



Konzept zur Pflege und Betreuung

Erstellt: September 2020 Monika Bartl, MSc Direktorin
Evaluert: Jänner 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Grundsätze	3
1.1	Leitbild	3
1.2	Pflegeverständnis.....	5
1.3	Pflegemodell.....	5
1.4	Speziell validierende Pflege	7
1.5	Intergenerative Pflege und Betreuung	8
2	Zielgruppen	8
2.1	Langzeitpflege	8
2.2	Kurzzeitpflege	9
2.3	Ausschlusskriterien	9
3	Wohnformen.....	9
3.1	Pflegeplatz – Allgemeine Pflege und Betreuung.....	9
3.2	Betreutes Wohnen – Allgemeines Wohnen mit Pflege und Betreuung ...	9
4	Aufbauorganisation	9
4.1	Organigramm.....	9
4.2	Leitung und Team	9
4.3	Informationsfluss	10
5	Pflegeorganisation und Pflegeprozess.....	11
5.1	Pflegeorganisation	11
5.2	Pflegedokumentation.....	12
5.3	Pflegebesprechung.....	12
5.4	BewohnerInneneinzug.....	13
5.5	Fürsorge am Ende des Lebens	13
6	Gestaltung des Alltags	14
6.1	Seniorenbetreuung	14
6.2	Kindergarten	15
6.3	Ehrenamtliche MitarbeiterInnen.....	16
6.4	Informationsweiterleitung an BewohnerInnen und Angehörige	16
7	Zusammenarbeit mit Angehörigen/Zugehörigen	16
8	Qualitätsarbeit.....	17
9	Hitzemaßnahmenplan.....	18
9.1	Hitzebedingte Erkrankungen und Notfälle.....	18
9.2	Risikofaktoren für hitzebedingte Erkrankungen	20
9.3	Maßnahmenplan	21
9.4	Hitzekomplex	22

1 Ziele und Grundsätze

Das ÖJAB-Pflegewohnhaus Neumargareten versteht sich als neues Zuhause für ältere Menschen ungeachtet ihrer Herkunft, Religion und politischen Überzeugung. Ziel der Tätigkeit ist die höchstmögliche Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehöriger und der MitarbeiterInnen, was abseits der stetigen Pflege vordergründig durch Gespräche und persönliche Zuwendung erreicht wird. Die individuelle Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern und zu fördern sowie eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen sind besondere Anliegen, wobei Humor und gemeinsame Aktivitäten den Lebensalltag unterstützen und Geduld das Miteinander begleitet. Die Menschenwürde wird dabei immer geachtet.

Bei allen Aktivitäten der ÖJAB steht der Mensch im Mittelpunkt, egal welcher politischen Richtung und Konfession er nahe steht.

1.1 Leitbild

Vision:

„Die Kraft ist in dir“

Mission:

Das verwirklichen wir
„Gemeinsam“

Führung und Gestaltung

- In der Begleitung bündeln wir unsere Kräfte und machen Ihr Ziel zu unserem Ziel.
- Sie finden bei uns eine familiäre Atmosphäre, in der Sie herzlich willkommen sind.
- Wir vertrauen auf die Kraft des Einzelnen, die er in die Gemeinschaft einbringt und sie dadurch stärkt.
- Wir fördern die Gesundheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

BewohnerInnen und Angehörige

- Die Pflegeplanung wird aus dem Blickwinkel der Ressourcen und Möglichkeiten der Bewohnerin/ des Bewohners erstellt.
- Durch die Begegnung der verschiedenen Generationen im Alltag werden soziale Kontakte gefördert und gelebt.
- Durch individuelle Pflege und Betreuung sowie größtmöglichen Freiraum fördern wir das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Wir halten zusammen, nehmen Herausforderungen an und feiern unsere Erfolge gemeinsam.
- Wir implementieren neues Wissen verantwortungsvoll im Haus.
- Wir sind eine tragfähige Gemeinschaft.
- Die Grundhaltung von „Willkommen“ gibt uns Kraft.

Gesellschaft

- Wir respektieren und achten den alten Menschen mit seiner Lebenserfahrung.
- Die Begegnung der verschiedenen Generationen erleben wir als Bereicherung.
- Wir begegnen einander auf gleicher Augenhöhe.
- Unser Anliegen ist mehr Miteinander als Füreinander.
- Wir leben aktiv Integration und schätzen die Vielfalt der Nationalitäten als besondere Bereicherung.

