Inhaltsverzeichnis

1. Konzept und Strategie ... 3
1.1 Inkraftsetzung und Handbuchidentifikation ... 3
1.2 Unternehmensleitbild ... 4
1.3 Pflegeleitbild ... 6
1.4 Konzeption und Leistungsbeschreibung ... 7
1.4.1 Unsere Zielgruppe ... 7
1.4.2 Wachkoma als Erlebnisprozess ... 7
1.4.3 Die Behandlungs- und Rehabilitationsphasen ... 8
1.4.4 Aktivierende Pflegetherapie ... 9
1.4.5 Aufnahmekriterien ... 10
1.4.6 Aufnahme und Eingewöhnung ... 11
1.5 Vertragswesen ... 18
1.6 Vernetzung ... 18
1.6.1 Partnerschaften ... 19
1.6.2 interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ... 19
1.7 Wirtschafts- und Investitionsplanung, Controlling ... 20
1.8 Öffentlichkeitsarbeit / Marketing ... 20
2 Qualitätsmanagement ... 21
2.1 Qualitätspolitik und Qualitätsziele ... 21
2.1.1 Unsere Ziele ... 22
2.1.2 Unsere Leistungen ... 22
2.1.3 Qualitätsindikatoren ... 23
2.1.4 Unser Pflegemodell ... 23
2.1.5 Organisations- / und Personalmanagement ... 25
2.1.6 Pflegesystem: ... 26
2.1.7 Pflegevisite: ... 26
2.1.8 Übergabe: ... 26
2.1.9 Organisationsverantwortung: ... 27
2.1.10 Stationsbesprechung: ... 27
2.1.11 Fort- und Weiterbildungen: ... 27
2.1.12 Mitarbeitergespräch: ... 28
2.1.13 Organisation der Pflege: ... 28
2.1.14 Besonderheiten: ... 28
2.1.15 Pflegedokumentation: ... 28
2.1.16 Angehörigen-Arbeit: ... 29
2.1.17 Unser pflegerisches Team: ... 29
2.1.18 Personalbesetzung: ... 29

2.1.19 Einarbeitungskonzept: ... 30
2.2 Managementbewertung ... 58
2.3 QM – Dokumentation ... 58
2.4 Fehlermanagement ... 59
2.5 Risikomanagement ... 60
2.5.1 Grundlagen ... 60
2.5.2 Verpflichtung und Auftrag der Leitung ... 60
2.5.3 Integriertes Managementsystem ... 60
2.5.4 Schnittstellen, Kommunikation und Zusammenarbeit von Qualitätsmanagement und Risikomanagement ... 61
2.5.5 Risikobeurteilung und – bewältigung im klinischen Risikomanagement ... 62
2.5.6 Methoden für die Umsetzung des Risikomanagement-Prozesses ... 62
2.5.7 Umsetzung des klinischen Risikomanagements ... 63
2.5.8 CIRS ... 63
2.5.9 Notfall und Krisenmanagement ... 63
2.5.10 Risikomanagement bei operationellen Tätigkeiten ... 63
2.5.11 Inkrafttreten der Risikopolitik ... 64
2.6 Beschwerdemanagement und Kundenzufriedenheit ... 64
2.8 Interne Audits ... 65

1. Konzept und Strategie

1.1 Inkraftsetzung und Handbuchidentifikation

Das vorliegende Handbuch beschreibt das Qualitätsmanagementsystem (QM-System) der Wachkoma AktivPflege - Pflegeheim für Menschen im Wachkoma, Jahnstr. 24, 73441 Bopfingen und wird hiermit in Kraft gesetzt. Die festgelegten Regelungen werden hiermit für verbindlich erklärt.

Die Inhalte des Handbuchs orientieren sich an den Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem gemäß den Anforderungen der DIN ISO 9001:2015

Das Leitungsteam der Wachkoma AktivPflege - Pflegeheim für Menschen im Wachkoma Bopfingen bekennt sich zum QM-System und verpflichtet sich zur Erfüllung der Anforderungen und zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Jeder Mitarbeitende trägt seinen Teil dazu bei, dass das Qualitätsmanagement erfolgreich umgesetzt werden kann, indem er seine Verantwortung wahrnimmt. Hierfür gilt die Grundlage des Qualitätsmanagementhandbuches als verbindlich.

Bopfingen, der 01.04.2021

1.2 Unternehmensleitbild

Aufbauend auf den Zielen und Wertvorstellungen des Ostalbkreises wurde in der Wachkoma AktivPflege eine Unternehmensphilosophie entwickelt, die in wenigen Sätzen das Selbstverständnis und Leitmotiv der Einrichtung darstellt:

Verantwortung für das Leben - Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wachkoma AktivPflege Bopfingen bedeutet Verantwortung für das Leben – die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen. Es ist kein Zufall, dass für alle Beschäftigten unserer Einrichtung am Anfang aller Hilfe diese Achtung steht. Achten heißt so viel wie Acht geben, aufmerksam sein, ein Auge haben für den anderen, ihn ernst nehmen und anerkennen, würdigen als den, der er ist. Die Würde des Menschen ist uns ein verpflichtender Wert. Würde als Wertschätzung unserer Bewohner und Patienten schließt Geborgenheit ein und garantiert nicht nur Fürsorge, sondern lässt auch Raum für Selbstbestimmtheit und Souveränität. Unsere Arbeit an und mit den Patienten geschieht mit Kopf, Hand und Herz; drei Elemente die das ganze umfassen und ein ganzheitliches Menschenbild zum Ziel haben. Diese ganzheitliche Betrachtungsweise ermöglicht uns ein Bild vom Menschen, das den ganzen Menschen meint und sich für den ganzen Menschen verantwortlich weiß. Der ganze Mensch will gefördert und beansprucht, angenommen und herausgefordert werden – und dies konkret in der Arbeit aller Beschäftigten unserer Einrichtung, die, vom ganzen Menschen geleistet, den ganzen Menschen meint. Die Unternehmensleitlinien geben den Rahmen für die Entscheidungen im Unternehmen vor und sind somit eine Orientierungshilfe im täglichen Handeln für die Mitarbeiter. Sie sind der Maßstab, an dem wir uns als Dienstleister messen lassen wollen. Insbesondere auch neuen Mitarbeitern sollen sie Orientierung geben hinsichtlich der allgemeinen Erwartungen, Verhaltensweisen, Ausrichtung und Führungsgrundsätze. Die Kommunikation der Unternehmensphilosophie und der Unternehmensleitlinien an Patienten und Partner der Wachkoma AktivPflege hat einen hohen Stellenwert.

Leitbild

für das Ostalb-Klinikum Aalen und die Wachkoma AktivPflege Bopfingen

Verantwortung für das Leben
bedeutet für uns die **Übernahme von Verantwortung** im Rahmen unseres **regionalen Versorgungsauftrages** als kommunales Krankenhaus.

Verantwortung für das Leben
bedeutet für uns, dass der **Patient**[1] **im Mittelpunkt** steht und seine **Gesundheit** sowie **sein Wohlbefinden** während des stationären Aufenthaltes die maßgeblichen Ziele darstellen.

Verantwortung für das Leben
bedeutet für uns, dass wir unter Einbezug und Berücksichtigung der Individualität des Patienten stets ein qualitativ **sehr gutes** medizinisches und pflegerisches **Ergebnis** erreichen. Dabei beziehen wir den Patienten aktiv in die Behandlung ein.

Verantwortung für das Leben
bedeutet für uns ein hohes Maß an **Mitarbeiterorientierung**.
Im Hinblick auf die Ausfüllung unseres Versorgungsauftrages, unsere Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit sind die Mitarbeiter die wichtigste Säule für die Erfüllung unserer Ziele.

Verantwortung für das Leben
und für die Gesellschaft bedeutet für uns, die Ressourcenausstattung, Strukturen und Prozesse stets unter dem Aspekt der **Wirtschaftlichkeit** zu betrachten und danach auszulegen.

Verantwortung für das Leben
bedeutet für uns im Hinblick auf unsere Ziele, uns **jeden Tag** in großen und kleinen Schritten zu **verbessern**. Dafür nutzen wir ein systematisiertes Qualitätsmanagement- und Risikomanagementsystem.

---

[1] *Mit der Bezeichnung Mitarbeiter/Patient ist eine geschlechtsneutrale Bezeichnung gemeint und schließt die weibliche Form ein.*

1.3 Pflegeleitbild

Das Pflegeleitbild gibt allen Pflegemitarbeiter/innen verbindliche Hinweise auf die Vorgaben der Einrichtung. An den zwölf Kernaussagen orientiert sich unsere tägliche Praxis. Wir verpflichten uns, dieses Leitbild umzusetzen:

Unser Ziel ist es, den Menschen, die unsere Einrichtung aufsuchen, zu helfen und für ihr Wohlbefinden zu sorgen.

In dem wir:

- Jeden Menschen mit Würde und Respekt behandeln.
- Den von uns betreuten Menschen in pflegerische Entscheidungen mit einbeziehen.
- Pflege als Hilfe zur Selbsthilfe sehen und zur Gesundheitsentwicklung beitragen, d. h. Pflege baut sich in Schritten auf:

  beraten – unterstützen – übernehmen – überleiten

- Den Menschen als Individuum anerkennen und seine sozialen, kulturellen, religiösen und psychischen Bedürfnisse in der Pflege berücksichtigen.
- Eine Atmosphäre schaffen, in der Angehörige sich aufgenommen fühlen und aktiv mit einbezogen sind.
- Sterbende nicht alleine lassen, sie und ihre Angehörigen und Freunde begleiten, sowie ihre religiösen und kulturellen Vorstellungen berücksichtigen.
- Die Schweigepflicht über Personen und den Datenschutz einhalten.

Wir wollen den Menschen, die in unserer Langzeitpflegeeinrichtung Hilfe suchen, ein hohes Maß an Pflegequalität durch kompetentes und motiviertes Pflegepersonal bieten.

Dazu gehört:

- Pflege orientiert sich an den individuellen Lebenssituationen und Lebensphasen des Bewohners.
- Wir schaffen die Grundlage für berufliches Selbstverständnis und Freude am Beruf.
- Wir übernehmen Verantwortung und entwickeln Eigeninitiative.
- Interne und externe Fort- und Weiterbildungen fördern die individuellen beruflichen Entwicklungen der Pflegenden.
- Wir pflegen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Bereichen und Berufsgruppen, insbesondere mit der Bildungsakademie der Kliniken Ostalb und tragen zu einer Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens bei.

1.4 Konzeption und Leistungsbeschreibung

1.4.1 Unsere Zielgruppe

In unserem Spezialpflegeheim werden Menschen in der Phase F der neurologischen Rehabilitationskette, durch speziell aus- und weitergebildete Fachpflegekräfte betreut. In der Regel kommen unsere Bewohner aus der Phase A und B der Akutbehandlung und Frührehabilitation. Die Phase F sieht unterstützende, betreuende und zustandserhaltende Maßnahmen vor, die bei erfolgreicher Entwicklung weiterführende Rehabilitationen in der Phase C ermöglichen können.

1.4.2 Wachkoma als Erlebnisprozess

Beim Wachkoma handelt es sich um ein schweres komplexes Störungsbild unterschiedlicher Ätiologie. Verursachungsfaktoren hierfür können sein:

- Trauma bedingte Schädel-Hirn-Verletzungen
- Hirninfarkt
- Gehirnblutungen
- Enzephalitis
- Sekundäre hypoxische Hirnschädigung z.B. als Folge verzögerter Reanimation nach Herzstillstand

Die von diesem Krankheitsbild betroffenen Patienten sind schwerst-hirngeschädigte Menschen bei denen eine Trennung von Hirnstamm/Mittelhirn und Großhirnrinde angenommen wird. In diesem Zustand sind zwar Schlaf-Wach-Zyklen sowie Hirnstamm und Zwischenhirn-Funktionen teilweise oder vollständig intakt, bewusste Wahrnehmungen der eigenen Person und der Umgebung jedoch fehlen.

Entsprechend werden im englischen Sprachraum diese Patienten dem sog. „persistent vegetative state“ zugeordnet, in dem zwar noch physiologisches Leben existiere, bewusste Wahrnehmung und Schmerzerleben jedoch erloschen sei.

Zieger (1997) weist darauf hin, dass sich im Rahmen des Ausbaus der Frührehabilitation in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel vom Verständnis der schwerst-hirngeschädigten Patienten eingestellt habe. Es haben sich zwei Perspektiven entwickelt, die sich dem Betroffenen von unterschiedlichen Standpunkten her nähern.

Die erste klassische neurologische Sicht stellt die beobachtbaren neurologischen Ausfallerscheinungen und Defekte in den Mittelpunkt der Betrachtung. Insofern werden neben den erhaltenen physiologischen Parametern (Spontanatmung, Schlaf-Wach-Rhythmus) die Unfähigkeit zur sinnvollen Reaktion auf Ansprache oder Berührung als hauptsächliche Definitionskriterien des Wachkomas angesehen.

Neben dieser Position steht die so genannte beziehungsmedizinische Sicht. Sie versucht, den Zustand des Patienten nicht primär durch seine Defizite zu beschreiben. Sie bemüht sich stattdessen um eine Betrachtung des Kranken unter Einbezug von Beobachtungen und Erfahrungen der Betreuer, unter Betonung der individuellen Biographie sowie der Möglichkeit zu einem subjektiven Erleben. Fehlende Reaktionsfähigkeit und Weckbarkeit werden nicht – wie im klassischen Sinne – mit Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit gleichgesetzt.

Im beziehungsmedizinischen Kontext bedeutet Wachkoma nicht mehr Ausfall des Bewusstseins mit gleichzeitigem Persönlichkeitsverlust. Die Störung wird als ein hochgradiger Dissoziationszustand der leib-seelisch-geistigen Integrität des Individuums verstanden, der einen Rückzug auf „elementare Stufen des autonomen Körperselbst“ zur Folge hat.

Die klassische neurologische Sicht beginnt erst langsam und zögerlich, Patienten im Zustand des Wachkomas Wahrnehmungen und Empfindensfähigkeit zuzugestehen. Grund dafür sind morphologische und funktionelle Untersuchungen, die belegen, dass der Kortex der betroffenen Menschen weder vollständig zerstört noch funktionslos ist.

Zuwendungen von außen erfährt der Patient konkret, körper- und erlebensnah und antwortet dementsprechend darauf. So äußern sich affektive Schwankungen in Form von Veränderungen vegetativer Vorgänge wie Atmung und Herzschlag, Steigerung des Hirndrucks sowie im gestisch-mimischen Ausdruck. Sie werden als Lust und Unlust empfunden und spiegeln sich in körperlichen Bewegungskategorien wie Weitung vs. Engung bzw. Dilatation vs. Kontraktion wieder: bei Lustempfinden herrscht die Weitung vor, Schreck und Angst die Engung.

Betrachtet man die beiden skizzierten Perspektiven zur Beschreibung des Wachkomas als einander ergänzende Sichtweisen, ist eine differenzierte Betrachtung des Krankheitsbildes möglich. Eine eingehende Beschäftigung nicht nur mit den Defiziten, sondern auch mit den basalen Potentialen und Kompetenzen eröffnet neue Wege der Rehabilitation. Dabei ist der Ausgangspunkt dieser Bemühungen die veränderte Körperlichkeit des Menschen, die aus multidisziplinärer Sicht und unter Einbezug der Angehörigen wahrgenommen wird. Die im Körper und seinem Ausdruck verborgenen Signale werden zur Grundlage zwischenmenschlicher Interaktion und Beziehungsaufnahme, so dass die Reintegration des Betroffenen in seine sozialen Zusammenhänge gefördert werden kann.

