

Pflegekonzept



GAILINGEN | ALLENSBACH | KONSTANZ | STUTTGART | GERLINGEN | HEIDELBERG

INHALT

| | |
|--|----|
| Die Struktur der Kliniken Schmieder | 4 |
| Unser Leitbild - Unsere Leitsätze | 6 |
| Das Phasenmodell | 9 |
| Pflege in der Neurorehabilitation | 11 |
| Organisatorische Strukturen in der Pflege | 16 |
| Pflegeprozess | 17 |
| Therapeutische Pflege | 18 |
| Qualitätsmanagement | 22 |
| Pflegevisiten | 22 |
| Dokumentationssystem | 23 |
| Einarbeitung neuer Mitarbeitender | 24 |
| Pflegestandards | 24 |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit und innerbetriebliche Kommunikation | 25 |
| CIRS | 25 |
| Beschwerdemanagement | 26 |
| Kooperation mit externen Dienstleistern | 26 |

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

in diesem Konzept finden Sie sowohl wertvolle Informationen zu den Kliniken Schmieder im Allgemeinen als auch zur Pflege im Speziellen. Neben praktischen Informationen zu verschiedenen pflegerischen und therapeutischen Konzepten, stellen wir auch das unserem Handeln zugrundeliegende Pflegemodell dar.

Das Konzept soll neuen Pflegekräften einen guten Überblick über die Pflege bei den Kliniken Schmieder geben, kann aber auch langjährigen Mitarbeitenden als Unterstützung und Nachschlagewerk dienen.

Jedes Konzept ist natürlich nur so gut, wie die Menschen, die dies auch in die Tat umsetzen. Unser Dank geht deshalb an dieser Stelle an unsere pflegerischen Kollegen und Kolleginnen der sechs Standorte, die sich aktiv, engagiert und unermüdlich für unsere Patient:innen einsetzen.

IHRE PFLEGEDIENSTLEITUNGEN

Stefan Seilnacht

Pflegedienstleitung Heidelberg

Sabine Fehrenbach

Pflegedienstleitung Konstanz

Petra Heim

Pflegedienstleitung Gailingen

Jenny Rottke

Pflegedienstleitung Gerlingen / Stuttgart / NRZ

Roman Dieudonné

Pflegedienstleitung Allensbach

DIE STRUKTUR DER KLINIKEN SCHMIEDER

SECHS STANDORTE, EINE KLINIK

Ein Bundesland, sechs Standorte, eine Klinik – dies ist das Fundament der Kliniken Schmieder. Ob die Patient:innen nach Gailingen oder Heidelberg kommen, nach Konstanz, Allensbach oder Stuttgart/Gerlingen – an jedem Standort der Kliniken Schmieder in Baden-Württemberg erhalten sie eine hochwertige medizinisch-pflegerische und therapeutische Versorgung, die einheitlichen Qualitätsstandards entspricht.

Die Führung des gesamten Unternehmens aus einer Hand sichert gemeinsame Standards und Leitlinien sowohl im Verwaltungsbereich als auch in der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Arbeit. So entstehen vielfältige Synergieeffekte in sämtlichen Tätigkeitsbereichen, sowohl ideell als auch materiell. Die verschiedenen Klinikstandorte sind zudem eng miteinander vernetzt. Sie befruchten sich gegenseitig durch Verbesserungen und Weiterentwicklungen – es gilt das Prinzip des Lernens von den Besten: Was sich an einem Klinikstandort im Rahmen einer Probephase herausragend bewährt, wird zum Standard erhoben und in all unseren Kliniken flächendeckend umgesetzt.

**„Wir sind gemeinsam stärker –
jede und jeder Einzelne ist wichtig. Wir leisten alle direkt
oder indirekt einen Beitrag zur Rehabilitation unserer
Patient:innen und unterstützen uns gegenseitig.“**

AUS DEM LEITBILD DER KLINIKEN SCHMIEDER

UNSER LEITBILD – UNSERE LEITSÄTZE

PRÄAMBEL

Der Rückblick auf eine erfolgreiche Geschichte seit Gründung durch Prof. Friedrich Georg Schmieder im Jahre 1950 ist geeignet, sich der gemeinsamen handlungsleitenden Werte und Visionen zu besinnen. Diese Leitsätze dienen uns als Rahmen für die Entwicklung einer harmonischen, von gegenseitigem Respekt geprägten, fruchtbaren Zusammenarbeit innerhalb der Kliniken Schmieder und mit unseren Partner:innen.