1.2 Pflegeverständnis

Als wichtigstes Ziel im Rahmen der Pflege und Betreuung sehen wir einerseits die Erhaltung, Förderung bzw. Wiedererlangung der von der Bewohnerin /dem Bewohner definierten Lebensqualität. Als zweiten Schwerpunkt im Rahmen der Betreuung und Pflege sehen wir die Zusammenführung der Generationen.

Der Mensch ist ein soziales, nach Unabhängigkeit strebendes Wesen. Erst das Erleben von Autonomie führt, oft auch stark verzögert, zur Freisetzung von Eigenaktivitäten und zum Erleben der eigenen Kompetenzen. Wir unterstützen die BewohnerInnen durch das Anbieten von Wahlmöglichkeiten sich ihren autonomen Handlungs- und Entscheidungsraum zu schaffen. Entscheidungen der BewohnerInnen werden respektiert. Durch Speziell validierende Pflege schaffen wir bei den MitarbeiterInnen ein hohes Ausmaß an Einfühlungsvermögen, um Signale und Handlungen als Willensäußerungen richtig zu interpretieren. Wir vertrauen darauf, dass die BewohnerInnen die Fähigkeiten besitzen ihr Leben selbst zu gestalten.

Wir sehen den Menschen als ein Wesen, bei dem die körperliche, soziale, emotionale und spirituelle Gesundheit eine wichtige Rolle spielen.

So wird durch Fröhlichkeit und Höflichkeit eine liebevolle Beziehung zu den BewohnerInnen aufgebaut und damit eine positive Atmosphäre geschaffen, um die Gesundheit zu stärken und die Krankheit abzuwenden.

1.3 Pflegemodell

Wir orientieren uns im Haus an dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel.

Krohwinkel definiert Krankheit und Gesundheit als dynamische Prozesse, die für die Pflege als Fähigkeiten und Defizite erkennbar sind. Krohwinkel identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit. Krohwinkel sieht den Menschen als einheitlich integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile.

In der ganzheitlichen Sicht ist die Umgebung der wesentlichste äußere Faktor für Leben, Gesundheit und Wohlbefinden. In der ganzheitlichen Sicht sind Mensch und Umgebung offene, sich wechselseitig beeinflussende Systeme. Zur Umgebung zählen neben allen Lebewesen auch "ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren". Die Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel stellte die Elemente, Konzepte und Prinzipien der *Fördernden Prozesspflege* dar, außerdem ihre Anwendung im Pflegeprozess bzw. -management und in der Qualitätsentwicklung. Sie entwickelte die Strukturierungshilfe der AEDLs 1999 zu *Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens* (ABEDLs) weiter. Die Bezeichnung der meisten ABEDLs lehnt sich an die seit längerem eingeführten ATL nach Juchli an:

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
4. Sich pflegen können
5. Essen und trinken können
6. Ausscheiden können
7. sich Kleiden können
8. Ruhen, schlafen, entspannen können
9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10. Die eigene Sexualität leben können
11. Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Die **Individualisierung der Pflege** erfolgt im Rahmen des Pflegeprozesses.¹

Zugriff: 14.4.2010, 15.45Uhr

1.4 Speziell validierende Pflege

Speziell validierende Pflege ist eine Methode, demenziell erkrankte Menschen in ihrer Erlebniswelt zu begegnen. Dies passiert einerseits durch eine spezielle Kommunikationsmethode und andererseits durch möglichst umfassende Befriedigung der 4 wichtigsten psychosozialen Grundbedürfnisse.

Diese psychosozialen Grundbedürfnisse sind:

- Sicherheit und Geborgenheit
- Status und Prestige
- Produktiv sein und gebraucht werden
- Spontan Gefühle ausdrücken

Wesentlich ist daher die Ermittlung von Bedürfnissen und Gewohnheiten des betagten Menschen unter Anwendung validierender Techniken. Bedürfnisse und Gewohnheiten sowie die Erkenntnisse aus der Biografie bilden in weiterer Folge die Grundlage für die Pflegeplanung.

Es gibt im Haus eine ausgebildete Praxisanleiterin für speziell validierende Pflege. Diese Mitarbeiterin organisiert und hält interne Fortbildungen für MitarbeiterInnen aller Bereiche. In weiterer Folge werden die MitarbeiterInnen in der Praxis begleitet.