(Quelle: Christel Bienstein, Abschlussbericht, Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien)

1.4.3 Die Behandlungs- und Rehabilitationsphasen

A Akutbehandlung; ggf. intensivmedizinische Behandlung

B Patient ist schwer bewusstseinsgestört, kurativ-medizinische Diagnostik und Behandlung; rehabilitative Einzelförderung

C Der Patient ist kooperativ, kann in der Therapie mitarbeiten, muss aber noch kurativ-medizinisch und mit hohen pflegerischen Aufwand betreut werden; umfassende rehabilitative Therapie

D Der Patient ist frühmobilisiert; medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne

E Nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation

F unterstützende, betreuende und /oder Zustand erhaltende Maßnahmen; Langzeittherapiepflege

1.4.4 Aktivierende Pflegetherapie

Die neurologische Rehabilitation ist in Deutschland entsprechend dem Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in sechs Phasen (A – F) gegliedert.

Die Phase F erfordert eine besondere Berücksichtigung und ist nicht mit "normaler" Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen. Patientinnen und Patienten in der Phase F sind häufig betroffen von langfristigen Bewusstseinsstörungen wie dem Apallischen Syndrom bzw. „Syndrom Reaktionsloser Wachheit“, von intellektuell-kognitiven Einschränkungen, von schlaffen oder spastischen Lähmungen und anderen, meist sehr komplexen Ausfallmustern im Bereich der Sensorik und der Motorik. Diese Störungen schränken die Lebensaktivitäten oft so stark ein, dass aufwändige pflegerische und medizinische Maßnahmen wie Sondenernährung, spezielle Lagerung, Tracheotomie, im Extremfall auch apparative Beatmungshilfen notwendig werden.

Wir ermöglichen daher durch aktivierende Pflegetherapie und gezielter Mobilisation in Verbindung mit stimulierender Therapie verschiedenster Sinne, eine Individuelle Versorgung unserer Bewohner. Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen werden bewusst in den Pflegeprozess miteinbezogen Mit ihrer aktiven Begleitung kann eine individuelle Umsetzung der Pflege und Therapie gewährleistet werden.

Wir orientieren uns am Katalog der therapeutischen Pflege (KtP) der Frührehabilitation. Dieses Modell ist in drei Stufen eingeteilt:

- Aktivierend vollkompensatorische Pflegetherapie: Der Bewohner kann die Pflegemaßnahmen nicht selbst übernehmen. Die Pflegemaßnahme erfolgt durch das Pflegepersonal unter gezielter Anregung von Sinnesreizen und Nutzung beginnender Funktionen.

- Aktivierend teilkompensatorische Pflegetherapie: Der Bewohner ist teilweise befähigt, braucht aber noch ergänzende direkt Hilfe durch eine Pflegekraft.
- Anleitung und Begleitung: Der Bewohner ist zur Durchführung der Pflegemaßnahmen weitgehend selbst befähigt, braucht aber noch Anleitung Kontrolle oder Beratung.

Das dreistufige Modell orientiert sich an dem Selbstpflegekonzept von Orem (Orem 1997).

Pflegetherapeutische Interventionen:

- Training der Körperpflege + Waschtraining komplett/inkomplett, Duschen oder Baden, Mundpflege, Persönliche Pflege, An- u. Ausziehtraining komplett/inkomplett
- Ernährung + Esstraining ohne/mit Kau- und Schluckbeschwerden, FOTT-Einzeltraining
- Therapeutische Lagerung und Mobilität + Mobilisation im Bett, Therapeutische Lagerungstechniken, Therapeutischer Transfer
- Nachstehendes basales Training der Aktivität
- Fortführung und Unterstützung des Trainings der kognitiven und emotionalen Aktivitäten in Abstimmung mit dem therapeutischen Team
- Situative Krisenintervention + den Bewohner aus einer negativen Stimmung herausführen durch Zeit lassen. Basales Wahrnehmungstraining + Förderung des Gefühls der Sicherheit
- Basales Kommunikationstraining + Trainieren des Ja/Nein Codes
- Angehörigenberatung / -Schulung
- Trachealkanülenmanagement + Versorgung der Trachealkanüle, Wechsel der Trachealkanüle, Entwöhnung der Trachealkanüle

Das Zusammenspiel der Berufsgruppen, Pflege- und therapeutisches Personal (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie), ist in der Phase F ist sehr wichtig. Diese Pflegetherapeutischen Interventionen werden im Pflegealltag aktivierend-therapeutisch umgesetzt. Anerkannte Pflegekonzepte wie Bobath, Kinaesthetics, F.O.T.T. ®, Kinästhetik VivArte Plus ® und Basale Stimulation, Snoezelen -Therapie und Aromapflege finden dabei Anwendung.

1.4.5 Aufnahmekriterien

Folgende Patienten können in unserer Einrichtung aktivierend gepflegt werden.

- Patienten aus der Frührehabilitation, bei denen weiterführende Rehabilitation, wegen fehlender bzw. nicht ausreichender Besserung noch nicht in Frage kommt.
- Patienten aus Akutkliniken, bei denen nach Untersuchung durch neurologische Fachärzte kein ausreichendes Rehabilitationspotential festgestellt wurde und eine Verlegung in eine Frührehabilitation nicht erfolgen soll.
- Patienten bei denen aus familiären, technischen oder sozialen Gründen die häusliche Pflege noch oder nicht absehbar durch- bzw. ausgeführt werden kann.
- Patienten, die zu Hause gepflegt werden und kurzfristig einer stationären Betreuung bedürfen, damit Angehörige Urlaub nehmen, Krankheiten auskurieren oder

pflegerisch/therapeutische Weiterbildung praktizieren können (Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege).

1.4.6 Aufnahme und Eingewöhnung

Eingewöhnungskonzept für Bewohner

1.4.6.1 Einführung

Der Einzug von Menschen in ein Pflegeheim stellt einen massiven Einschnitt in die persönliche Lebenssituation der Betroffenen und deren Angehörigen dar. Unsere Bewohner sind zumeist unvermittelt in die Situation geraten, durch ein akutes Krankheitsereignis und eine dadurch bedingte Verschlechterung des Allgemein-zustandes nicht in ihr gewohntes Umfeld zurückkehren zu können. Auch für die Angehörigen und das Umfeld ist die Erkrankung und die daraus resultierenden Folgen in der Beziehung zu ihren Nächsten eine große Belastung.

1.4.6.1.1 Unsere Ziele

Wir können als stationäre Pflegeeinrichtung kein zu Hause ersetzen, unser Ziel ist es aber, unseren Bewohnern eine sichere Umgebung zu schaffen, in der sie gepflegt und betreut leben können.

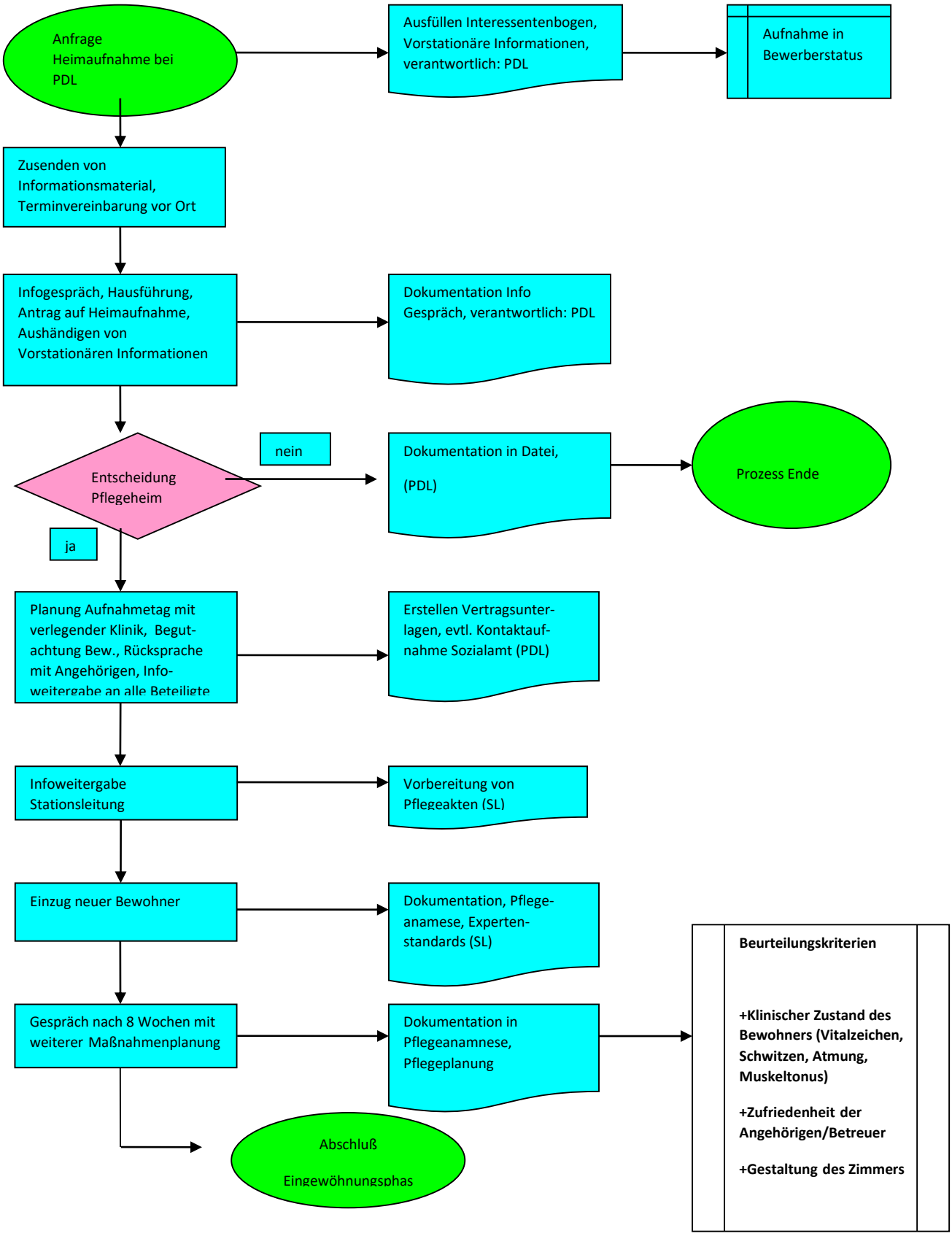
Insbesondere ist unser Handeln darauf ausgerichtet, dass:

- der neue Bewohner ein Gefühl von Sicherheit und Zuwendung, Kontakte zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erhält und Beziehungen zu Therapeuten und ehrenamtlichen Personen hergestellt werden;
- eine angenehme Wohnsituation geschaffen wird;
- die neuen Bewohnerinnen und Bewohner vor allem in der Anfangszeit gut begleitet sind;
- eine strukturierte, regelkreisbasierte Eingewöhnungsphase stattfindet.

1.4.6.1.2 Der Ablauf

Grundsätzlich gehören bei einem Einzug von Bewohnerinnen und Bewohnern viele Bausteine zusammen. Zur besseren Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen wurde eine Verfahrensanweisung entwickelt, aus der alle beteiligten Berufsgruppen den Ablauf und ihre jeweiligen Aufgaben ersehen können.

Nachfolgend haben wir den gesamten Prozess in einem Flussdiagramm schematisch dargestellt.


Anfrage Heimaufnahme bei PDL
Ausfüllen Interessentenbogen, Vorstationäre Informationen, verantwortlich: PDL
Aufnahme in Bewerberstatus
Zusenden von Informationsmaterial, Terminvereinbarung vor Ort
Infogespräch, Hausführung, Antrag auf Heimaufnahme, Aushändigen von Vorstationären Informationen
Dokumentation Info Gespräch, verantwortlich: PDL
Entscheidung Pflegeheim
nein
Dokumentation in Datei, (PDL)
Prozess Ende
ja
Planung Aufnahmetag mit verlegender Klinik, Begutachtung Bew., Rücksprache mit Angehörigen, Info-weitergabe an alle Beteiligte
Erstellen Vertragsunterlagen, evtl. Kontaktaufnahme Sozialamt (PDL)
Infoweitergabe Stationsleitung
Vorbereitung von Pflegeakten (SL)
Einzug neuer Bewohner
Dokumentation, Pflegeanamese, Expertenstandards (SL)
Gespräch nach 8 Wochen mit weiterer Maßnahmenplanung
Dokumentation in Pflegeanamnese, Pflegeplanung
Beurteilungskriterien
+Klinischer Zustand des Bewohners (Vitalzeichen, Schwitzen, Atmung, Muskeltonus)
+Zufriedenheit der Angehörigen/Betreuer
+Gestaltung des Zimmers
Abschluß
Eingewöhnungsphas

1.4.6.1.3 Informationsgespräch

Das Informationsgespräch ist einer der wichtigsten Bestandteile des Eingewöhnungskonzeptes. Dieses wird vereinbart nach dem eine Anfrage an uns gerichtet wird. In der Regel wird das Informationsgespräch in unserer Einrichtung durchgeführt. Dies halten wir für sehr sinnvoll damit sich die Angehörigen bzw. Betreuer ein Gesamtbild von der Einrichtung, vom Ambiente, vom Umgang und der Stimmung machen können.

Im Informationsgespräch werden alle relevanten Themen angesprochen. Dieses Gespräch ist sehr wichtig, da hier bereits im Vorfeld wichtige Dinge geklärt und besprochen sowie eventuelle Ängste abgebaut werden können.

Da unsere Bewohner zumeist direkt von Fachkliniken oder Intensivstationen verlegt werden, streben wir einen vorbereitenden Besuch in der verlegenden Einrichtung an. Dieser dient dazu, den zukünftigen Bewohner kennen zu lernen und direkt Informationen von dem Bewohner und den zuständigen Mitarbeitern zu erhalten.

Unser Ansatz bei den gesamten Gesprächen ist es eine kompetente, fachlich fundierte Beratung zu geben und den betroffenen Menschen sowie den Angehörigen und Betreuern als kompetente Ansprechpartner zu Seite zu stehen. Das Informations-gespräch beinhaltet:

- Erfassen warum eine stationäre Aufnahme notwendig ist.
- Erfassen der individuellen Situation.
- Erfassen der Daten / Checkliste ausfüllen.
- Erläuterung der Einrichtung und des Unternehmens.
- Kennenlernen der Einrichtung, Hausführung und des Bewohnerzimmers.
- Zimmergestaltung und Möblierung besprechen, eigene Gestaltung wird von unserer Seite aus gewünscht.
- Erläuterung der Neurologischen Fachpflege, Inhalte und Leistungen.
- Erläuterung der verschiedenen Betreuungsmaßnahmen.
- Klärung der Formalitäten, Heimkosten, Aushändigung der Unterlagen (Flyer, Preisliste, Vorabinformationen).
- Fragen der Angehörigen, Betreuer.

Bei auftretenden Fragen nach dem Informationsgespräch stehen wir persönlich oder telefonisch jederzeit zur Verfügung. Das Informationsgespräch dauert in der Regel ca. 1 Stunde, kann aber bei Bedarf auch länger andauern. Durchgeführt wird es von der Leitenden Pflegefachkraft.