Aus unserer großen Erfahrung und aus unserem Behandlungsauftrag gewinnen wir die Kraft und die Verpflichtung, durch Innovation und ständige Weiterentwicklungen die Zufriedenheit unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen mit dem Ziel anzustreben, die Patient:innen wieder in die Gesellschaft zu integrieren und die Teilhabe am allgemeinen Leben zu fördern und zu verbessern.

Unsere Patient:innen leiden an Störungen des Nervensystems und an Funktionsstörungen des Gehirns. Sie sind damit im Kern ihres menschlichen Daseins erschüttert. Dies gemeinsam mit unseren Patient:innen zu verbessern ist unsere Herausforderung.

Jede und jeder von uns leistet einen unverzichtbaren, wertvollen Beitrag zum Erreichen dieses Zieles, sei dies im direkten Kontakt mit den Patient:innen oder durch indirekte Dienstleistungen. Jede und jeder Einzelne und alle Gruppen füllen die Leitsätze für sich und die jeweiligen Aufgaben im gemeinsamen Geist mit Leben. Unser Engagement und unsere anspruchsvolle Aufgabe werden nur erfolgreich sein, wenn diese auch von unseren Patient:innen, ihren Angehörigen und unseren Partner:innen als solche wahrgenommen wird.

UNSER KLINIKMOTTO: NIE AUFGEBEN!

WIR SIND FÜR MENSCHEN DA, DIE UNSERE HILFE BRAUCHEN

- Wir haben für unsere Patient:innen eine besondere Verantwortung, die sich an ethischen Grundwerten orientiert.
- Wir wollen, dass unsere Patient:innen wieder möglichst selbständig werden und aktiv am Leben teilhaben können.
- Wir unterstützen und begleiten unsere Patient:innen zusammen mit ihren Angehörigen auf dem oft beschwerlichen und langwierigen Weg der Rehabilitation und Teilhabe – auch wenn sich erhoffte Besserung nicht einstellt.
- Wir stehen allen unseren Patient:innen mit unserem fachlichen Wissen und unserer Kompetenz zur Seite.
- Wir begegnen unseren Patient:innen mit Respekt, menschlicher Zuwendung und Einfühlungsvermögen.
- Wir schaffen einen für die Genesung und Rehabilitation förderlichen Rahmen.

WIR HANDELN NACH UNSEREN GRUNDSÄTZEN

- Wir wollen in allen Bereichen professionell handeln.
- Wir gestalten die Beziehungen zu unseren Partner:innen langfristig.
- Wir arbeiten kontinuierlich an dem Erhalt und Ausbau der Markt- und Qualitätsführerschaft in der Neurologischen Rehabilitation.
- Wir setzen im Alltag unsere Erfahrung und hohe fachliche Standards vernetzt mit Forschung und Lehre ein.

WIR GEHEN VERANTWORTLICH MIT UNSEREN RESSOURCEN UM

- Wir planen, arbeiten und verhalten uns so, dass der wirtschaftliche Bestand des Unternehmens langfristig gesichert ist.
- Wir verbinden Qualität mit Wirtschaftlichkeit.
- Wir setzen auf Nachhaltigkeit statt auf kurzfristigen Erfolg.
- Wir setzen unsere Arbeitskraft und unsere Arbeitsmittel verantwortungsbewusst ein.
- Wir übernehmen Verantwortung sowohl für unseren unmittelbaren Arbeitsbereich als auch für das ganze Unternehmen.

WIR SIND GEMEINSAM STÄRKER – JEDER EINZELNE IST WICHTIG

- Wir leisten alle direkt oder indirekt einen Beitrag zur Rehabilitation unserer Patient:innen und unterstützen uns gegenseitig.
- Wir gestalten ein Klima, in dem die gegenseitige Wertschätzung und Bedeutung jeder und jedes Einzelnen gespürt wird.
- Wir tauschen unser über die Jahre erworbenes Wissen über Standorte und Fachgebiete hinweg aus.
- Wir erweitern kontinuierlich unser Wissen, fördern die klinikeigene Forschung und pflegen die Kooperation mit Universitäten, Forschungseinrichtungen und Partner:innen.
- Wir leisten mit der Neurologischen Rehabilitation für die Patient:innen und ihre Angehörigen einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zur Teilhabe in Beruf, Familie und Freizeit.