Jeder Pflegebereich organisiert Validationsgruppen an der 2-5 zum Teil sehr desorientierte BewohnerInnen teilnehmen. Diese Gruppe fördert die soziale Interaktion und Kompetenz der BewohnerInnen. Durch die Übernahme einer bestimmten Funktion wird Status und Prestige gehoben. Es steigert die Lebensqualität der TeilnehmerInnen und fördert oft verschüttete Ressourcen zu Tage.

Die speziell validierende Fachkraft kommt auch im Sinne einer Fachexpertise bei speziellen Problemen bzw. schon bei der Aufnahme

und Erstellung des Pflegeplans, als Ansprechperson auf dem Pflegebereich zum Einsatz. Sie zeigt auf, wie man die Kompetenzen der Bewohnerin/ des Bewohners erhalten kann und die psycho-sozialen Grundbedürfnisse in Ansätzen befriedigen kann.

Es wurde schon bei der Implementierung des Computerprogramms darauf Rücksicht genommen, dass jede Pflegemaßnahme sehr individuell geplant und dokumentiert werden kann.

1.5 Intergenerative Pflege und Betreuung

Da wir das Miteinander der verschiedenen Generationen als einen wichtigen Auftrag sehen, gibt es im Haus im Rahmen der Pflege und Betreuung viele Möglichkeiten der Begegnung der Generationen. So beherbergen wir am Areal einen Kindergarten, sind Kooperationen mit Ausbildungseinrichtungen und umliegenden Schulen eingegangen und beschäftigen junge Männer im Rahmen ihres Zivildienstes. Wir binden ehrenamtliche MitarbeiterInnen aller Altersgruppen ein und beherbergen einen Pensionistenclub um auch die Generation der jüngeren SeniorInnen in das Leben im Haus einzubinden. (siehe auch Konzept zur intergenerativen Betreuung und Pflege)

2 Zielgruppen

In weiterer Folge werden die Zielgruppen für das ÖJAB-Pflegewohnhaus Neumargareten beschrieben.

2.1 Langzeitpflege

Unser Pflegeangebot richtet sich an alte und hoch betagte Menschen die zur Bewältigung ihres täglichen Lebens Pflege und Betreuung benötigen. Diese Unterstützung kann sich auf Teilbereiche beziehen oder die komplette Versorgung in allen Bereichen des täglichen Lebens umfassen.

2.2 Kurzzeitpflege

Das Angebot der Kurzzeitpflege richtet sich an pflegende Angehörige die auf Urlaub fahren möchten, selber durch Krankheit kurzfristig ausfallen oder aus anderen Gründen vorübergehende Entlastung benötigen. Dieses Angebot kann aber auch zum Probewohnen genutzt werden, um sich auf einen späteren Einzug vorzubereiten. Kurzzeitpflege richtet sich auch an Menschen die nach einem Spitalsaufenthalt vorübergehend Hilfe benötigen bis sie in ihrer Versorgung wieder selbständig zu Hause leben können.

2.3 Ausschlusskriterien

Nicht in Betracht für die Aufnahme kommen BewohnerInnen mit neurologische und psychiatrische Krankheitsbildern, mit schwerer Selbst- und/oder Fremdgefährdung, wo Anhaltemaßnahmen notwendig sind, sowie Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern, die andauernde und/oder kurzfristige ärztliche Anwesenheit benötigen.

3 Wohnformen

Das ÖJAB-Pflegewohnhaus Neumargareten bietet zwei Wohnformen an.

3.1 Pflegeplatz – Allgemeine Pflege und Betreuung

3.2 Betreutes Wohnen – Allgemeines Wohnen mit Pflege und Betreuung

4 Aufbauorganisation

4.1 Organigramm

Siehe Beilage

4.2 Leitung und Team

Mit der Leitung des Hauses ist Fr. Michaela Winklbauer, MSc betraut. Sie wird von den stellvertretenden Pflegedienstleitungen und einer stv. Hausleitung unterstützt.

In jedem Pflegebereich gibt es ein Team, das 24h für die Pflege und Betreuung zur Verfügung steht. Es setzt sich zusammen aus diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, PflegefachassistentInnen, PflegeassistentInnen, SozialfachbetreuerInnen mit Schwerpunkt Altenpflege, diplomierten SozialfachbetreuerInnen, Heimhilfen, Abteilungshilfen, Zivildienern und Praktikantinnen aus den verschiedenen Ausbildungen.