1.4.6.2 Vorbereitung des Einzugs

Ist die Entscheidung für unsere Einrichtung gefallen wird mit den Angehörigen und Betreuern geklärt, was noch im Vorfeld eingeleitet werden muss (Pflegeantrag, Sozialhilfe, …). Wir sehen uns hier als Berater für die Menschen, da diese sich oft zum ersten Mal mit der Thematik auseinandersetzen und hier auf Hilfestellung angewiesen sind.

Die Vorbereitung läuft in den einzelnen Bereichen an Hand der jeweiligen Checklisten. Im Bereich der Pflege wird eine Bezugsperson festgelegt, zumeist die Stationsleitung, die den neuen Bewohner am Einzugstag aufnimmt. Die wichtigsten organisatorischen Schritte innerhalb der Einrichtung werden hier kurz benannt:

- Dokumentation des Informationsgesprächs.
- Klärung Hausarzt, Medikamente, Hilfsmittel, Ernährung, Therapiebedarf, etc.
- Besuch des neuen Bewohners in der verlegenden Einrichtung, für ein erstes Kennenlernen und weitere Informationen zu sammeln. Dies wird von der Leitenden Pflegefachkraft durchgeführt.
- Richten des Bewohnerzimmers (grundsätzlich können nach Möglichkeit Möbelstücke, Bilder etc. im Vorfeld in das Zimmer gebracht werden).
- Hausarzt wird informiert.

1.4.6.3 Verlauf der ersten acht Wochen

1.4.6.3.1 Am Tag des Einzugs

Wir legen besonderen Wert auf den Ablauf des Einzugstages. Besonders in der Anfangszeit ist es eminent wichtig, den neuen Bewohner besonders gut zu betreuen und zu begleiten, um ihm an das neue Umfeld und die Pflegekräfte zu gewöhnen.

Daher ist es wichtig, dass die Aufnahme gut vorbereitet wurde. Das Bewohnerzimmer entsprechend den pflegerischen Bedürfnissen des Bewohners mit den Hilfsmitteln ausgestattet ist. Wir legen Wert auf eine besonders ruhige und professionelle Aufnahmesituation. Nach Möglichkeit sind die Angehörigen als direkte Bezugspersonen auch bei der Aufnahme anwesend um den Bewohner weitere Sicherheit zu geben in der neuen Umgebung.

1.4.6.3.2 Erste und zweite Woche des Aufenthalts

In der ersten Woche wird mit der Pflegeplanung begonnen. Hierbei werden alle Informationen zusammengetragen, von der verlegenden Einrichtung und die Erkenntnisse der Fachkräfte in der

Einrichtung. Ebenso die Pflegeanamnese vervollständigt bei intensiver Beachtung der Expertenstandards.

Es wird die spezielle Kontaktaufnahme mit Initialberührung für den Bewohner festgelegt, die für alle Pflegekräfte, Therapeuten, Ehrenamtliche und Hausarzt verbindlich ist. Zumeist ist es die Berührung an der rechten oder linken Schulter.

Die zweite Woche wird zur weiteren Ergänzung der Datensammlung genutzt, die Organisation aller Dienste wird weiter koordiniert, so dass eine erste „Routine“ einkehrt.

1.4.6.3.3 Dritte bis achte Woche

Nun wird mit der Biographie Arbeit des Bewohners begonnen. Hierbei werden so viele Informationen wie möglich aus dem Leben und aus den persönlichen Erfahrungen des Bewohners gesammelt. Ziel ist, den Bewohner in seiner Gesamtheit als Mensch mit seinen bisherigen Gewohnheiten und Vorlieben bzw. Abneigungen kennen zu lernen, um diese entsprechend bei der Betreuung berücksichtigen zu können. Bei dieser Arbeit werden die Angehörigen / Betreuer so häufig und intensiv wie möglich mit einbezogen.

Da wir unsere Bewohner in der Regel nicht befragen können wie es ihnen geht, achten wir in dieser Phase sehr intensiv und sensibel auf die Kommunikation die der Bewohner uns bietet. Wie zum Beispiel die Vitalzeichen, Körperverhalten (Anspannung), die Atmung, Schwitzen, Schlafen, Ruhe/Unruhe etc. Dies besprechen wir intensiv mit allen Berufsgruppen die an der Versorgung beteiligt sind und ziehen selbstverständlich die Angehörigen / Betreuer mit ein.

1.4.6.4 Abschlussgespräch und daraus resultierende Maßnahmen

Nach ca. 8 Wochen findet ein Abschlussgespräch mit den Angehörigen und / oder Betreuer statt. Dies übernimmt in der Regel die Leitende Pflegefachkraft. Hierdurch wird die Wichtigkeit des Bewohners und das Thema Eingewöhnung unterstrichen.

Aufgabe des Gesprächs ist, hier noch einmal gezielt die Eingewöhnungszeit in der Wachkoma AktivPflege zu rekapitulieren. Insbesondere werden hier spezifische Problemstellungen, pflegerische Besonderheiten, Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen besprochen.

Anhand folgender Kriterien kann die Eingewöhnung beurteilt werden:

- Klinischer Zustand des Bewohners (Vitalzeichen, Schwitzen, Atmung, Muskeltonus)
- Zufriedenheit der Angehörigen / Betreuer
- Gestaltung des Zimmers

Das Gespräch wird protokolliert, erforderliche Maßnahmen festgehalten und an die zuständigen Bereiche und Personen zur weiteren Bearbeitung weitergeleitet. Die Protokolle werden regelmäßig mit der Stationsleitung besprochen.

1.4.6.5 Abschluss

Auch wenn die Eingewöhnungsphase nach dieser Zeit rein formell beendet ist, werden wir stets daran arbeiten, mit den Angehörigen / Betreuern in einem engen, persönlich-freundschaftlichen, gleichwohl respektvollen Kontakt zu bleiben. Nur so werden sich Wünsche, Anliegen, Ängste, Lob und Kritik in ausreichendem Maße erschließen bzw. äußern.

Insbesondere bei den regelmäßig stattfindenden Pflegevisiten können wir unsere Fachpflege reflektieren. Ein funktionierendes Eingewöhnungskonzept ist für alle Beteiligten ein Gewinn. Für die neuen Bewohner ist dadurch sichergestellt, dass Sie in dieser Zeit besonders gut betreut und versorgt werden. Die Angehörigen erhalten ein Gefühl der Sicherheit. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht es geregelte, koordinierte Abläufe und einen Bezug zu den neuen Bewohnern zu bekommen.

Checkliste: Einzug neuer Bewohner	
Name:	Geburtsdatum:
Bisherige Anschrift:	
Angehörige / Betreuer:	
Geplanter Aufnahmetermin:	
Bemerkungen:	

Tätigkeiten	Hand z.	Datum	Erled.
Informationsgespräch			
Erste Daten zum Zustand des Bewohners aufnehmen			
Wünsche und Erwartungen der Angehörigen / Betreuer erfragen			
Konzeption der Einrichtung erläutern			
Pflege- und Betreuungsaufwand erläutern			
Alle offenen Fragen der Angehörigen/Betreuer beantworten			
Vorvertragliche Informationen erläutern und überreichen			
Heimvertrag erläutern und ggf. zur Unterschrift vorlegen			
Termin für die Aufnahme zusammen mit verlegender Klinik vereinbaren.			
Information über den neuen Bewohner an:			
Pflegebereich			
Verwaltung			
Therapeuten			
Heimfürsprecher			
Zimmer vorbereiten			
Einrichtung auf Vollständigkeit prüfen			
Bett beziehen / Lagerungsmaterial bereitlegen			
Nachtkästchen säubern			
Zimmer / Nasszelle reinigen			
Namensschild anbringen lassen			
Die technische Einrichtung auf Funktionsfähigkeit prüfen			
Notwendige Dokumente			
Bankeinzugsermächtigung			
Einstufungsbescheid der Pflegekasse			
Bescheinigung des Sozialamtes zur Kostenübernahme			
Kopien von Vollmachten, Betreuungsurkunde, Personalausweis, Schwerbehindertenausweis,			
Krankenkassenkarte / Befreiung			
Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren			
Meldung des Heimeinzugs an:			
Krankenkasse / Pflegekasse			
Einwohnermeldeamt			
Sozialamt			
Hausarzt			

Durchführung			
Eintreffen des Bewohners			
Begrüßen des Bewohners			
Annahme von Unterlagen der Sanitäter			
Mitarbeiter stellen sich vor			
Erste Versorgung			
Bewohner umbetten			
Inkontinenzeinlage prüfen			
Nach eventuellen Wunden / Dekubiti prüfen			
Katheterbeutel prüfen			
Trachealkanüle prüfen			
Vitalzeichen messen			
Evtl. Sauerstoff nach Anordnung geben			
Nahrung / Wasser nach Regime anhängen			
Medizinische Vorbereitungen			
Aktuelle Medikation mit dem Hausarzt besprechen			
Hausbesuchstermine mit dem Hausarzt absprechen			
Verordnete Medikamente in der Apotheke bestellen			
Medikation in der Pflegedokumentation eintragen			
Medikamente bis zum nächsten Richtetag stellen			
Pflegerische Dokumentation			
Pflegedokumentation anlegen			
Vitalzeichen eintragen			

1.5 Vertragswesen

Verträge mit Kunden

Unsere Einrichtung

- schließt mit jedem Kunden einen schriftlichen Heimvertrag
- vereinbart im Heimvertrag Art und Umfang aller notwendigen und von den Kunden zusätzlich gewünschten Leistungen nach Maßgabe der personellen, technischen und zeitlichen Ressourcen
- beachtet die rechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgeseztes und des Rahmen– und Versorgungsvertrages

1.6 Vernetzung

1.6.1 Partnerschaften

Unsere Einrichtung vernetzt sich im kommunalen Kontext in sozialen, kulturellen und ökonomischen Strukturen der Stadt Bopfingen und des Ostalbkreises. So haben wir verschiedene Partnerschaften geschlossen und stehen neuen Verbindungen offen gegenüber.

Folgende Partnerschaften werden aktiv gepflegt:

- Bildungspartnerschaft mit der Realschule Bopfingen
- Partnerschaft mit dem Kinderhaus Bopfingen
- Pfarr- und Kirchengemeinden
- Diverse Strickkreise
- Ökumenischer Hospizdienst Ipf-Ries

1.6.2 interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit

Unsere interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit orientiert sich stets am aktuellen Stand der Wissenschaften und der Technik zur optimalen medizinischen und therapeutischen Versorgung unserer Patienten:

Betreuender Hausarzt
MVZ d. Kliniken Ostalb
T. Braun
Bahnhofstr. 14
73463 Westhausen
Tel.: 07363/954450

Physiotherapie
Fr. B. Koller
Kastell 21
73441 Bopfingen
Tel.: 07362/4046

Neurologe
PD Dr. Jüttler
Chefarzt Neurologie
Ostalb-Klinikum Aalen
Im Kälblesrain 1
73430 Aalen
Tel.: 07361/551701

Ergotherapie/Logopädie
Praxis M. Jast
Aalener Str. 11
73441 Bopfingen
Tel.: 07362/920696

Urologe
Ries Urologie
Stoffelsberg 5
86720 Nördlingen
Tel.: 09081/9068

HNO
Dr. med. M. Hillenbrand
Oskar-Mayer-Straße 44
Tel.: 09081/25311

Zahnarzt
Praxis für Zahnheilkunde
Engin Efe
Hauptstr. 44
73441 Bopfingen
Tel.: 07362/7500

Firma Fresenius Kabi / Fahl
Fr. Stefanie Zeiher
Schnaitberg 16
73434 Aalen
Tel.: 07361/468720

Chirurgische Praxis
Dr. A. Hemayatkar Tel.: 07362/956464

1.7 Wirtschafts- und Investitionsplanung, Controlling

Das Finanzwesen der Kliniken Ostalb übernehmen für unsere Einrichtung in enger Zusammenarbeit mit dem Leitungsteam unserer Einrichtung die Wirtschafts- und Investitionsplanung, Controlling, Kalkulation und Verhandlungen mit den Pflegekassen.

1.8 Öffentlichkeitsarbeit / Marketing

Die Unternehmenskommunikation / das Marketing der Kliniken Ostalb erarbeitet die interne und externe Kommunikation mit dem Leitungsteam unserer Einrichtung. Die daraus resultierende Öffentlichkeitsarbeit wird bedarfsgerecht und individuell vom Leitungsteam durchgeführt. Hierzu zählen Bsp.:

- Zeitungsartikel in Tageszeitungen und Homepage und Fachzeitschriften (www.wachkoma-bopfingen.de, www.kliniken-ostalb.de)
- Fachvorträge in Schulklassen, interessierte Vereine und Verbände, FSJ Tagungen, Krankenpflegeschulen
- Ausstellungen und Vernissagen
- Spendenaquise zur Finanzierung der „Ehrenamtlichen Angebote“ für unsere Patienten
- Sommerfest mit der Realschule Bopfingen

1.9 Entwicklung neuer Dienstleistungen

Aufgrund des Wettbewerbs unter den Pflegeeinrichtungen und der sich ändernden Kundenbedürfnisse ist der Pflegemarkt einem kontinuierlichen Wandel unterworfen. Daher überprüfen wir regelmäßig das Leistungsangebot unserer Einrichtung und passen es entsprechend an und ergänzen gegebenenfalls durch neue Angebote.

2 Qualitätsmanagement

2.1 Qualitätspolitik und Qualitätsziele

Wir legen Wert darauf, dass sich unsere Patienten während des Heimaufenthaltes wohl fühlen und gut versorgt sind. Durch regelmäßige Gespräche und Information beteiligen wir die Patienten und ihre Angehörigen am Behandlungsprozess.
Unsere Strukturen und Prozesse sind transparent und effizient gestaltet. Dies bezieht sich insbesondere auf:

o interne Arbeitsabläufe
o interdisziplinäre Zusammenarbeit
o Kooperation mit anderen Kliniken
o Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten
o stationäre und ambulante Pflege
o Psychosoziale Betreuung und Selbsthilfegruppen
o die Kooperation mit anderen Versorgungspartnern, insbesondere mit den anderen Standorten der Kliniken Ostalb.

Um eine gleich bleibende hochwertige Leistungserbringung sicherzustellen, werden unsere Prozesse elektronisch (DANtouch) geplant, dokumentiert und durchgeführt sowie regelmäßig überprüft und optimiert.

Kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter ist die Basis für fachlich hochwertige Leistungen. Ein agiler, vertrauensvoller, kooperativer, professioneller Führungsstil und eigenverantwortlich arbeitende Mitarbeiter sind darüber hinaus für uns zentraler Bestandteil unserer Qualitätspolitik.

Wir erbringen unsere Leistungen unter Wahrung der rechtlichen Bestimmungen bei den jeweils bestehenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in bestmöglicher Qualität.
Einem verantwortungsvollen, nachhaltigen und schonenden Umgang mit der Umwelt und ihrer kostbaren Ressourcen sehen wir uns verpflichtet.

Strategisches Ziel aller unserer Anstrengungen ist es, für unsere Patienten und unsere Mitarbeiter die Wachkoma AktivPflege Bopfingen kontinuierlich weiter zu entwickeln und somit unseren Qualitätsanspruch auch in schwierigen gesundheitspolitischen Zeiten zu erfüllen. So können wir unseren Patienten weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen attraktiven Arbeitsplatz bieten.