DAS PHASENMODELL

PHASEN NEUROLOGISCHER REHABILITATION

Seit den 1950er Jahren haben die Kliniken Schmieder die einzelnen Stufen der Neurologischen Rehabilitation aus der Praxis heraus entwickelt. Heute sind die Stufen und die ihnen entsprechenden Behandlungskonzepte der stationären und ambulanten Neurologischen Rehabilitation im Phasenmodell formuliert. Es ordnet alle Aspekte der Neurologischen Rehabilitation je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung den Behandlungsphasen A bis F zu.

PHASE A

AKUTBEHANDLUNG

Die Akutbehandlung erfolgt nach einem Unfall oder einer Erkrankung gegebenenfalls unter intensivmedizinischen Bedingungen. Entscheidend ist, dass den Patient:innen schnell geholfen wird. Die ersten Stunden nach einem akutneurologischen Ereignis und die Versorgung der Patient:innen in diesem Zeitraum sind von großer Bedeutung. Oft sind Vitalfunktionen erheblich eingeschränkt. Eine schnelle wie auch fachlich qualifizierte Behandlung z.B. in einer Stroke Unit (Schlaganfallstation) ist unbedingt erforderlich.

PHASE B

FRÜHREHABILITATION

In der Frührehabilitation wird die Behandlung und rehabilitative Förderung schwerstgeschädigter Patient:innen durchgeführt. Auf Grund der Schwere sind noch intensivmedizinische Überwachungs- und Behandlungsmaßnahmen erforderlich. Viele verschiedene Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst, Therapeut:innen, Pflegefachkräfte, Sozialdienste u.a.) arbeiten mit den Patient:innen und Angehörigen zusammen, um wieder Vitalfunktionen, Sensorik und Koordination sowie mentale, kognitive und psychische Funktionen wiederherzustellen. Beatmungsbetten sowie eine intensivmedizinische Ausstattung sind dafür unerlässlich.

Phase C

FRÜHMOBILISIERUNG

Im Mittelpunkt der Behandlung in der Phase C (postprimäre Rehabilitation) steht die Förderung der Alltagskompetenzen. Die Patient:innen sind kooperationsfähig und medizinisch stabil, doch zum Teil bedürfen sie noch erheblicher pflegerischer Betreuung. In interdisziplinären Teams arbeiten Ärzt:innen, verschiedene Therapeut:innen, Pflegefachkräfte und Sozialdienst zusammen, um eine maßgeschneiderte Therapie für das individuelle Krankheitsbild aller Patient:innen zu entwickeln.

Phase D/E

ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG (AHB)

In der Phase D/E wird die berufliche Wiedereingliederung vorbereitet. Die Patient:innen sind alltagspraktisch weitestgehend selbstständig. In der Phase D/E stehen beispielsweise die Prüfung der Arbeits- und Berufskompetenz im Vordergrund, aber auch das Training mentaler und psychischer Funktionen, die soziale Kompetenz sowie die Freizeitkompetenz. Neben einer Berufsförderung oder Umschulung kann die volle Reintegration ins berufliche Umfeld erfolgen.

Phase A/C und D

PSYCHOTHERAPEUTISCHE NEUROLOGIE

In der psychotherapeutischen Neurologie werden Patient:innen mit psychischen Störungen mit neurologischem Klärungs- und Behandlungsbedarf (neuropsychiatrische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, somatoforme, dissoziative und funktionelle neurologische Störungen) behandelt. Unsere Spezialabteilung besteht aus einem interdisziplinären Team aus Pflegekräften, Ärztlichem Dienst, Psycholog:innen und Therapeut:innen, das Art und Ursache der Erkrankungen analysiert und einen maßgeschneiderten Therapieplan zusammenstellt, der die individuellen Lebensgeschichte, Gedankenwelt und Gefühle der Patient:innen sowie den sozialen Kontext berücksichtigt.

PFLEGE IN DER NEUROREHABILITATION

Der Pflege in der Rehabilitation liegt ein ganzheitlicher Leistungsanspruch zugrunde. Sie unterscheidet sich meist von der akutmedizinischen Pflege und nimmt aufgrund ihrer Nähe zu den Patient:innen eine besondere Stellung ein. Sie fungiert als starkes Bindeglied zu anderen Berufsgruppen – immer mit dem Ziel möglichst viel Handlungsautonomie zu erreichen.