Weiters stehen den BewohnerInnen die MitarbeiterInnen aus den Bereichen Bewohnerservice, Hausservice, Rezeption, Seniorenbetreuung, Seelsorge und der Haustechnik zur Verfügung. Das Team wird ergänzt durch eine Psychologin, die Ansprechperson für BewohnerInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen ist.

Nicht in direktem Kontakt mit den BewohnerInnen aber wichtig für die Organisation sind die MitarbeiterInnen im Bereich EDV, Personalservice und Verwaltung.

4.3 Informationsfluss

Die Informationsweitergaben erfolgen im Rahmen von Besprechungen, Aushängen, per E-Mail oder Kurznachrichtensystem.

Über alle Besprechungen im Haus liegen Protokolle auf.

Besprechungen durch die Haus- und Pflegedienstleitung

1x wöchentliche Pflegebesprechung mit allen Bereichsleitungen

1x monatliche Organisationsbesprechung

Regelmäßige Besprechungen mit den organisatorischen Bereichen (z.B. Rezeption, Haustechnik, EDV, BewohnerInnenservice usw.)

Besprechungen durch die Bereichsleitungen

Regelmäßige Teamsitzungen mind. alle 2 Monate

Jährliche MitarbeiterInnenorientierungsgespräche

Gespräche in der Einarbeitungsphase neuer MitarbeiterInnen

Kritikgespräche bei Bedarf

Es liegt auch eine BewohnerInnen bezogene und eine Organisation bezogene Kommunikationsmatrix auf. Darin sind alle Besprechungen aufgelistet und festgehalten welchen Inhalt sie haben, wer daran beteiligt ist, wie oft sie abgehalten werden und wie sie dokumentiert werden.

5 Pflegeorganisation und Pflegeprozess

5.1 Pflegeorganisation

Gruppenpflege (Wohngruppe)

Das Kennzeichen der Gruppenpflege ist die Zuordnung von einer oder mehreren Pflegepersonen zu einer Gruppe von BewohnerInnen. Die Pflegenden sind während ihrer Arbeitszeit für ihre Gruppe von BewohnerInnen verantwortlich und führen die gesamte Pflege einschließlich Organisation und Dokumentation durch. Für Tätigkeiten im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, bzw. für Fragen welche die Kompetenzen einer/s PflegeassistentIn übersteigen, gibt es eine verantwortliche diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Die Gruppenpflege ist die Basis für eine ganzheitliche und bewohnerinnenorientierte Pflege. Die Gruppenpflege führt zu einer Verbesserung des pflegerischen Betreuungsangebotes.

Bezugspflege

Pflege beinhaltet stets, dass zwei (oder mehr) Menschen miteinander in Beziehung treten. Diese Beziehung hat je nach Situation unterschiedliche Charaktere. Auf der einen Seite „folgt“ eine Pflegekraft der/dem BewohnerIn. Das heißt, sie geht auf die Wünsche und Bedürfnisse ein, sie richtet sich nach ihnen.

Auf der anderen Seite „führt“ sie ihn, leitet ihn zu gesundheitsförderndem Verhalten an. Die Qualität dieser Beziehung entscheidet ebenso über den Erfolg der Pflege wie das Fachwissen und das fachliche Können einer Pflegeperson.

Zur Beziehungsarbeit gehören zum Beispiel: Vertrauen schaffen, Diskretion wahren, Beherrschung zeigen, Geduld haben, Hoffnung und Zuversicht ausstrahlen. Fachwissen und Fachkönnen für sich alleine genommen reichen nicht aus, um Pflege als Beruf ausüben zu können. Die BewohnerInnen werden die ihnen angebotene Pflege nicht einfach passiv hinnehmen, sondern darauf individuell reagieren. Diese Reaktionen rufen wiederum Reaktionen der Pflegeperson hervor. Eine Beziehung entsteht.

Pflegeoase

Die Pflegeoase stellt für uns eine spezielle Form der Wohngruppe dar.

Siehe Konzept zur Pflegeoase

5.2 Pflegedokumentation

Die Dokumentation des Pflegeprozesses erfolgt mit dem Computerprogramm Vivendi der Fa. X-tension.

Die Pflegedokumentation ermöglicht, die notwendige Kontinuität in der Pflege zu gewährleisten. Sie dient als Nachweis über die geleistete Pflege und Betreuung und bietet Rechtssicherheit. Sie zeigt, dass die Pflege professionell geplant und die Bedürfnisse der BewohnerInnen berücksichtigt werden. Im Programm sind POP-Diagnosen hinterlegt.