2.1.1 Unsere Ziele

Unsere aktivierende Pflegetherapie setzt sich zum Ziel, die individuelle Lebensbegleitung unserer Bewohner im Wachkoma - Phase F sicherzustellen. Mit der anhaltenden, ganzheitlichen und aktivierenden Pflege wollen wir den Zustand der Bewohner stabilisieren und Rehabilitationspotentiale entdecken. Um die Lebensqualität zu verbessern sind alle therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten aufeinander abgestimmt.

Ein Hauptanliegen ist das Gestalten einer hohen Lebensqualität, ein sich zu Hause fühlen in unserer Fachpflegeeinrichtung.

Die Versorgungsqualität messen wir an der maximalen Erfüllung der „Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege“.

2.1.2 Unsere Leistungen

Ganzheitliche und aktivierende Bezugspflege unter Einbeziehung neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen werden bei der Durchführung einzelner Pflegemaßnahmen berücksichtigt. Pflegerisches und therapeutisches Arbeiten nach folgenden Prinzipien sind fester Bestandteil unserer Betreuung:

- Basale Stimulation
- Bobath Konzept
- Raum der Sinne - Snoezelen
- F.O.T.T. (Facio-Orale-Trakt-Therapie)
- Alternative Pflegemethoden wie Aromapflege
- Kinästhetik Plus VIV-ARTE®

  Besonderen Wert legen wir auf das Bewegungsförderungskonzept Kinästhetik Plus VIV-ARTE® in welches unser gesamtes Team intensiv geschult ist. Es ist ein Konzept in der die Bewegungsförderung in der täglichen Pflege integriert ist. Die Prinzipien sind: 1. Unterstützung der natürlichen Bewegungsabläufe 2. Gleichzeitiges und gemeinsames Folgen und Führen 3. Beiderseitiges Lernen in jeder Handlung. So unterstützen wir unsere Patienten in ihrer natürlichen Bewegung. Alle Prophylaxen (Dekubitus, Pneumonie, Thrombose und Kontrakturen) sind in das Konzept integriert. Bewegungsförderung bedeutet somit die Prävention vor Folgeerkrankungen und weiterer Pflegeabhängigkeit.

„Ein STEP“ – Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Als eine der ersten Langzeitpflegeeinrichtungen haben wir uns für das neue Entbürokratisierungsmodell qualifiziert. Dieses Modell unter der Federführung des Bundesgesundheitsministeriums hat zum Ziel: „Mehr Zeit für die

Pflege – durch Entbürokratisierung - den Pflegealltag zu verbessern und Professionalisierung zu fördern“.

Unsere Arbeit überprüfen wir durch regelmäßige Pflegevisiten und gemeinsame Besprechungen mit den behandelten Ärzten und Therapeuten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie die Heimaufsicht prüft in jährlichen Abständen die Qualität der stationären Einrichtung. Hierbei handelt es sich um stichtagsbezogene Prüfungen. Wir streben bei den externen Überprüfungen stets sehr gute Bewertungen an.

2.1.3 Qualitätsindikatoren

Mit der Einführung der Indikatorengestützten Verfahren in der externen Qualitätssicherung der stationären Pflege nach § 113 SGB XI haben wir grundlegend neue und interne Verfahren eingerichtet bzw. bestehende Prozesse und Verfahren angepasst.

2.1.4 Unser Pflegemodell

Unsere aktivierende Pflegetherapie setzt sich zum Ziel, die individuelle Lebensbegleitung unserer Bewohner im Wachkoma - Phase F sicherzustellen. Mit der anhaltenden, ganzheitlichen und aktivierenden Pflege wollen wir den Zustand der Bewohner stabilisieren und Rehabilitations-potentiale entdecken. Um die Lebensqualität zu verbessern sind alle therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten aufeinander abgestimmt.

Im Zuge der Qualitätsentwicklung und –sicherung nach den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ (§ 113 SGB XI) haben wir ein Pflegekonzept entwickelt, das von allen Beschäftigten in der Pflege getragen, umgesetzt und den Bedürfnissen unserer Bewohner/innen gerecht wird. Es adaptiert an den pflegefachlichen Erkenntnissen (aus Pflegeforschung/-wissenschaft) sowie an den neuesten medizinischen Erkenntnissen. Die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen orientieren sich an dem AEDEL - Modell nach Monika Krohwinkel und D. Orem`s Pflegemodell.

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist das erste Element des Strukturmodells und ein neues Konzept zum Einstieg in einen vierstufigen Pflegeprozess. Sie ermöglicht, dass eine konsequent an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person orientierte Maßnahmenplanung erfolgen kann. Die Strukturierte Informationssammlung erfolgt in der Regel im Rahmen eines Erst- oder Aufnahmegesprächs im Dialog zwischen pflegebedürftiger Person und Pflegefachkraft. Es werden fachliche Einschätzungen zur individuellen Pflegesituation in fünf Themenfeldern vorgenommen.

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

Diese Themenfelder nehmen bewusst Bezug auf die Module des „Neuen Begutachtungsassesments“ (NBA). Im Rahmen des Pflegeprozesses muss jedoch durch die Pflegefachkraft eine breitere Perspektive eingenommen werden. Für den ambulanten Sektor wurde die Thematik "Haushaltsführung" als sechste pflegerelevante Kategorie hinzugenommen und für den stationären Sektor die Thematik "Wohnen / Häuslichkeit". Durch die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft werden zusätzlich in einer speziellen Matrix die jeweiligen Pflegerisiken im Zusammenhang mit den Themenfeldern wie Sturz mit Bewegung / Mobilität ermittelt. Im Anschluss daran kann – auf Grundlage der SIS (einschließlich der Matrix zur Risikoeinschätzung) – der Handlungsbedarf in der Maßnahmenplanung dokumentiert werden. Der fachlich begründeten Entscheidung zum Umgang mit individuellen Versorgungssituationen wird somit Raum gegeben.

Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/strukturierte-informationssammlung-sis-als-element-des-strukturmodells.html; 13.05.2020

Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der aktivierenden und der existenziellen Erfahrungen des Lebens. Das Modell wurde in einer 1991 abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt. Diese Studie war die erste von einer Pflegenden durchgeführten wissenschaftlichen Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland.

In ihrem Modell sind die ATL von Juchli integriert, ein von den Kostenträgern bevorzugtes Pflegemodell. Damit ist sichergestellt, dass die verschiedenen Pflegemodelle kompatibel sind und aufgrund des bedürfnisorientierten Ansatzes ein reibungsloses Zusammenarbeiten ermöglicht wird.

Dorothea E. Orem

Die von Dorothea Orem entwickelte und formalisierte Selbstpflegedefizit - Theorie gehört zu den einflussreichsten Pflegetheorien im deutschsprachigen Raum (Self-Care-Defizit oder Hilfe zur Selbsthilfe). Sie betont insbesondere die persönliche Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit.

2.1.5 Organisations- / und Personalmanagement

Organigramm

Einrichtungsleiter

D. Köger

Leitende Pflegefachkraft

Knut Frank

Stationsleiter

Tobias Rosengart

Stv. Stationsleiterin

Birgit Schmid

Internes Audit

QM Martell Malessa

Datenschutz Astrid Kienle

Hygiene Madelaine Strobel

Mitarbeiter Pflegedienst

- Barbara Asum
- Margit Bront
- Olga Dieterle
- Pia Faaß
- Sabrina Gerstel
- Simone Hald
- Helga Hönle
- Anna-Maria Joas
- Verena Schmidt
- Angelika Sekler
- Birgit Tuffentsammer
- Rosi Meyer
- Sylwia Zachniewicz
- Mihaela Tarhon
- Tatjana Duhanin
- Mariusz Kaczorek

Mitarbeiterin Betreuungsassistenz

- Simone Süssmann

Mitarbeiter Technik

- Rainer Ott

Teamarbeit und Teamfähigkeit sind für uns sehr wichtig. Jeder Mitarbeiter trägt zum Gelingen unserer Arbeit bei. Keine Arbeit wird als niedriger, minderwertiger oder weniger wichtig angesehen.

Es gibt bestimmte Aufgaben (Behandlungspflege), die nur von Pflegefachkräften durchgeführt werden können. Dem tragen wir Rechnung. So werden Pflegehilfskräfte bevorzugt in der Grundpflege eingesetzt.

Alle Mitarbeiter nehmen jedoch gleichermaßen an Schulungen und Fortbildungen teil.

2.1.6 Pflegesystem:

Wir arbeiten nach dem System „Bereichspflege“. Jedem diensthabenden Mitarbeiter werden 3 - max.4 Bewohner zugeordnet, die er während eines bestimmten Zeitabschnitts versorgt. Zwischen den jeweiligen Zeitabschnitten finden kurze Besprechungen des Teams und evtl., abhängig von Tagesprogramm und den Qualifikationen der Mitarbeiter, nötige Umverteilungen statt. Es gibt nur noch einzelne Aufgaben wie Richten und Verabreichen von Medikamenten über PEG, die nach dem System der Funktionspflege organisiert sind.

2.1.7 Pflegevisite:

Viermal im Jahr findet eine Dienstleistungsvisite durch die Leitende Pflegefachkraft und die Stationsleitung mit jedem Bewohner, statt. Als schriftliche Grundlage der Pflegevisite dient die aktuelle Pflegeplanung. Zusätzlich gibt eine kurze Checkliste, Anhaltspunkte für die Vollständigkeit der Erhebung. Die Ergebnisse werden schriftlich fixiert und den Mitarbeitern weitergegeben.

Änderungen, die sich durch die Pflegevisite für die verschiedenen Arbeitsbereiche ergeben, werden zeitnah umgesetzt. Danach werden die Unterlagen in der Bewohnerakte abgeheftet.

2.1.8 Übergabe:

Übergabegespräche finden mehrmals täglich, immer zu Beginn und am Ende von Dienstzeiten statt. Alle Diensthabenden Mitarbeiter nehmen daran teil und bringen wichtige Informationen ein. Während und am Ende jeder Schicht wird im Verlaufsbericht der Bewohnermappe wichtige Ereignisse und Vorkommnisse eingetragen. So wird gewährleistet, dass wichtige Informationen nicht verloren gehen und Mitarbeiter sich auch umfassend informieren können, wenn sie mehrere Tage nicht im Dienst waren.

2.1.9 Organisationsverantwortung:

In jeder Schicht wird einer Fachkraft die Organisations-verantwortung übertragen. Sie beinhaltet folgende Aufgaben:

- Informationspflicht gegenüber leitenden Pflegefachkraft.
- Verantwortliche Einteilung der Tagesaufgaben in der jeweiligen Schicht.
- Gewährleistung, dass alle geplanten Aufgaben erledigt werden, bzw. Begründung bei Nichterfüllen.
- Ansprechpartner für restliche Teammitglieder.
- Einleitung entsprechender Maßnahmen bei unvorhergesehenen Ereignissen, bzw. bei Notfallsituationen.

2.1.10 Stationsbesprechung:

Dienstbesprechungen finden zwei - monatlich zwischen 13.30 und 15.00 Uhr statt. Die Teilnahme ist für alle Mitarbeiter verpflichtend, die Zeit wird als Arbeitszeit angerechnet. Zusätzliche Besprechungen finden bei Bedarf statt und können jederzeit einberaumt werden. Die Themen der Dienstbesprechungen werden nach Bedarf ausgewählt. Es können interne Schulungen, Besprechung und Freigabe von neuen Standards, bewohnerbezogene Fallbesprechungen oder aktuelle Themen und Probleme im Team oder mit Bewohnern sein. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, ihm wichtige Themen in die Besprechung einzubringen. Umfangreichere Wunschthemen können jederzeit angemeldet werden.

Es wird ein schriftliches Protokoll gefertigt, was für alle Mitarbeiter einsehbar ist.

2.1.11 Fort- und Weiterbildungen:

Alle Fachkräfte haben die Möglichkeit an Fortbildungsveranstaltungen des Ostalb-Klinikums Aalen teilzunehmen. Für uns interessante Themen wie Lagerung in Neutralstellung, Trachealkanülenmanagement, Enterale Ernährung sowie die Pflichtfortbildungen finden in unserer Einrichtung statt. Der Bedarf an Fortbildungen orientiert sich an neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen, rechtlichen Vorgaben sowie an den Interessen der Mitarbeiter (Schulungs- und Fortbildungswünsche werden regelmäßig erfragt).

2.1.12 Mitarbeitergespräch:

1x jährlich findet mit jedem Mitarbeiter ein Gespräch statt. Der Gesprächsbogen wird mit der leitenden Pflegefachkraft geführt. Für das Gespräch soll mindestens eine halbe Stunde je Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Die Termine werden rechtzeitig bekannt gegeben, damit sich die Mitarbeiter darauf vorbereiten können.

2.1.13 Organisation der Pflege:

Die Menschlichkeit steht in unserem Pflegekonzept an oberster Stelle. Unsere Bewohner sollen trotz der vorliegenden neurologischen Störungen über eine Möglichkeit zur Umgebungswahrnehmung verfügen. Aus diesem Grund legen wir großen Wert darauf, die gesamte Umgebung unserer Bewohner so angenehm wie möglich zu gestalten. Um ein genaues Bild von unseren zukünftigen Bewohnern zu bekommen, besuchen wir sie möglichst schon in der Rehabilitationsklinik und beraten uns mit Ärzten und Angehörigen. So können wir zeitnah ein bedürfnisorientiertes Pflege- und Therapiekonzept entwickeln. Bei der Gestaltung der Bewohnerzimmer werden therapieunterstützende Aspekte hinsichtlich Farbe und Beleuchtung berücksichtigt. Die Zimmer können mit eigenen Einrichtungsgegenständen ausgestattet werden, um so eine für den Bewohner vertraute Umgebung zu schaffen.

Dabei helfen auch Bilder und Gegenstände des früheren Alltags, die im Blickfeld angeordnet sind. Musik und Düfte tragen ebenfalls dazu bei, eine vertraute Umgebung zu schaffen. Hierbei sind uns die Angehörigen eine große Hilfe.

Wir arbeiten mit dem Konzept des Primary Nursing inklusive der begleitenden Bezugspflege. Das bedeutet, dass jeder Bewohner weitestgehend von ihm vertrauten Pflegekräften versorgt wird. Durch diese Betreuungsform können wir die erforderlichen Pflege- und Therapiemaßnahmen einleiten, um körperliche, geistige und seelische Kräfte zu erhalten und/oder zu reaktivieren.

2.1.14 Besonderheiten:

Wir sind eine anerkannte Einsatzstelle für Zivildienstleistende und junge Menschen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr ableisten wollen.

2.1.15 Pflegedokumentation:

Unter Dokumentation wird die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung und Auswertung von pflegerelevanten Daten verstanden. Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtleistung und ein wichtiges Mittel der fachlichen Information und Kommunikation innerhalb

unserer Pflege. Außerdem dient Sie auch zur Beweiserhebung im Rechtsverkehr im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen. Ferner spiegelt unsere Dokumentation den Pflegeverlauf wieder.

2.1.16 Angehörigen-Arbeit:

Der Besuch von Angehörigen und Freunden/Bekannten ist für unsere Bewohner enorm wichtig. Daher bieten wir den Besuchern Unterstützung und die Vorzüge eines offenen Hauses an:

- Angehörige, Freunde und Bekannte sind uns jederzeit willkommen
- Wir haben offene Besuchszeiten nach Absprache
- Wir beziehen die Angehörigen auf Wunsch in die Pflege und Therapie mit ein. Wir bieten fachliche Anleitung und Unterstützung, sind jederzeit für Ihn da.

