufgaben wahrnehmen können.

Die Bewohner profitieren vom unbefangenen Umgang der freiwilligen Mitarbeitenden und erfahren Unterstützung in alltäglichen Aktivitäten und Unternehmungen, ergänzend zur professionellen Pflege und Betreuung.

- Sie führen ihre Tätigkeiten in Absprache und unter Aufsicht der zuständigen Pflegefachperson aus
- Sie können an Mitarbeiteranlässen teilnehmen
- Sie können internen Fortbildungen besuchen

8 Fort- und Weiterbildung

Die Qualität des Pflegeangebots muss kontinuierlich gefördert und den Bedürfnissen der geriatrischen Menschen angepasst werden. Das dies gewährleistet ist, werden die Mitarbeitenden in der Pflege intern und extern geschult. Wir unterstützen berufsbegleitenden Fortbildungen und bieten ein Lernfeld, bei dem sich die Mitarbeitenden beruflich und persönlich weiterentwickeln können.

Auch bieten wir in Teamsitzungen eine Reflektion von Pflegesituationen, an dem sich jeder der Pflegenden im Umgang und Bewältigung von schwierigen Situationen im Pflegealltag beteiligen kann.

9 Umsetzung und Evaluation des Konzeptes

9.1 Umsetzung

- Nach Erstellung oder bei wesentlichen Änderungen wird das Pflegekonzept den Mitarbeitenden des Jurablicks im Rahmen einer Einführung vermittelt
- Das Pflegekonzept ist Bestandteil der Qualitätsentwicklung im Bereich Pflege und ein Zielpunkt für neue Mitarbeitende

9.2 Rückmeldung zur Konzeptumsetzung

Wir nutzen verschiedene Möglichkeiten um aktiv Rückmeldungen zur Umsetzung unseres Pflegekonzepts einzuholen. Dazu gehören: Arbeitssitzungen, Pflegerapporte, Fallbesprechungen, interne Fortbildungen, Angehörigengespräche, Umfragen, Mitarbeiterbeurteilungen usw.

9.3 Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes

Im Falle eines Veränderungsbedarfes am Konzept, werden entsprechende Vorschläge erarbeitet. Die neuen Konzeptelemente (Ziele, Massnahmen) werden im Team besprochen und gegebenenfalls in einem vereinbarten Zeitrahmen erprobt, evaluiert und eingeführt.

10 Quellenangaben

- Schweizerische Alzheimervereinigung www.alz.ch
- CURAVIVA Schweiz www.curaviva.ch/fachinformationen/politik
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften www.samw.ch
- Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen nach Doengens / Moorhouse / Murr, Hogrefe Verlag, 6. Auflage