Die Pflegedokumentation folgt den 4 Pflegeprozessschritten nach dem WHO-Modell:

1. Informationssammlung, Einschätzung, Beurteilung (*Assessing*)
2. Planung (*Planning*)
3. Durchführung (*Implementing*)
4. Bewerten (*Evaluating*)

5.3 Pflegebesprechung

In jedem Pflegebereich finden tägliche BewohnerInnen bezogene Besprechungen statt. Im Rahmen dieser Besprechung kommt es zum

Austausch von Informationen und Beobachtungen die BewohnerInnen betreffend. Des Weiteren werden Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen besprochen und in die Betreuung und Pflege integriert.

5.4 BewohnerInneneinzug

Für jeden Menschen ist der Einzug in ein Pflegewohnhaus ein wichtiger und elementarer Einschnitt in seinem bisherigen Leben. Oft ist er mit großen Ängsten und Befürchtungen verbunden. Das formale Aufnahmeverfahren wird ohne Zeitdruck abgewickelt. Einfühlsame Gesprächsführung erleichtert den neuen BewohnerInnen die Eingewöhnungsphase.

Unser Ziel ist eine zeitnahe, fürsorgliche und kundenorientierte Aufnahme der BewohnerInnen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation der neuen BewohnerInnen und deren Angehörigen. Alle neuen BewohnerInnen erhalten eine Einladung zum Monatsfest und werden dort herzlich begrüßt und in die Gemeinschaft aufgenommen.

5.5 Fürsorge am Ende des Lebens

Das Thema Sterben hat einen festen Stellenwert im ÖJAB-Pflegewohnhaus Neumargareten. Wir versuchen das Thema Sterben aktiv im Leben unserer BewohnerInnen zu integrieren und das gesellschaftliche Tabu zu brechen. Es ist für uns wichtig mit den BewohnerInnen schon früh im Rahmen der Biographieerhebung über Wünsche und Bedürfnisse in dieser Ausnahmesituation zu sprechen. Für diese sensible Phase im Leben eines Menschen haben wir im Haus eine eigene Pflegediagnose erstellt. Unser Ziel ist es ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Wir sorgen dafür, dass das Sterben unbeschleunigt, unverzögert und ungestört geschehen kann. MitarbeiterInnen werden in Fortbildungen für diese speziellen Gespräche und Pflegesituationen geschult.

BewohnerInnen die sich in der letzten Phase des Lebens befinden und deren Angehörige, werden von einem interdisziplinären Team betreut. Es setzt sich aus Bereichsleitung, Pflegepersonal, Psychologen, Arzt/Ärztin

und Seelsorger zusammen. Es besteht auch die Möglichkeit der Krankensalbung, der Krankenkommunion und der Beichte.

Angehörige/ Zugehörige haben die Möglichkeit sich im Zimmer oder im Verabschiedungsraum von ihren Angehörigen/ Zugehörigen zu verabschieden. Alle verstorbenen BewohnerInnen werden namentlich in der monatlichen Heimzeitung erwähnt. Jeder Pflegebereich gestaltet eine Verabschiedungsecke. Es bietet die Möglichkeit sich in Ruhe und persönlich von der/dem BewohnerIn zu verabschieden. Alle zwei Monate findet im Haus eine Gedenkfeier für die verstorbenen BewohnerInnen statt, wozu BewohnerInnen und Angehörige/ Zugehörige eingeladen werden.

6 Gestaltung des Alltags

Das ÖJAB-Pflegewohnhaus Neumargareten legt großen Wert auf ein sinnvolles Angebot der Tagesstruktur für alle BewohnerInnen.

Die meisten Angebote sind so gestaltet, dass sie sowohl von Menschen mit niedrigerem Pflegebedarf, als auch von hoch pflegebedürftigen BewohnerInnen genutzt werden können.

6.1 Seniorenbetreuung

Wir orientieren uns mit der Betreuung primär an den Ressourcen der BewohnerInnen. Wir respektieren die unterschiedlichen Persönlichkeiten und ermutigen die BewohnerInnen dazu, ihre Fähigkeiten einzubringen. Viele Angebote geschehen in Kooperation mit dem Kindergarten. Das heißt, wir wollen mit unseren Tätigkeiten dort anknüpfen, wo die Bewohnerin / der Bewohner noch (Teil-) Fertigkeiten, Kompetenzen oder Interessen nach außen hin zeigt.