2.1.17 Unser pflegerisches Team:

Ein wichtiger Bestandteil in unserem Fachbereich sind die Pflegefachkräfte. Neben den Angehörigen stellen unsere Mitarbeiter die Verbindung zwischen den Bewohnern und ihrer Umwelt dar, und sind somit ein wesentlicher Faktor in der Pflege und Betreuung. Dieser Tatsache tragen wir mit einer kontinuierlichen internen und externen Fort- und Weiterbildung unseres Pflegepersonals Rechnung. Unsere Mitarbeiter bestimmen die Qualität unseres Hauses. Dazu gehören professionelle Arbeit und das Bemühen um kontinuierliche Verbesserung ebenso, wie ein gutes Arbeitsklima und harmonische Zusammenarbeit. Die Orientierung an neuen Entwicklungen der Pflegewissenschaft ist uns eine Verpflichtung. Aufgrund der Erfordernisse in diesem Fachbereich wird ein hoher Anteil an Pflegefachkräften eingesetzt, so dass eine Betreuung und Pflege auf hohem Niveau fortwährend gewährleistet ist.

2.1.18 Personalbesetzung:

Die Personalbesetzung erfolgt nach genehmigtem Stellenplan. Qualifiziertes Personal, welches aus einem Skill-Mix von Pflegefach- und Pflegehilfskräften besteht, befindet sich rund um die Uhr im Einsatz. Dies gewährleisten wir unter der Einhaltung der mit den Krankenkassen vereinbarten Pflegefachkraftquote von 67% (derzeit 80%). Es erfolgt eine adäquate Einsatzplanung in Form eines Dienstplanes, welcher in der Software „Personal Office“ der Firma Krammer & Partner zum 22. des Vor- Vormonats erstellt wird.

2.1.19 Einarbeitungskonzept:

In Zusammenarbeit mit Fachkräften aus unserer Einrichtung wurde ein Einarbeitungskonzept für Fachkräfte und für Hilfskräfte erarbeitet. Das Konzept ist gegliedert in verschiedene Einarbeitungsphasen, bzw. Einarbeitungswochen und legt Aufgaben, Ziele, Durchführung, Nachweis und Ergebniskontrolle fest. Anhand einer Checkliste, auf der alle relevanten Maßnahmen aufgeführt sind, kann dokumentiert werden, welche Maßnahmen gesehen, unter Anleitung durchgeführt und selbstständig durchgeführt wurden. Am Ende der Einarbeitungsphase wird die Checkliste auf ihre Vollständigkeit hin überprüft.

Kliniken Ostalb Ostalb-Klinikum Aalen	**Pflegeheim für Menschen im Wachkoma – Phase F**	WACHKOMA Bopfingen AktivPflege

Einarbeitungskonzept

Liebe XXX,

herzlich willkommen als Kollegin bei uns, dem Pflegeteam der Wachkoma AktivPflege.

Wir freuen uns sehr Sie in unserem Kreis begrüßen zu dürfen.

Das ausgehändigte Einarbeitungskonzept soll Ihnen helfen sich schnell bei uns zu integrieren und noch offene Fragen und Wünsche zu beantworten.

Unsere Einarbeitungsmappe ist in zwei Teilen aufgegliedert.

Der 1. Teil ist auf Ihre Einarbeitung und Entwicklung abgestimmt:

- Individuelle Einarbeitungszeitschiene
- Gesprächsprotokolle und Bezugsperson
- Individuelle Zielsetzung

Der 2. Teil beinhaltet:

- Vorstellung der Kollegen, Therapeuten und Ärzte
- Unsere Pflegekonzepte und -ziele
- Arbeitszeiten, Urlaub, …
- Spezifische Tagesabläufe
- Bestellwesen und Logistik
- Ordner und Richtlinien
- Verhalten im Notfall

Deine Hauptansprechpartner während Deiner Einarbeitungsphase sind:

- Tobias Rosengart
- Sabrina Gerstel
- Knut Frank

Ihr erstes Zwischengespräch am:

Ihr zweites Gespräch ist am:

Ihre Beurteilung wird erstellt am:

Uns ist es sehr wichtig, dass Fragen, Wünsche und Probleme zeitnah angesprochen werden. Falls Ihnen etwas am Herzen liegt, geben Sie gleich Bescheid und warten nicht bis zum geplanten Termin. Auch wir geben Ihnen, falls es notwendig ist, zeitnah ein Feedback.
Bei offenen Fragen können Sie jederzeit alle Kollegen im Team und nicht nur die oben genannten Kollegen um Auskunft, Rat und Hilfestellung bitten.

Wir hoffen, dass Sie sich bei uns Wohlfühlen und Ihnen das Einarbeitungskonzept sehr hilfreich ist.

Ihre Kollegen

Inhaltsverzeichnis:

Zeitschiene	Seite	2 – 9
Organigramm - Vorstellung des Teams	Seite	10 – 11
Interne Ämterverteilung	Seite	12 - 13
Arbeitszeiten	Seite	14
Organisation des Strukturablaufes	Seite	15 – 16
Tagesablauf	Seite	17 – 18
Pflegerische Schwerpunkte	Seite	19
Wachkoma als Erlebnisprozess	Seite	19 - 22
Umgang mit Betäubungsmittel	Seite	22
Verhalten im Notfall	Seite	22 - 24
Fortbildungen	Seite	24

Zwischengespräche:

Erstes Zwischengespräch:

Geführt am :

Geführt mit :

Besonderheiten :

Zielsetzung :

Unterschriften

Zweites Zwischengespräch:

Geführt am :

Geführt mit :

Besonderheiten :

Kontrolle Zielsetzung :

Unterschriften

Zielsetzung

Kurzfristige Ziele:

Mittelfristige Ziele:
Langfristige Ziele:

Mögliche kurzfristige Ziele: für die ersten 2-4 Wochen

- Meine neuen Kollegen sind mir bekannt?

- Räumlicher Aufbau der AktivPflege?
- Wo befindet sich was?
- Welche Dienstzeiten hat die AktivPflege?
- Welche Aufgaben haben die einzelnen Dienste?
- Wie ist die Wachkoma Aktivpflege aufgebaut und wie arbeitet sie mit dem Ostalb-Klinikum Aalen zusammen.
- Welche Einrichtungen finden sich noch in unserem Haus
- Ordner und Richtlinien Wo finde ich:
  - Hygieneordner
  - Sicherheitsordner
  - Fortbildungs- und Einweisungsordner
  - Telefonordner
  - Stationsstandards
  - Hausstandards
  - Opiatebuch und Kassette

- Telefonanlage
  - Wie ist unsere Nummer
  - Wie erreiche ich die Hausärzte
  - Wie erreiche ich den hausärztlichen Notdienst
  - Wie erreiche ich den Notarzt

- Dokumentationssystem
  - Wie ist es aufgeteilt
  - Wo wird was und wie eingetragen
  - Wie wird es richtig zusammengestellt
  - Welcher Teil ist für die Hausärzte
  - Wie wird richtig abgeheftet
  - Wie dokumentiert der jeweilige Dienst
- Pflegekonzepte
  - Welche werden angewandt
  - Wie sind die Grundkenntnisse
  - Wie ist das Basishandling
  - Welches Ziel haben die Konzepte
  - Wann werden sie eingesetzt
- Geräteeinweisung
  - Welche Geräte gibt es in der AktivPflege

- Einweisung durch Ersteinweiser / Herstellerfirmen

- Grundkenntnisse bei unseren fachspezifischen Krankheitsbildern

  - Apoplex
  - Hirnblutungen
  - Meningitis
  - Epilepsien
  - Querschnittsgelähmte
  - Hypoxischer Hirnschaden
  - Beatmung

Mögliche mittelfristige Ziele: für die ersten 1-3 Monaten

- Kennen des räumlichen Aufbaues des Hauses

- Kennen der spezifischen Krankheitsbilder und deren

  - Therapie
  - Diagnostik
  - Risiken
  - Probleme
  - Besonderheiten

- Beginn der Förderung von

  - Fachwissen
  - Kompetenz
  - Eigeninitiative
  - Flexibilität

- Mit Unterstützung

- Führung eines Aufnahmegespräches
- Erstellung einer Pflegeanamnese
- Erstellen einer Pflegeplanung
- Ausarbeitung der ärztl. Ordinationen
- Verlegung eines Patienten
- Beteiligung an der Visite
- Durchführung der Übergabe im Team

- Eigenes Handeln reflektieren
- Kritik annehmen und äußern
- Rhetorische Tricks annehmen
- Wünsche klar formulieren
- Feedback einfordern und geben
- Einbringen eigener Erfahrungen
- Grundkenntnisse in den Pflegekonzepten festigen und ausbauen
- Leisten von Nachtdiensten
- Umgang und Einsatz von
  - Kinästhetik VivArte®
  - Bobath
  - FOTT
  - Basale Stimulation
  - Aromapflege
  - Stationsinterne Pflegeziele
  - Stationsinterne Standards
  - Hausinterne Standards ist sichergestellt und wird geschult
- Einsatz von
  - Lagerungsplan
  - Ein-Ausfuhrplan

- Sondenplan
- Wunddokumentation ist gewährleistet

- Umgang mit dem Dokumentationssystem ist sicher

Mögliche Langfristige Ziele: für die ersten 3-6 Monate

- Weitsichtigkeit
- Sicherheit
- Routine und Koordination
- Große Selbständigkeit
- Ständige fachliche Weiterentwicklung, Ausbau der fachlichen Kompetenz
- Bereitschaft zu Fort- und Weiterbildung
- Bereitschaft eigenes Handeln und Denken zu verändern
- Auf Neuerungen eingehen
- Fachwissen präzise weitergeben
- Anleitung und Einarbeitung anderer Kollegen
- Verknüpfung von Krankenbeobachtung und Krankheitsbilder und nötiges Handeln daraufhin einleiten
- Strukturierte Schichtführung
- Eigene Prioritäten setzen
- Festigung in den Pflegekonzepten
- Sicherheit in der Führung von Angehörigen-, Bewohnern- und Arztgesprächen
- Schulung der Angehörigen in Pflegetätigkeiten
- Das „nötige Fingerspitzengefühl“ einsetzen
- Die Fähigkeit „zwischen den Zeilen zu lesen und zu hören“
- Flexibilität zeigen
- Motivation fördern
- „Wir-Gefühl“ der Wachkoma AktivPflege leben
- Habe ich meinen Platz im Team gefunden
- Was sind meine persönlich weiteren Ziele
- Wie kann ich mich konstruktiv einbringen
- Kann ich mich rhetorisch verbessern und ausbauen
- Ausbau von Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz

Wichtige Informationen:

	Gesehen am:	Gezeigt von:
• Notfallkoffer		
• Notfallnummer		
• Ersatz - Absauggerät		
• O2flaschen – O2Konzentrationsgerät		
• Feuerlöscher und Feuermelder		
• Fluchtwege		
• Rufanlage		
• Personalruf		
• Telefonanlage		
• Wie funktioniert Brandalarm		
• Standardordner		
• Hygienehandbuch		
• Medizinproduktegesetz		
• Fortbildungsordner		
• Telefonlisten		
• MDK – Ordner		

- Corona-Pandemie -Ordner

Alle Kollegen stehen im engen Kontakt mit uns, dem betreuenden Pflegepersonal, sie fragen nach was es an Neuigkeiten und Veränderungen gibt. Auf der anderen Seite geben sie uns, wenn es nötig und wichtig ist, eine Rückantwort wie die Therapie ihrerseits verläuft.
Die Behandlungen werden im Patientenzimmer oder im Therapieraum durchgeführt, je nachdem was das gesetzte Ziel des einzelnen Bewohners ist.

Interne Ämterverteilung:

Hygiene:	T. Duhanin, M. Tarhon Einführung in den Hygieneordner anhand der Checkliste durch die Hygieneansprechpartner möglichst zeitnah. Neben den täglichen Hygiene- und Putzarbeiten sind noch Wochen- und Monatsputzpläne im Dienstzimmer ausgehängt. Die genauen Tätigkeiten sind darin ersichtlich. Wenn Tätigkeiten durchgeführt sind, werden sie mit Datum und Handkürzel versehen.
Atmosphäre/Dekoration:	Birgit Schmidt / Betreuungsassistenten Die einzelnen Kollegen erhalten zum Geburtstag ein kleines Geschenk von der Station. Auch zu Hochzeiten, Geburten, Verabschiedungen erhalten die Kollegen eine Aufmerksamkeit. Auszubildende und Praktikanten erhalten am Ende ihres Einsatzes ein kleines Dankeschön. Die Einrichtung wird jahreszeitlich dekoriert.
Geschenke/Kasse	Verena Schmidt und Anna Maria Joas

	Die Bewohner erhalten zum Geburtstag eine Karte und ein kleines Geschenk.
Naturheilkundliche Pflege:	Anna-Maria Joas / Olga Dieterle
	Zusätzlich zur aktivierenden Pflege arbeiten wir mit gezielt eingesetzter Aromapflege. Je nach Krankheits- und Beschwerdebild werden die Öle als Beduftung, Massage oder Einreibung angewendet.
Raum der Sinne:	Margit Carrion und Helga Hönle
	Zu den Aufgaben gehört die Einteilung der Bewohner im wöchentlichen Turnus. Die Begleitung und Dokumentation des Aufenthalts, die Integration der Angehörigen. Sowie Hygiene und Instandhaltung des Raumes.
Pflegevisiten:	Tobias Rosengart / Knut Frank / Sabrina Gerstel
Medikamente: Überwachung der Verfalldaten, Reinigung und für Ordnung sorgen.	
Kontrolle BTM-Bestand:	Knut Frank / Tobias Rosengart
IT – Beauftragte / DAN:	Tobias Rosengart / Gerstel Sabrina
Einarbeitung neuer Mitarbeiter:	Tobias Rosengart / Birgit Schmid / Sabrina Gerstel
Einarbeitung FSJ/ Praktikanten:	Birgit Schmid

Bestellung Einmalartikel: Sylwia Zachniewicz / Angelika Sekler

Lagerraum: FSJ / Praktikanten

Hilfsmittel / MPG: Tobias Rosengart und Knut Frank
Handkasse: Knut Frank
Wundmanagement: Heimarzt

Praxisanleiter: Birgit Schmid / T. Rosengart

Überprüfung Pflegevisiten, Expertenstandards: Knut Frank / Sabrina Gerstel / Tobias Rosengart / Birgit Schmid

Reinigung und Ordnung von Kaffeemaschine, Kühlschränke, Verteilerküche, Lagerraum, Recyclingraum, Arbeitsraum Unrein, Aufenthaltsraum, Bad:

FSJ / Praktikanten

Einhaltung der Sicherheitsvorschriften: Knut Frank / Rainer Ott

Arbeitszeiten Wachkoma AktivPflege Bopfingen

V = Frühdienst 06.10 – 13.40 Uhr 30min. Pause = 7.00 Std.
Übergabe 13.20 – 13.35 Uhr

VB = Frühdienst und Teambesprechung 06.10 – 15.35 Uhr 30min. Pause = 8,45 Std.
Übergabe 13.20 – 13.35 Uhr

N = Spätdienst 13.00 – 20.30 Uhr 30min. Pause = 7.00 Std.
Übergabe 20.10 – 20.25 Uhr

NW = Nachtdienst 20.05 – 06.35 Uhr 45min. Pause = 10,50 Std.
Übergabe 06.15 – 06.30 Uhr

RD = Zwischendienst 07.30 – 16.00 Uhr 48min. Pause = 7,70 Std.