Pflege in der **Rehabilitation** bedeutet:

- Aktivieren und Unterstützen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Fordern und Fördern von Ressourcen
- Unterstützung der Eigenverantwortung
- Hinführen zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit
- Hilfe zur Selbsthilfe

Die Pflege in der Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil im Heilungsverlauf der Patient:innen. Sie überprüft und fördert die vorhandenen Fähigkeiten und unterstützt dabei, die individuellen Ziele nicht aus den Augen zu verlieren.

PFLEGEKODEX DER KLINIKEN SCHMIEDER

Pflegende haben **vier grundlegende Aufgaben**: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegenden üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordinieren ihre Dienstleistungen mit denen anderer, beteiligter Gruppen.¹

¹ Vgl. ICN (Hrsg.) (2010): ICN Ethikkodex für Pflegende, überarbeitete Fassung

PFLEGEMODELL

Das pflegerische Handeln der Kliniken Schmieder orientiert sich neben dem Klinikleitbild sowie dem allgemeinen Pflegekodex der ICN am Pflegemodell von Dorothea Orem.^{2 3} Die Pflege in der Neurologischen Rehabilitation lebt von und mit den persönlichen Ressourcen aller Patient:innen. Nur durch den zielgerichteten Einsatz vorhandener Ressourcen kann ein größtmöglicher Erfolg erreicht werden.

► ENTSTEHUNG UND URSPRUNG DES MODELLS

Um ein besseres Verständnis für Pflege zu erlangen, konzentrierte sich Dorothea Orem bei der Entwicklung ihrer Theorie auf drei Kernfragen:

- Was tun Pflegepersonen und was sollten Sie als Pflegepraktizierende tun?
- Warum tun Pflegepersonen das, was sie tun?
- Zu welchen Ergebnissen führen pflegerische Maßnahmen?

Der Entscheidende Impuls für Orem's Überlegungen war die Einsicht, dass die Grundlage der professionellen Pflege das Auftreten von Mängeln in der Selbstfürsorge eines Menschen ist. Orem war es wichtig, dass die Krankenpflege als eigenständige Disziplin gesehen wird und sich in Ihrer Definition von anderen Disziplinen abgrenzt. Ebenfalls war Orem eine eigene Fachsprache sehr wichtig.

► BEGRIFFE UND DEFINITIONEN NACH DOROTHEA OREM

MENSCHENBILD:

Jeder Mensch ist individuell und eine Einheit aus Körper, Seele und Geist. Jeder Mensch versucht seiner Selbstpflege gerecht zu werden, ist jedoch durch körperliche und intellektuelle Defizite nicht jederzeit dazu in der Lage. Somit treten Selbstpflegedefizite auf, die dann eine professionelle Abhängigkeitspflege erfordern. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, der Heilprozess kranker Menschen wird durch Beziehungspflege gefördert.

² Vgl. Fawcett, J. (1996): *Pflegemodelle im Überblick*. Bern: Hans Huber Verlag

³ Vgl. Orem, D. E. et al. (1997): *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Dt. Ausg. / hrsg. von Bekel, G. Berlin: Ullstein Mosby

GESUNDHEIT:

Strukturelle und funktionelle Intaktheit und Ganzheit eines Individuums, Abwesenheit von Krankheitssymptomen.

SELBSTPFLEGE:

Verhalten eines Menschen in konkreten Lebenssituationen seine natürlichen Bedürfnisse nach Leben, Gesundheit und Wohlbefinden zu erfüllen.

SELBSTPFLEGEKOMPETENZ:

Fähigkeiten eines Menschen seine Bedürfnisse zu erfüllen. Hierzu gehört das Einschätzen, Entscheiden, Durchführen und Überprüfen.

ABHÄNGIGENPFLEGE:

Übernahme von Selbstpflegeaktivitäten für eine nahestehende Person, die auf Grund von Einschränkungen selbst nicht (mehr/ noch nicht) kann.

SELBSTPFLEGEDEFIZIT:

Erfordernisse der Selbstpflege können nicht mehr selbst befriedigt werden. Es kommt zu einem Ungleichgewicht zwischen Anforderung an die Selbstpflegefähigkeit und der Fähigkeit diese zu befriedigen. Es muss fremde Hilfe in Anspruch genommen werden.

PFLEGE-HANDLUNGSKOMPETENZ:

Komplexe Eigenschaften von als Pflegekräfte ausgebildeten Personen, die in der Lage sind, den situativen therapeutischen Selbstpflegebedarf anderer zu erkennen, zu erfüllen und deren Fähigkeiten zur Selbstpflege und Abhängigenpflege weiterzuentwickeln, bzw. zu regulieren.