Aus folgenden Beobachtungen leiten wir unsere Planungen und Tätigkeiten ab:

- ❖ Bedürfnis nach Beschäftigung
- ❖ Bedürfnis nach sozialer Interaktion

- ❖ Isolation, Zurückgezogenheit
- ❖ Eingeschränkte Kommunikationskompetenz
- ❖ partikuläre Gedächtniskompetenz
- ❖ Angst
- ❖ eingeschränkte Orientierungsfähigkeit
- ❖ körperlicher und/oder seelischer Schmerz
- ❖ Gefühl von Sinnlosigkeit oder Leere
- ❖ Eingeschränkte Sinneswahrnehmung
- ❖ Bedürfnis nach intergenerativen Kontakten

Es werden von Montag bis Freitag am Vormittag Angebote durch die SeniorenbetreuerInnen gestellt (z. B. Turnen mit Kinder, Kochrunde, Gedächtnistraining, Montessorirunde mit Kinder, Kreativrunde, Tiertherapie). Zusätzlich gibt es Angebote direkt in den einzelnen Pflegebereichen (z. B. Heurigenrunden, Angehörigencafe, Kreativrunden, Balancetraining...). Weiters ist auch eine Einzelbetreuung im Zimmer möglich. Das Angebot wird ergänzt durch kulturelle Veranstaltungen, Feste, Ausflüge, Pensionistenclub, Heuriger.

Frisör und Fußpflege befinden sich auch im Haus. (siehe Konzept zur Seniorenbetreuung)

6.2 Kindergarten

Die gezielte Zusammenführung der beiden „Rand-Generationen“ ist der Inhalt des Generationenkonzepts. Davon ausgehend, dass Kleinkinder und SeniorInnen zum Teil identische Bedürfnisse haben oder gegenseitige Defizite kompensieren können, werden im Rahmen von Bastel-, Bewegungs-, Sing- und Spielrunden, Feiern sowie Besuchsnachmittagen gemeinsame Handlungsfelder geschaffen, in denen, in möglichst natürlicher und ungezwungener Atmosphäre, generationsübergreifende und –verbindende Interaktion geschieht.

Ziel ist nicht nur die Zusammenführung von Jung und Alt sondern speziell ein verständnisvoller Umgang der Generationen miteinander sowie die Wiedererlangung von Fertigkeiten in gemeinsamen Begegnungen und dadurch die Stärkung des Selbstvertrauens bzw. Selbstwerts der SeniorInnen und Kinder.²

6.3 Ehrenamtliche MitarbeiterInnen

Im Bereich der Betreuung werden wir auch von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen unterstützt. Sie leiten einzelne Gruppenaktivitäten, begleiten Ausflüge, helfen bei Festen und Veranstaltungen und machen Besuchsdienste (siehe Konzept ehrenamtliche MitarbeiterInnen).

6.4 Informationsweiterleitung an BewohnerInnen und Angehörige

- Tagesaushang in den Wohn- und Pflegebereichen
- Veranstaltungskalender in Aufzügen
- Info Tafel und Folder–Rezeption
- Monatsblatt
- Persönliche Ansprache

7 Zusammenarbeit mit Angehörigen/Zugehörigen

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen/ Zugehörigen und Vertrauenspersonen ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Wir suchen laufend den Kontakt zu den Angehörigen, Zugehörigen und Vertrauenspersonen unserer BewohnerInnen um die Pflege und Betreuung noch individueller gestalten zu können und auch ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen/ Zugehörigen zu erfahren. Ein regelmäßiger Austausch ist sehr wichtig.

Wir veranstalten zwei Mal im Jahr einen BewohnerInnen- und Angehörigenabend. Die Inhalte dieser Veranstaltungen sind

² MIEDANER, Lore (2001): Alt und Jung entdeckt sich neu. Intergenerative Pädagogik mit Kindern und Senioren, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau.

unterschiedlich sie umfassen sowohl die Weitergabe von allgemeinen Informationen über Vorträgen zu speziellen Pflege- und Betreuungsthemen bis hin zum Erfahrungsaustausch zwischen den BesucherInnen und den anwesenden MitarbeiterInnen.

Alle Bereichsleitungen stehen nach individueller Terminvereinbarung für ein Gespräch zur Verfügung. Die Bereichsleitungen sind von Montag bis Freitag zwischen 8.00Uhr und 14.00Uhr erreichbar.