Z = Zwischendienst	07.00 – 14.30 Uhr	30 min. Pause = 7.00 Std.		
JR = Jugendliche	07.30 – 16.13 Uhr	60 min. Pause = 7,70 Std.		
	08.35 – 09.05 Uhr Pause			
	12.00 – 12.30 Uhr Pause			
T1 = Kurzer Frühdienst	08.00 – 12.00 Uhr	Keine Pause	=	4,00 Std.
T2 = Kurzer Spätdienst	16:00 – 20:30 Uhr	Keine Pause	=	5,00 Std.
T3 = Kurzer Frühdienst	06:00 – 12:00 Uhr	Keine Pause	=	4,50 Std.
TB = Teambesprechung	13.30 – 15.00 Uhr		=	1,50 Std.
F = Frei				
FB = Fortbildung			=	7,80 Std.
SL = Stationsleitungs-konferenz / Bürotag	07.30 – 15.42 Uhr	30 min. Pause = 7,70 Std.		
BS = Betreuungsassistent	09:00 – 12:00 Uhr	keine Pause	=	3,00 Std.
BN1 = Betreuungsassistent	12:00 – 18:30 Uhr	30 min. Pause = 6,00 Std.		
BV1 = Betreuungsassistent	08:00 – 14:30 Uhr	30 min. Pause = 6,00 Std.		
FFS = Frei Für Sonntag				
FFF = Frei Für Feiertag				
K = Krank neu mit Krankmeldung		Stundenerhalt		
KE = Krank neu ohne Krankmeldung		Stundenerhalt		
KP = Geplantes Krank		Ist Stunden = Soll Stunden		
PAV = Praxisanleitung	06:10 – 13:40 Uhr	30 min. Pause = 7,00 Std.		
PAN = Praxisanleitung	13:00 – 20:30 Uhr	30 min. Pause = 7,00 Std.		

Organisation des Strukturablaufes:

1. Dienstplan: Bei uns auf Station wird mit einem Monatsplan gearbeitet. Dieser wird bis zum 23. des Vorvormonats durch die Stationsleitung erstellt. Wünsche zur Dienstplangestaltung kann man auf dem Wunschplan vermerken, dieser befindet sich bei dem aktuell laufenden Dienstplan im Dienstzimmer. Es können allerdings nicht alle Wünsche erfüllt werden, deshalb sollte man in wichtigen Angelegenheiten direkt Kontakt mit der Stationsleitung aufnehmen.

2. Urlaub: Um den Urlaub aller Kollegen zu gewährleisten wird im Spätsommer des Vorjahres ein Urlaubsplan für das neue Jahr erstellt. Bis Ende September muss jeder Mitarbeiter seinen gesamten Jahresurlaub und die Zusatzurlaubstage über das Jahr verteilt eintragen haben. Das ganze Jahr ist Urlaubsjahr, d.h. im ersten Quartal sind 5 – 10 Urlaubstage einzutragen. Noch vorhandener alter Urlaub muss bis Ende März im Folgejahr angetreten werden, sonst verfällt er. In der ersten Stationsbesprechung im Jahr werden evtl. Engpässe und Probleme besprochen. Genehmigt wird der Urlaub durch die Leitende Pflegefachkraft und mit dem Urlaubsschein bestätigt. Die Anzahl der Tage richtet sich nach Alter und evtl. Ansprüchen aus dem Schichtdienst.

3. Krankheitsfall: Im Krankheitsfall muss die AktivPflege sofort telefonisch informiert werden, damit schnellstmöglich ein Ersatz gesucht werden kann. Dabei ist es wichtig zu sagen wie lang man ungefähr krank sein wird. Ein rechtzeitiges weiter krankmelden ist auch sehr wichtig für die Dienstplangestaltung. Hilfreich ist es auch wenn man sich meldet, ab wann die Arbeitsfähigkeit wieder besteht. Selbständiges Eintragen in Myike.
Falls eine planmäßig OP ansteht, oder eine Kur oder eine Reha, muss dies, wenn möglich, rechtzeitig mit der Leitung besprochen werden.

	Ab dem dritten Krankheitstag muss eine Arbeitsunfähigkeits-bescheinigung auf Station oder bei dem Abteilungsleiter abgeben werden.
5. Wochenendplan:	Grundsätzlich wird bei uns geschaukelt. Das bedeutet, dass man entweder V N oder N V arbeiten muss. Andere Wünsche müssen mit den Kollegen besprochen werden. Was aber sehr wichtig ist, dass die Versorgung der Patienten im Vordergrund steht und dass alle Arbeiten am Wochenende erledigt werden. Daher kann es sein, dass nicht auf alle Wünsche eingegangen werden kann.
6. Telefonliste:	Eine aktuelle Telefonliste findet man im Stationszimmer.
7. Übergabe:	Die Übergabe findet im Stationszimmer statt. Hier ist es wichtig Namen, Diagnosen, Pflegebedürftigkeit, wichtige anstehende Diagnostik und Therapie und das Pflegeziel an den nachfolgenden Kollegen weiter zu geben. Wichtig ist auch zu sagen, wie der Patient morgens und zur Nacht versorgt werden muss, wie die Transfers, die Nahrungsaufnahme und die Ausscheidungen erledigt werden müssen.
8. Teambesprechung:	Diese findet 6-mal im Jahr statt. Die Teilnahme an der Teambesprechung ist Pflicht für alle Mitarbeiter und somit auch Arbeitszeit. Das Protokoll ist von jedem Mitarbeiter abzuzeichnen. Kann man wegen Urlaub oder anderen Gründen nicht teilnehmen, ist das Protokoll unverzüglich durchzulesen und gegen zu zeichnen. Inhalte der Besprechung sind Neuerungen, Berichte aus externen Fortbildungen, auch sind Probleme, Wünsche und Fragen im Team hier zu klären.
9. Bestellungen:	• Apotheke: Wird dreimal pro Woche durchgeführt und am Donnerstag gefaxt oder nach bei Bedarf / Notfall zu jeder Zeit. Es wird für jeden Bewohner separat bestellt und bevorratet.

Die jeweiligen Medikamente dürfen nur für den bestimmten Bewohner verwendet werden, sind sein Eigentum. Es sind zwei Apotheken aus Bopfingen im halbjährlichen Wechsel für uns zuständig. Die Liste hängt im Stationszimmer aus.

- Zentrallager/Küche: Wird am Freitag bestellt.

Tagesablauf Pflege

Frühdienst

6.15 Uhr Übergabe von Nachtdienst, Aufteilung in die drei/vier Bereiche.

6.30 Uhr Alle Bewohner: Medikamentengabe, teilweise Minimallagerung

7.00 Uhr 1. Pk. + FSJ: 2 bis 3 Bewohner werden geduscht.
Bewohner werden komplett gewaschen, anstehende Lagerungen, Nahrung umhängen, absaugen, etc.

9.00 Uhr Pause

9.30 Uhr Weitere Bewohner werden geduscht, gewaschen, Therapeutisch aktiviert und in Therapierollstuhl mobilisiert. Es werden aktive Waschungen durchgeführt.
Alle Pk.: Lagerungen, Absaugen, Ernährung, Tropfen, Medikamente, Visite, etc.
Jede PK. Ist für seinen Bereich zuständig, selbstverständlich wird sich gegenseitig geholfen und unterstützt.

Überlappungszeit

12.45 Uhr Bewohner kommen ins Bett zurück.
Bewohner werden in den Therapierollstuhl mobilisiert.
Bewohner Duschen/Waschen falls noch einer nachzuholen ist.
Waschschüsseln, Zahnputzbecher, Spritze 20ml, Medizinbecher, Hydrobags alle 4 Tage neu.

13.15 Uhr Übergabe im Stationszimmer mit den Bewohnerkurven

Nachmittagsdienst

13.45 Uhr Es kann auch nachmittags gewaschen werden, ebenso mobilisiert. Spätestens am 2.Tag muss der Bewohner in den Therapierollstuhl, am besten täglich, wenn der AZ es zulässt.

15.45 Uhr Bewohner werden im Raum der Sinne betreut.
Bewohner werden an das Motomed mobilisiert.
Mit FOTT wird begonnen.

16.00 Uhr Pause

16.30 Uhr Bewohner wieder in das Bett lagern, Absaugen, Ernährung, Tropfen, Medikamente, Lagerungen, FOTT, etc.

18.00 Uhr FOTT, kleine Toilette, Nahrungen richten, für die Nacht vorbereiten, alle Bewohner komplett 60 ° Lagern, etc.

20.00 Uhr Übergabe im Stationszimmer mit den Bewohnerkurven.

Nachtdienst

20.15 Uhr 1. Durchgang: Patientenlagerungen, Medikamentenboxen bereitlegen, Absaugen, Nahrung umstecken, Mundpflege, etc.
Medikamente für 22.00 Uhr richten und geben.
Ablage

22.00 Uhr 2. Durchgang: Alle Bewohner komplett Lagern. Urine leeren.

01.00 Uhr Kurven schreiben, Bilanzieren

02.30 Uhr Minimallagerungen, Absaugen, Nahrungen umhängen

04.00 Uhr Komplette Lagerungen, Nahrungen anhängen und einschalten (5.30 – 6.00 Uhr), Medikamente bereitstellen (Tropfen, BTM, Schmerzpflaster, etc.), Insulingabe.
Wäschesäcke leeren, Schmutzraum aufräumen, Dokumentieren

06.15 Uhr – 06.30 Uhr Übergabe im Stationszimmer mit den Bewohnerkurven.

Am Wochenende

Frühdienst

Aufteilen in 3-4 Bereiche je Bewohneranzahl
2 Bewohner werden geduscht.
Die restlichen Bewohner werden gewaschen.
Alle Bewohner: Medikamentengabe, Inhalation, Kleine Toilette (Gesicht, Rasur, Mundpflege, Kämmen, FOTT, etc.), Minimallagerung

Überlappungszeit

12.45 Uhr Bewohner kommen ins Bett zurück.
Bewohner werden in den Therapierollstuhl mobilisiert.
Bewohner Duschen/Waschen falls noch einer nachzuholen ist.
Waschschüsseln, Zahnputzbecher, Spritze 20ml, Medizinbecher,
Hydrobags alle 4 Tage neu

13.15 Uhr Übergabe im Stationszimmer mit den Bewohnerkurven

Nachmittagsdienst

Mobilisation, Mundpflege, FOTT, Lagerungen, Medikamente

Mo/Mi/Fr: Absauggeräte: äußerliche Reinigung, Behälterreinigung, Filterkontrolle
Inhalationsgeräte: Behälterreinigung
Wochenende: Äußerliche Reinigung, Behälter leeren.

Pflegerische Schwerpunkte bei Menschen im Wachkoma:

1. Kommunikation mit dem Bewohner herstellen.
2. Sorgfältige Durchführung der grundpflegerischen Maßnahmen wie Haut und Körperpflege, Bekleidung, Hilfe bei Ausscheidung und Ernährung.
3. Prophylaxen: Vermeidung von Kontrakturen, Dekubitus, Pneumonie, Soorinfektion, Infektionen der PEG und der Harnableitung.
4. Aktivierende Pflege nach Bobath, Kinästhetik, FOTT, Basale Stimulation.
5. Pflege mit Plänen: Lagerung / Einfuhr / Sondenkost / Wunddokumentation
   - wann ist Einsatz erforderlich
   - wie dokumentiere ich
6. Pflege mit Hilfsmitteln
   -Umgang mit Rutschbrett / Lifter / Therapierollstuhl / Absauggerät / Sauerstoffkonzentrator / Ernährungspumpe / Beatmungsgeräte / Puls-Oxymeter

Wachkoma als Erlebnisprozess

Beim Wachkoma handelt es sich um ein schweres komplexes Störungsbild unterschiedlicher Ätiologie. Verursachungsfaktoren dafür können sein:

- Trauma bedingte Schädel-Hirn-Verletzungen
- Hirninfarkt
- Enzephalitis
- Sekundäre hypoxische Hirnschädigung z.B. als Folge verzögerter Reanimation nach Herzstillstand

Die von diesem Krankheitsbild betroffenen Patienten sind schwerst-hirngeschädigte Menschen bei denen eine Trennung von Hirnstamm/Mittelhirn und Großhirnrinde angenommen wird. In diesem Zustand sind zwar Schlaf-Wach-Zyklen sowie Hirnstamm und Zwischenhirn-Funktionen teilweise oder vollständig intakt, bewusste Wahrnehmungen der eigenen Person und der Umgebung jedoch fehlen.
Entsprechend werden im englischen Sprachraum diese Patienten dem sog. „persistent vegetative state“ zugeordnet, in dem zwar noch physiologisches Leben existiere, bewusste Wahrnehmung und Schmerzerleben jedoch erloschen sei.
Zieger (1997) weist darauf hin, dass sich im Rahmen des Ausbaus der Frührehabilitation in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel vom Verständnis der schwerst-hirngeschädigten Patienten eingestellt habe. Es haben sich zwei Perspektiven entwickelt, die sich dem Betroffenen von unterschiedlichen Standpunkten her nähern.

Die erste klassische neurologische Sicht stellt die beobachtbaren neurologischen Ausfallerscheinungen und Defekte in den Mittelpunkt der Betrachtung. Insofern werden neben den erhaltenen physiologischen Parametern (Spontanatmung, Schlaf-Wach-Rhythmus) die Unfähigkeit zur sinnvollen Reaktion auf Ansprache oder Berührung als hauptsächliche Definitionskriterien des Wachkomas angesehen.
Neben dieser Position steht die so genannte beziehungsmedizinische Sicht. Sie versucht, den Zustand des Patienten nicht primär durch seine Defizite zu beschreiben. Sie bemüht sich stattdessen um eine Betrachtung des Kranken unter Einbezug von Beobachtungen und Erfahrungen der Betreuer, unter Betonung der individuellen Biographie sowie der Möglichkeit zu einem subjektiven Erleben. Fehlende Reaktionsfähigkeit und Weckbarkeit werden nicht – wie im klassischen Sinne – mit Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit gleichgesetzt.
Im beziehungsmedizinischen Kontext bedeutet Wachkoma nicht mehr Ausfall des Bewusstseins mit gleichzeitigem Persönlichkeitsverlust. Die Störung wird als ein hochgradiger

Dissoziationszustand der leib-seelisch-geistigen Integrität des Individuums verstanden, der einen Rückzug auf „elementare Stufen des autonomen Körperselbst“ zur Folge hat.
Die klassische neurologische Sicht beginnt erst langsam und zögerlich, Patienten im Zustand des Wachkomas Wahrnehmungen und Empfindensfähigkeit zuzugestehen. Grund dafür sind morphologische und funktionelle Untersuchungen, die belegen, dass der Kortex der betroffenen Menschen weder vollständig zerstört noch funktionslos ist.
Zuwendungen von außen erfährt der Patient konkret, körper- und erlebensnah und antwortet dementsprechend darauf. So äußern sich affektive Schwankungen in Form von Veränderungen vegetativer Vorgänge wie Atmung und Herzschlag, Steigerung des Hirndrucks sowie im gestisch-mimischen Ausdruck. Sie werden als Lust und Unlust empfunden und spiegeln sich in körperlichen Bewegungskategorien wie Weitung vs. Engung bzw. Dilatation vs. Kontraktion wieder: bei Lustempfinden herrscht die Weitung vor, Schreck und Angst die Engung.
Betrachtet man die beiden skizzierten Perspektiven zur Beschreibung des Wachkomas als einander ergänzende Sichtweisen, ist eine differenzierte Betrachtung des Krankheitsbildes möglich. Eine eingehende Beschäftigung nicht nur mit den Defiziten, sondern auch mit den basalen Potentialen und Kompetenzen eröffnet neue Wege der Rehabilitation. Dabei ist der Ausgangspunkt dieser Bemühungen die veränderte Körperlichkeit des Menschen, die aus multidisziplinärer Sicht und unter Einbezug der Angehörigen wahrgenommen wird. Die im Körper und seinem Ausdruck verborgenen Signale werden zur Grundlage zwischenmenschlicher Interaktion und Beziehungsaufnahme, so dass die Reintegration des Betroffenen in seine sozialen Zusammenhänge gefördert werden kann.
(Quelle: Christel Bienstein, Abschlussbericht, Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnden Qualitätskriterien)

Symptome des Apallischen Syndroms (Syndrom Reaktionsloser Wachheit)

Als Kernsymptome sind allen Beschreibungen gemeinsam ein andauerndes Fehlen eines bewussten Wahrnehmens, ein fehlendes Bewusstsein des Patienten seiner selbst und seiner Umwelt und ein Fehlen jeglicher sinnvoller Reaktionen auf äußere Reize bei erhaltenem Schlaf-Wach-Rhythmus.