Termine, auch außerhalb der üblichen Bürozeiten, sowohl mit der Direktion als auch der Haus- und Pflegedienstleitung können telefonisch vereinbart werden. Für eine individuelle Terminvereinbarung erreichen sie die Direktion unter 815 21 77 429, sowie die Haus- und Pflegedienstleitung unter 815 21 77 50.

8 Qualitätsarbeit

Qualitätseinschätzung ist etwas sehr subjektives. Jeder Mensch hat eine eigene Vorstellung was gute und was schlechte Qualität ist.

Das heißt, Qualität kann erst gemessen werden, wenn die Eigenschaften einer Leistung oder eines Produkt mittels Kriterien definiert wurde. Diese Kriterien werden mittels Standards festgehalten und dienen dann zur Überprüfung der Qualität.

Als Qualität kann also der Grad der Übereinstimmung zwischen definiertem Soll-Zustand (Standard) und erreichtem Ist-Zustand (Ist-Zustandserhebung) bezeichnet werden.

Ziel der Qualitätsarbeit ist es, die Lebensqualität und die Pflegequalität für die BewohnerInnen zu sichern bzw. zu steigern.

Als Qualitätsmanagementsystem hat sich das Haus für E-Qalin entschieden. Zusätzlich wurden folgende Teilkonzepte im Haus beibehalten:

- ❖ Qualitätszirkel
- ❖ Interne Qualitätskontrollen durch die stellvertr. Pflegedienstleitung

- ❖ Pflegevisiten durch die Bereichsleitungen
- ❖ Lob- und Beschwerdemanagement
- ❖ Implementierung der Handlungsleitlinien nach dem Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime
- ❖ Definierte Qualitätsbeauftragte in jedem Pflegebereich
- ❖ Workshops
- ❖ Mitarbeiterorientierungsgespräche
- ❖ Fortbildung der MitarbeiterInnen

Siehe auch Konzept zur Qualitätsarbeit

9 Hitzemaßnahmenplan

Eine Hitzewelle kann als Periode von mind. 3 aufeinanderfolgenden Tagen definiert werden, an denen die mittlere gefühlte Tagesmaximaltemperatur über 35 Grad liegt, ohne dass es zu einer nächtlichen Abkühlung unter 20 Grad (gemessene Temperatur) kommt. Wenn erwartet wird, dass dieser Schwellenwert überschritten wird, erfolgen in Kooperation mit der Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik (ZAMG) Hitzewarnungen.

9.1 Hitzebedingte Erkrankungen und Notfälle

Folgende Erkrankungen werden direkt durch Hitze und die damit zusammenhängenden Überbeanspruchung der Thermoregulations-Mechanismen des Körpers ausgelöst:

Hitzekrämpfe

Wird bei anstrengender Aktivität viel geschwitzt, verliert der Körper Elektrolyte und Flüssigkeit. Der Elektrolytmangel kann zu schmerzhaften Muskelkrämpfen führen, vor allem an den Extremitäten und im Bauchbereich.

Hitzekollaps

Der Flüssigkeitsverlust beim Schwitzen sowie der Blutdruckabfall durch Erweiterung der Hautgefäße führen zu einer Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff. Daher kann es nach längerem Stehen oder schnellem Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen zu einer Ohnmacht (Hitzekollaps) kommen. Benommenheit, Schwindel und eventuell Hitzekrämpfe sind oft assoziiert.

Hitzeerschöpfung

Dauert – ohne ausgleichende Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr – der Verlust von Wasser und Mineralstoffen durch starkes Schwitzen länger an, kann es zur Hitzeerschöpfung kommen. Typisch ist starkes Schwitzen mit blass-feuchter Haut, schneller Puls und schnelle, flache Atmung. Dieser Erschöpfungszustand geht mit starkem Durstgefühl, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Angstgefühl und Schwächegefühl einher. Die Körperkerntemperatur kann normal, subnormal oder erhöht sein, ist aber jedenfalls unter 40 Grad. Durst oder Fieber können die Entwicklung einer Hitzeerschöpfung stark beschleunigen. Eine Hitzeerschöpfung kann ohne Gegenmaßnahmen in einen Hitzeschlag übergehen.

Bei älteren Menschen und Menschen mit bestehenden Vorerkrankungen soll daher bei Anzeichen von Hitzebeschwerden, wie etwa Schwächegefühl, Krämpfe, Schwinde oder Übelkeit unbedingt eine Ärztin/ein Arzt beigezogen werden.

Hitzeschlag (Achtung: Notfall)

Beim Hitzeschlag steigt die Körperkerntemperatur innerhalb weniger Minuten lebensbedrohlich über 40 Grad an. Die Absonderung von Schweiß versagt, der Körper ist nicht mehr in der Lage sich selbst abzukühlen bzw. die aufgenommene Wärme wieder an die Umgebung abzugeben, daher ist die Haut der betroffenen Person rot, heiß und trocken. Der Erkrankte schwitzt nicht mehr auf Grund von Dehydratation.

Die Ursache ist ein Wärmestau, der unabhängig von Anstrengung besonders bei geschwächten, wenig mobilen Personen auftritt. Im Gegensatz dazu kann bei anstrengungsbedingtem Hitzeschlag diffuses Schwitzen vorkommen. Die Ursachen der Überwärmung ist hier häufig Muskelarbeit im Zuge von größerer bzw. längerdauernder körperlicher Anstrengung z. B. bei Sportlern.

Sonnenstich

Durch starke direkte Einwirkung langwelliger Sonneneinstrahlung auf den unbedeckten Kopf kommt es zu einer zusätzlichen Erwärmung des bereits hyperthermen Hirngewebes mit meningealer Reizung. Es treten heftige Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schläfrigkeit, Bewusstseinsveränderung, ev. Bewusstseinsverlust auf.

9.2 Risikofaktoren für hitzebedingte Erkrankungen

Das Risiko für eine hitzebedingte Erkrankung ist besonders hoch:

- Im Frühsommer, wenn sich der Organismus noch nicht auf warme Temperaturen eingestellt hat,
- Im Sommer bei länger anhaltender Hitzewellen mit starker Hitzebelastung.

Weitere Risikofaktoren sind:

- Chronische Erkrankungen
- Einnahme bestimmter Medikamente
- soziale Isolation

Höheres Lebensalter weil:

- Geringere Fähigkeit zu schwitzen
- Geringeres Plasmavolumen
- Geringere Herzauswurfleistung
- Geringerer Blutfluss zu Haut und Extremitäten

- Geringere Fitness und erhöhter Körperfettanteil
- Geringeres/mangelndes Durstempfinden und erhöhte Anfälligkeit für Dehydratation.

Bestehende Grunderkrankungen wie:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Lungenerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Neurologische Erkrankungen
- Bluthochdruck
- Metabolische Erkrankungen und Übergewicht
- Mangel- /Unterernährung
- Missbrauch von psychoaktiv wirkenden Substanzen und Alkohol
- Psychiatrische Erkrankungen
- Fieberhafte Erkrankungen

9.3 Maßnahmenplan

Der Maßnahmenplan gliedert sich in 3 Aktionsstufen

Aktionsstufe 0: Planung, Vorbereitung, Evaluation und Weiterentwicklung des Maßnahmenplans – ganzjährig

Aktionsstufe 1: Periode unterhalb des Schwellenwertes – Beobachtungszeitraum Mai bis September

Aktionsstufe 2: Prognostizierte Hitzewelle mit Überschreitung des Schwellenwerts für mindestens 3 Tage - Beobachtungszeitraum Mai bis September

Schwellenwert: gefühlte Temperatur > 30 Grad für mind. 3 Tage ohne nächtliche Abkühlung

Die genaue Maßnahmenplanung der einzelnen Aktionsstufen wird in einer Organisationsrichtlinie erarbeitet und allen MitarbeiterInnen schriftlich zur Kenntnis gebracht.

Die Maßnahmen im Notfall sind im Notfallplan integriert worden.

Die Evaluierung erfolgt im Rahmen der Leitungsbesprechungen mind. alle 2 Jahre oder im Anlassfall.

Das Haus verfügt über eine Bauteilaktivierung. Im Rahmen dessen werden die Deckenbetonteile mit kaltem Wasser abgekühlt. Die Wohnzimmer der BewohnerInnen verfügen über eine Klimaanlage. Das Haus hat eine komplette Verschattung und eine Außenbegrünung.

9.4 Hitzekomplex

In der Pflegeplanung wurde ein Maßnahmenkomplex „Hitze“ angelegt. Dieser wird im Bedarfsfall aktiviert und es werden geeignete Maßnahmen zur Vorbeugung von hitzebedingten Erkrankungen und Notfällen vorgeschlagen.