Kriterien zur Diagnose des Vollbildes eines Wachkomas:

- Fehlende Wahrnehmung seiner selbst und /oder der Umwelt
- Spontanes oder reflektorisches Öffnen der Augen
- Fehlen jeglicher sinnvollen und reproduzierbaren Kommunikation
- Kein sicheres optisches Fixieren und reproduzierbares Verfolgen äußerer Stimuli
- Bulbi oft divergent mit positivem Puppenkopfphänomen
- Keine emotionelle Reaktion auf Ansprechen
- Keine verbale Kommunikation
- Ungerichtete verbale Äußerungen (Grunzen, Schreien) möglich
- Ungerichtetes Grimassieren möglich (positiv wie negativ)
- Schlaf-Wachrhythmus vorhanden
- Hirnstammreflexe und spinale Reflexe sind erhalten
- Primitivreflexe (Saugen, Schlucken, Kauen, Greifen) sind variabel erhalten
- Abwehr-, Halte- und Stellreflexe sind erhalten
- Blasen-, Mastdarminkontinenz
- Auf taktile, visuelle und akustische Stimulation treten Massenbewegungen (Wälzbewegungen) und vegetative Symptome (Schwitzen, Speichelfluss, Tachykardie etc.) auf
- Beugestellung der Arme mit Faustschluss
- Beuge-/Streckstellung der Beine, Streckstellung der Füße

Differentialdiagnosen zum Wachkoma

- Locked-in-Syndrom: Durch Unterbrechung aller Bahnen vom Rückenmark und Hirnstamm zum Gehirn, durch Läsion im Bereich der mittleren Brücke in Höhe der Abducenskerne, meist verursacht durch eine Blutung oder einen Schlaganfall in diesem Bereich, ist der Mensch unfähig zu sprechen, zu schlucken oder irgendwelche Bewegungen durchzuführen, außer Bewegungen der Bulbi.
- Akinetischer Mutismus: Durch Läsion beiderseits im Bereich des Thalamus, Hypothalamus und frontobasal ist der Patient nach dem meist initialen Koma zwar wach in seiner Aufmerksamkeit, aber massiv beeinträchtigt und zeigt kaum Spontanbewegungen oder verbale Äußerungen.
- Koma: Zentrales Kennzeichen des Komas ist die anhaltende Bewusstlosigkeit, die durch keinen äußeren Reiz beeinflusst werden kann. Es gibt keine Schlaf-Wach-Phasen. Sehr wohl aber sind durch schmerzhafte Reize motorische Reaktionen möglich. Ein Koma dauert selten länger als 4 Wochen. Entweder es kehrt das

Bewusstsein zurück oder es entsteht ein apallisches Syndrom oder der Mensch verstirbt.

Rückbildung des Apallischen Syndroms

Bei 80% der Patienten tritt eine Remission (Rückbildung) ein. Man kann eine Reihe von Remissionsstadien beschreiben, die nach Gerstenbrand nach 8 Stadien verlaufen.
Remissionsstadium 1: Zunehmend tageszeitlich gesteuerter Schlaf-Wach-Rhythmus, beginnende inkonstante optische Fixierung, zunehmende Greif-, Saug- und Kaureflexe.
Remissionsstadium 2: Optische Folgebewegungen, primitive Reflexe klingen langsam ab, ebenso die Beuge- und Streckhaltung an den Extremitäten, ungerichtete Massenbewegungen auf Schmerzreize stehen im Vordergrund.
Remissionsstadium 3: (Klüver-Bucy) Gegenstände werden ergriffen und zum Mund geführt, der Muskeltonus lässt langsam nach, der Mensch beginnt sich zuzuwenden.
Remissionsstadium 4: (Vollbild Klüver-Bucy) Personen werden zunehmend erkannt und auch unterschieden, angenehme Reize wirken meist beruhigend, das Sprachverständnis und auch das Situationsverständnis nehmen zu, stark wechselnde Emotionalität.
Remissionsstadium 5: Zunehmende Kontaktaufnahme mit der Umgebung, einfache Handlungen werden auf Aufforderung durchgeführt und einstmals beherrschte Fähigkeiten treten wieder zutage, einfache Sprachäußerungen werden verständlicher.
Remissionsstadium 6: Ausgeprägte Störungen im Sinne eines Korsakow-Syndroms stehen im Vordergrund, massive Einschränkungen der Gedächtnisleistung, der Mensch wird sich bewusst, Wünsche werden formuliert.
Remissionsstadium 7: Amnestisches ratloses Verhalten bestimmt das klinische Bild, oft ist der Mensch motorisch überaktiv.
Remissionsstadium 8: Das organische Psychosyndrom steht im Vordergrund, gekennzeichnet durch bleibende Störungen der höheren Hirnleistungen wie Merkfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit.

(Quelle: Anita Steinbach, Johann Donis; Langzeitbetreuung Wachkoma, eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige, Springer-Verlag)

Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist bei uns wie folgt geregelt:

Generell haben wir uns an die VA_Umgang mit Betäubungsmittel BTM_20140909 (siehe MDK – Ordner) zu halten. Im Weiteren sind untenstehende Richtlinien zu beachten.

Die Stationsleitung und die leitende Pflegefachkraft sowie der anordnende Hausarzt sind verantwortlich für die Bestandskontrolle. Sie führen monatliche gemeinsame Kontrollen durch. Für die Verabreichung und richtige Dokumentation ist die jeweilige Pflegekraft zuständig.
Im Betäubungsmittelbuch müssen leserlich und vollständig das Medikament, die Menge und der Patientenname und das Geburtsdatum dokumentiert sein.
Falls ein Medikament verworfen wird muss dies dokumentiert und mit drei Unterschriften abgezeichnet sein.
Die Unterschrift sowie das richtige Rückwärtszählen müssen stimmen.
Es wird von jedem Medikament nur eine Schachtel angebrochen. Es werden keine Tabletten aus dem Blister gedrückt (sie müssen ausgeschnitten werden) und es muss gewährleistet sein, dass die Chargenprägung an den verbleibenden Tabletten erkenntlich bleibt.
Falls die vorhandene Anzahl an Ampullen, Pflaster und Tabletten nicht mit der im Buch stehenden Zahl übereinstimmt müssen sofort Recherchen eingeleitet werden, wo die evtl. Fehlerquelle liegen könnte.

Verhalten im Notfall:

Wenn eine Notfallsituation eintreten sollte beginnt eine Notfallkette:

1. **Die Rettungsleitstelle 112 anrufen**
   und beim Patienten bleiben.
   Kollegen rufen
   Einschätzen der Situation
   Einengende Kleidung entfernen
   Richtige Position für weitere Behandlung finden

2. Eintreffen der anderen Kollegen
   Absprache:
   Wer kontrolliert Vitalzeichen
   Wer bringt die Sauerstoffflasche / -konzentrator
   Wer hat welche Aufgabe bei der Herz-Druck-Massage
   Wer holt Reanimationsbrett

Wer hat den Rest der Station im Auge

3. Rettungswagen und Notarzt treffen ein
4. Jetzt muss den Aufträgen des Arztes oder der Rettungsassistenten Folge geleistet werden. Sie haben die Verantwortung für den Bewohner und die Situation.
5. Nicht vergessen ein Verlegungsbericht erstellen, ausdrucken und mitgeben.

Nachbereitung:

Wenn der Bewohner nun versorgt und verlegt ist, heißt es nun alles genau zu dokumentieren. Wichtig sind Zeitangaben und die genauen Namen der Ärzte und des Pflegepersonals. Da bei uns solche Notfallsituationen mit Reanimationen selten sind, stellen sie für uns alle eine große Stresssituation dar. Es ist deshalb schwierig zu sagen mach dies oder jenes. Aber wenn die Situation eintrifft kommt ein Handlungsablauf zum anderen ohne dass man nachdenken muss. Wichtig ist zu versuchen die Ruhe zu bewahren, was meist leichter gesagt, als getan ist.
Eine Notfallsituation nachts hingegen ist eine noch größere Stresssituation. Der Ablauf ist derselbe. Falls es möglich ist gönnt man sich anschließend eine kurze Pause, redet mit Kollegen über das Geschehene und macht sich bewusst, dass man alles getan hat, was wichtig war.

Fortbildungen und Pflichtveranstaltungen:

Unser Team der Wachkoma AktivPflege muss alle zwei Jahre an den Fortbildungen:

- Der Reanimation
- Hygienemaßnahmen
- Datenschutz
- Brandschutz und Arbeitssicherheit
- Unfallverhütungsmaßnahmen

Die Kliniken-Ostalb bieten viele Fortbildungen und Veranstaltungen an. Diese sind in einem jährlichen Fortbildungskatalog gelistet. Teilnahme nur nach Rücksprache mit Stationsleitung und leitender Pflegefachkraft.

Stationsinterne Fortbildungen, die das gemeinsame Handeln gewähren werden zusammen besprochen und mitgetragen. Für Wünsche und Anregungen ist in der monatlichen Stationsbesprechung Platz. Pflichfortbildungen sollen auch über CNE abgeleistet werden. Was aber nie vergessen werden darf ist, dass alle absolvierten Fortbildungen im dafür vorgesehenen Nachweis im Fortbildungsordner eingetragen werden.

2.2 Managementbewertung

Die Managementbewertung überprüft mindestens einmal jährlich, ob das Qualitätsmanagement-system geeignet ist, die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele der Einrichtung zu realisieren und deren Anforderungen weiter zu entwickeln. Diese kritische Begutachtung, Beurteilung und Bewertung führt das Leitungsteam in Zusammenarbeit mit dem zentralen Qualitätsmanagement der Kliniken Ostalb durch mit dem Ziel, das QM – System kontinuierlich zu verbessern.

Die Bewertung findet nach folgenden Informationen statt:

- Ergebnis von internen und externen Audits
- Pflegevisiten
- Therapeutenbesprechungen
- Indikatoren
- Rückmeldung von Kunden
- Fehler- und Beschwerdemanagement
- Ergebnisse vorangegangener Managementbewertungen
- Risikobewertung
- Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern, Kunden und sonstigen Stakeholdern
- Input durch Teilnahme an Veranstaltungen von verschiedenen Interessensverbänden (LAG und BAG Phase F, BWKG, NOT e.V., SHV – Forum Gehirn)

2.3 QM – Dokumentation

Das Dokumentenmanagement erfolgt im Sinne der DIN ISO 9001:2015, angepasst an das QM der Kliniken Ostalb. Die QM Dokumentation basiert auf einer vorgegebenen Struktur. Die Lenkung von Dienst- und Verfahrensanweisungen sind ebenso wie alle weiteren Dokumente in der entsprechenden Verfahrensanweisung im Intranet der Kliniken-Ostalb geregelt.

Die Pflegedokumentation inklusive Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassdokumentation findet ausschließlich in der Pflegedokumentationssoftware DAN Touch statt. Auf Grundlage der SIS® werden die Individuellen Maßnahmen unserer Bewohner/Patienten geplant und kontrolliert.

Alle Anweisungen und Standards sind im Intranet der Kliniken-Ostalb und DAN Touch hinterlegt und für jeden Mitarbeiter abrufbar.

Die Pflegestandards, Verfahrensanweisungen und Pflegehandlungsabläufe der Wachkoma AktivPflege Bopfingen sind folgendermaßen geregelt:

1. Sie entsprechen den allgemeingültigen und akzeptierten Normen für eine sach- und fachgerechte Krankenpflege.
2. Sie vereinfachen die Dokumentation und dienen der Qualitätssicherung /-kontrolle.
3. Sie legen wissenschaftliche, betriebswirtschaftliche und haftungsrechtliche Gegebenheiten verbindlich fest.

Zusätzlich bieten sie in der täglichen Arbeit die erforderliche Effizienz, Transparenz und Sicherheit. Sie ermöglichen, dass die Leistung nach außen professionell und zukunftsorientiert dargestellt wird. Durch konsequente Umsetzung wird das erforderliche Qualitätsniveau, welches vom Gesetzgeber nach SGB V und SGB XI gefordert wird, erreicht.
Pflegestandards werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert und ergänzt. Die Mitarbeiter werden im Rahmen der Besprechungen, durch interne Fortbildungen und DAN Mail über Veränderungen informiert.
Die nationalen Expertenstandards der Gesundheits- und Krankenpflege werden in der Einrichtung umgesetzt und evaluiert.

2.4 Fehlermanagement

Fehler jeglicher Art können im Rahmen der Langzeitpflege und Therapie auftreten. Werden diese erkannt, sind entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Das Fehlermanagement ist in 3 Kategorien eingeteilt. Der entsprechende Fehler wird im Meldeformular (in DAN Touch hinterlegt) angezeigt:

- Der (beinahe) Fehler in der Behandlung eines Patienten
- Ein Prozess- / Ablauffehler
- Fehler an Geräten und Inventar

Der Vorgesetzte ist zu informieren. Es ist eine Ursachenanalyse durchzuführen und anschließend entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten.

2.5 Risikomanagement

Risikopolitik des Ostalb-Klinikums Aalen

sowie der Wachkomaeinheit Bopfingen und der geriatrischen Rehabilitation Aalen

2.5.1 Grundlagen

Das Ostalb-Klinikum Aalen bietet als Krankenhaus der Zentralversorgung und im Rahmen der speziellen Versorgung in diversen Zentren eine Vielzahl von Leistungen für Patienten an. Dabei entstehen viele verschiedene Chancen und Risiken. Zur systematischen Ermittlung, Analyse, Bewertung, Bewältigung und Steuerung dieser, im klinischen Bereich, entstehenden Chancen und Risiken ist ein klinisches Risikomanagement etabliert. Unter einem Risiko werden potentielle Gefährdungen und Bedrohungen verstanden, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten und unterschiedliche Grade von Auswirkungen auf die Organisation und die Menschen haben können.

2.5.2 Verpflichtung und Auftrag der Leitung

Das klinische Risikomanagement (RM) am Ostalb-Klinikum Aalen ist nach den Vorgaben der ONR 49001 aufgebaut. Es berücksichtigt die Anforderungen der ISO 9001:2015 und des G-BA-Beschlusses zum Qualitäts- und Risikomanagement von 2015. Die Leitung der Organisation verpflichtet sich zur Einhaltung dieser Risikopolitik. Sie stellt die dafür erforderlichen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen zur Verfügung. Sie unterstützt die regelmäßige Kommunikation im Risikomanagement und die Umsetzung der von den bearbeitenden Gremien beschlossenen Maßnahmen.

Die Leitung und die Führungskräfte fördern eine offene Sicherheitskultur. Diese ist Voraussetzung dafür, dass das Risikomanagement in vorausschauender Weise verstanden, gelebt und erfolgreich umgesetzt wird.

2.5.3 Integriertes Managementsystem

Die Organisation betreibt ein integriertes Managementsystem der Normen 9001 und 49001 (farbliche Darstellung in Abbildung 1, Abbildung 2, links unten). Die Betriebsleitungsmitglieder sind als Risikoeigner benannt. Die Lenkungsgruppe (LG) ist als Leitungsgremium von QM und RM tätig. Alle Mitglieder der LG sind gleichberechtigt. Das Qualitätsmanagementsystem und das klinische Risikomanagementsystem werden gemeinsam auditiert und bewertet. Dadurch ist sichergestellt, dass das RM-System ständig verbessert wird und Veränderungen des Umfeldes im RM berücksichtigt werden (Abbildung 2).

2.5.4 Schnittstellen, Kommunikation und Zusammenarbeit von Qualitätsmanagement und Risikomanagement

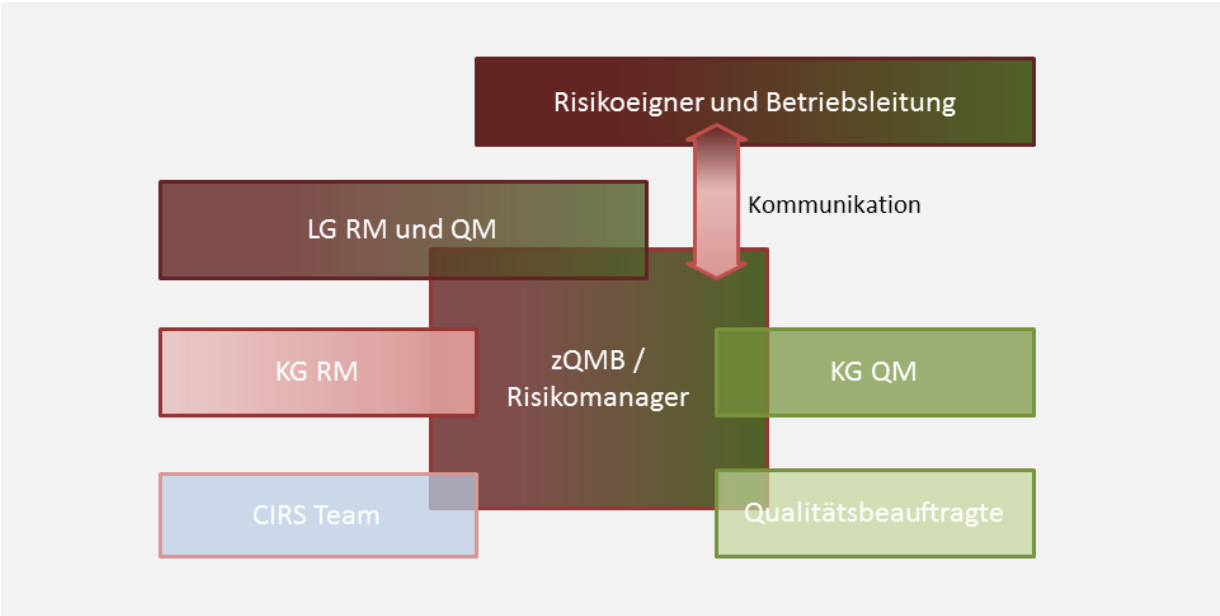


Abbildung 1

Das RM liegt in der Verantwortung der Führungskräfte. Der zQMB / Risikomanager ist das Bindeglied zwischen QM, RM und CIRS

2.5.5 Risikobeurteilung und – bewältigung im klinischen Risikomanagement

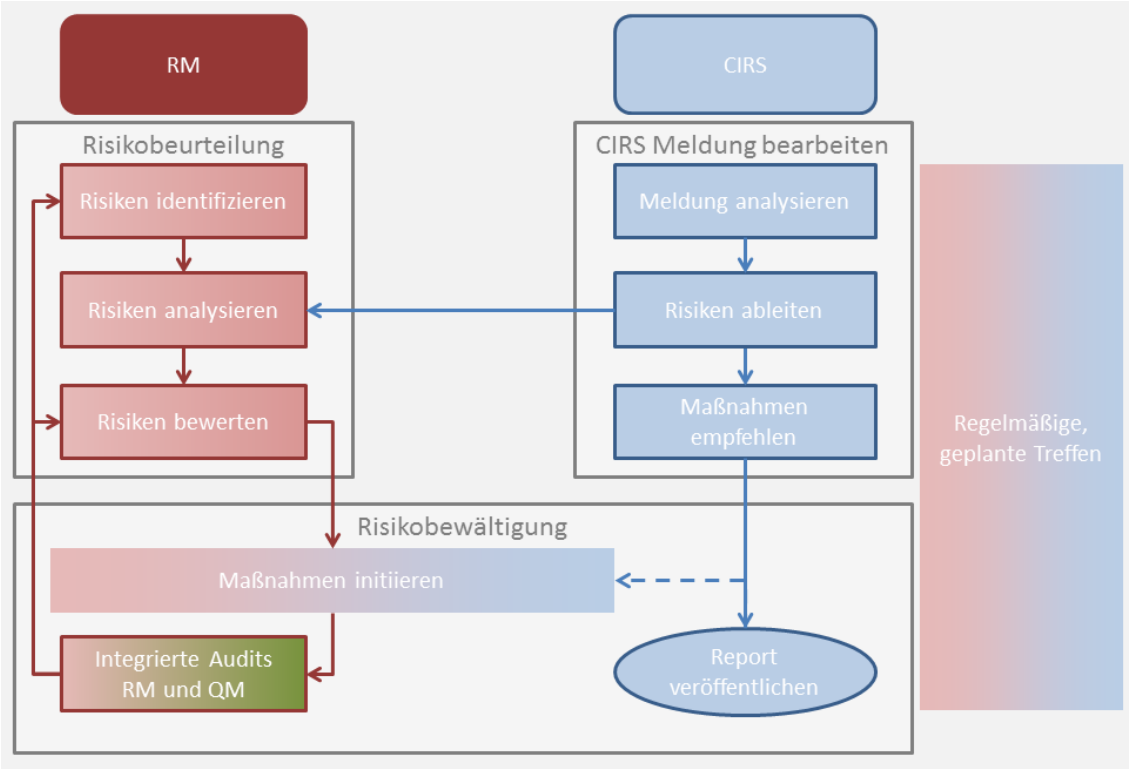


Abbildung 2

2.5.6 Methoden für die Umsetzung des Risikomanagement-Prozesses

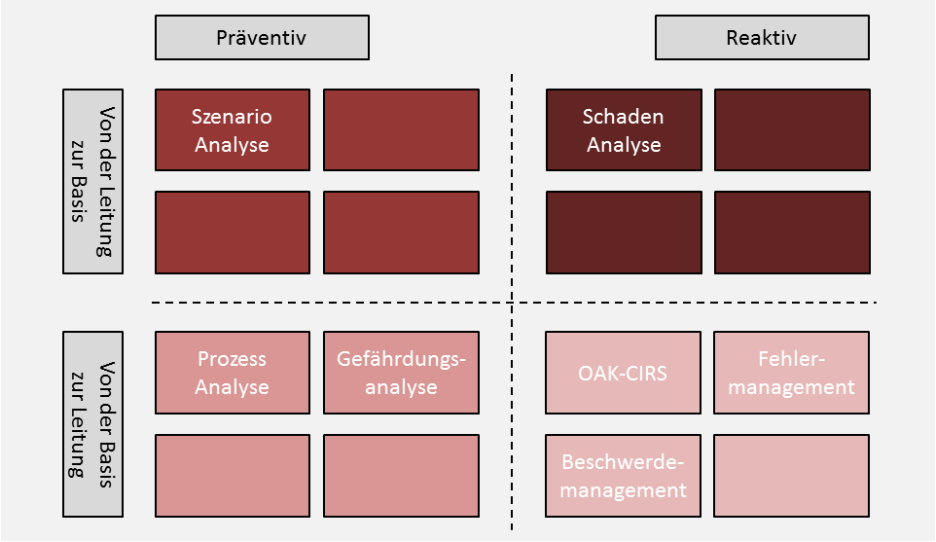


Abbildung 3

Die Anwendung der Methoden ist in SOP´s beschrieben. Für die Methoden liegen Arbeitshilfen vor.

2.5.7 Umsetzung des klinischen Risikomanagements

Durch gewichtende Auswertung der Gefahrenliste (Quelle: Euro Risk) und Bewertung der mit den Methoden nach Abbildung 3 festgestellten Risiken wird die Priorität festgelegt, mit welcher die erkannten Risiken und Gefahren analysiert, bewertet und bewältigt werden. Schlüsselrisiken des klinischen RM werden aus den Ergebnissen von Audits, Auswertungen von Patientenrückmeldungen, CIRS-Meldungen, Ergebnissen aus Prozess- und Gefährdungsanalysen und Meldungen von Mitarbeitern identifiziert.

Die Szenarioanlayse ist das Führungsinstrument für die Betriebsleitung. Sie bestimmt auf dieser Grundlage die Handlungsschwerpunkte für die Patienten- und Mitarbeitersicherheit sowie die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen der mittelfristigen Unternehmensplanung. Die Umsetzung der Maßnahmen dieser Risikobeurteilung wird halbjährlich vom Risikomanager überwacht und der Lenkungsgruppe berichtet.

Die Szenario-Risikobeurteilung wird einmal jährlich aktualisiert, d.h. die Risiken werden nach Maßgabe der Wirksamkeit der Risikobewältigung angepasst. Auch dabei wird überprüft, ob neue wichtige Risiken entstanden sind, die analysiert, bewertet und bewältigt werden müssen.

Die Ergebnisse der jährlichen Szenario-Risikobeurteilung sind Bestandteil der Management-Bewertung des Qualitätsmanagements.

2.5.8 CIRS

CIRS steht mit CIRSmedical für alle Mitarbeiter zur Verfügung. Die Auswertung der Meldungen obliegt dem hausinternen CIRS-Team. Alle Regelungen zu CIRS sind im Vertrag mit CIRSmedical und der Dienstvereinbarung CIRS geregelt. Die Arbeitsweise des CIRS-Teams ist in der Geschäftsordnung CIRS-Team festgelegt.

2.5.9 Notfall und Krisenmanagement

Die Verantwortung für das Notfall-, Krisen- und Katastrophenmanagement liegt beim Verwaltungsdirektor. Es umfasst die Bewältigung von Großereignissen (Feuer, Naturkatastrophen etc.) medizinische Katastrophenfälle (Grossunfall, Pandemie etc.) sowie die Krisenkommunikation im Fall von Behandlungsfehlern oder Beschwerden.

2.5.10 Risikomanagement bei operationellen Tätigkeiten

Die folgenden Sicherheitsbereiche werden durch die entsprechenden Beauftragten bearbeitet:

Arbeitssicherheit: Der Sicherheitsbeauftragte sorgt für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und überwacht deren Einhaltung

Brandschutz: Der Sicherheitsbeauftragte sorgt für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und überwacht deren Einhaltung.
Hygiene: Die Hygienekommission und die Hygienefachkräfte entwickeln den Hygieneplan und überwachen dessen Umsetzung.
Produktsicherheit: Medizinprodukteverantwortliche sorgen für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften und überwachen deren Einhaltung.
Die Ergebnisse der benannten Sicherheitstätigkeiten fließen in die Managementbewertung ein.

2.5.11 Inkrafttreten der Risikopolitik

Die Risikopolitik wird durch die Betriebsleitung verabschiedet und tritt durch die Freigabe im Dokumentenmanagement des oak-net in Kraft.

Aalen ,den 1. Dezember 2016

2.6 Beschwerdemanagement und Kundenzufriedenheit

Standard Beschwerdemanagement

Anregungen und Beschwerden können direkt in die Box an der Infotafel eingeworfen werden. Entsprechende Formulare liegen dort bereit.

Dringliche Beschwerden, können direkt beim Pflegeteam abgegeben bzw. geäußert werden. Sie werden unverzüglich der Leitenden Pflegefachkraft weitergeleitet.

Die Box wird 1-mal pro Woche von der Leitenden Pflegefachkraft geleert. Die Anregungen und Beschwerden werden zusammengefasst, der Heimleitung und dem Heimfürsprecher zeitnah vorgelegt und ggf. Konsequenzen daraus gezogen.

Die Anregungen und Beschwerden werden regelmäßig in den QM – Zirkel eingebracht und bearbeitet.

Beschwerdemanagement ist Prävention, d.h. die Aufgabe des Beschwerdemanagements ist in erster Linie die Eskalation von Beschwerden zu verhindern, bevor diese entsteht.

Leitbild (bzw. die vertragliche Zusicherung von Pflegeleistungen) **und Beschwerdemanagement** hängen unmittelbar zusammen. Im ersteren werden Leistungen versprochen, im letzteren werden Wege möglich gemacht, diese Leistungen auch zu reklamieren. Beschwerden halten daher auch dazu an, das eigene Angebot, bzw. Versprechen an die Bewohner genau zu prüfen.

Gesetzliche Vorschriften für ein Beschwerdemanagement sind im SGB XI § 80 zu lesen. Die zugelassenen Einrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Und im künftigen Landesheimgesetz § 11 als Betriebsvoraussetzung wird die Einrichtung eines Beschwerdemanagements geregelt.

Das Beschwerdemanagement-**Controlling** ist Chefsache. Das Controlling soll gewährleisten, dass sich der gesamte Prozess des Beschwerdewesens auch tatsächlich in den beschriebenen Bahnen vollzieht.

Quelle: www.aperio-online.de

2.8 Interne Audits

Interne Audits werden zur Ermittlung der Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagements durchgeführt. Die internen Auditoren überprüfen in einem festgelegten, regelmäßigen Turnus die einzelnen Prozesse des Qualitätsmanagements und deren Wechselwirkungen, insbesondere die Qualität der gewonnenen Ergebnisse. Auf Grundlage der Ergebnisse entwickelt sie gemeinsam mit der Leitung der Einrichtung (Einrichtungsleiter, Ltd. Pflegefachkraft, Stationsleiter) und deren Mitarbeiter Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen.

Um Neutralität und Unparteilichkeit zu wahren, muss der interne Auditor von dem auditierten Bereich unabhängig sein bzw. darf den eigenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich nicht auditieren.

Es findet je ein jährliches internes Audit nach den Kautelen der MDK Prüfrichtlinien und den Kautelen der „Orientierungshilfe für Heimaufsichtsbehörden“

Es besteht ein Qualitätszirkel aus Einrichtungsleitung, Ltd. Pflegefachkraft, Stationsleiter (QM Beauftragter der Einrichtung), QM Beauftragter der Kliniken-Ostalb; der sich viermal jährlich trifft.