▣ ELEMENTE DES MODELLS NACH DOROTHEA OREM

THEORIE DER SELBSTPFLEGE

Ausführungen aller Handlungen, die das Individuum plant und selbstständig ausführt, um sein Leben, seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten.

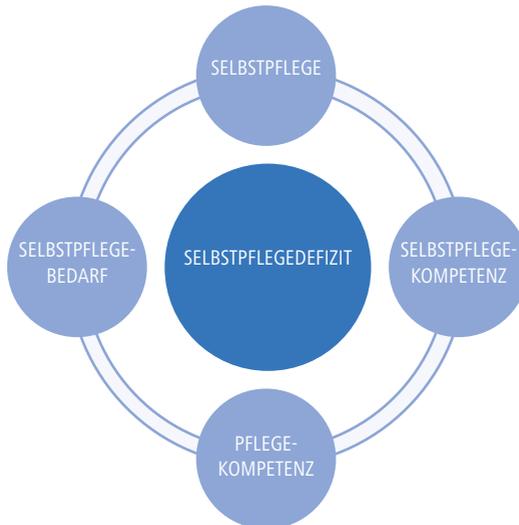
Der Selbstpflegebedarf besteht aus den:

- universellen Selbstpflegebedürfnissen, um die menschlichen Funktionen aufrecht zu erhalten, wie z. B. Atmung oder Nahrungsaufnahme
- entwicklungsgemäßen Selbstpflegebedürfnissen, die sich aus besonderen Zuständen ergeben, z. B. Schwangerschaft
- krankheitsbedingten Selbstpflegebedürfnissen, die für die Menschen bestehen, die krank, verletzt, physisch oder psychisch eingeschränkt sind.

THEORIE DES SELBSTPFLEGEDEFIZITS

Ein Selbstpflegedefizit besteht dann, wenn das Individuum den Selbstpflegebedarf nicht erfüllen kann. Dies erklärt, wo die Aufgaben der professionellen Pflege liegen, und wann Menschen Hilfe benötigen. Das Selbstpflegedefizit wird in drei unterschiedliche Gruppen aufgeteilt.

- Optimale Situation: Selbstpflegefähigkeit > Selbstpflegebedarf
- Teilweises Selbstpflegedefizit: Selbstpflegefähigkeit < Selbstpflegebedarf
- Komplettes Selbstpflegedefizit: Selbstpflegefähigkeit << Selbstpflegebedarf



Darstellung des Modells der Selbstpflege nach Dorothea E. Orem

THEORIE DER KRANKENPFLEGESYSTEME

Im Krankenpflegesystem gibt es zwei Rollen: Die Hilfebedürftigen und die Hilfeleistenden. Der oder die Hilfeleistende muss die Fähigkeiten haben Krankenpflege auszuüben. Das Pflegesystem wird unterteilt in:

- Vollständig kompensatorisches System: die Pflege muss komplett übernommen werden z. B. komatöse Patient:innen
- Teilweise kompensatorisches System: Die Patient:innen können teilweise Handlungen übernehmen, wie z.B. bei Einschränkungen durch einen Beingips.
- Unterstützende und Entwicklungsfördernde Systeme: Die Patient:innen lernen nötige Maßnahmen selbstständig durchzuführen, z.B. in der Rehabilitation.

UMSETZUNG IN DIE PFLEGEPRAXIS

Laut Dorothea Orem verläuft der Pflegeprozess in drei Schritten:

1. Diagnose und Verordnung: Erfassen des situativen Pflegebedarf der Eigenkompetenz und der Defizite
2. Entwurf und Planung: Ziele und Maßnahmen werden definiert, sowie die Zeitpunkte der Ausführung der Pflegeeinsätze und der Evaluationstermin
- 3.Regulation und Kontrolle: Umsetzung von geplanten Handlungen
Kontrolle der Durchführung, Kontrolle der Erreichbarkeit des Ziels

Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf regelmäßigen, zeitlich festgelegten Kontrollen, in Form von Gesprächen mit Patient:innen, Angehörigen und weiteren, an der Pflege Beteiligten. Die Zielsetzung orientiert sich an der Individualität der Patient:innen.

ORGANISATORISCHE STRUKTUREN IN DER PFLEGE

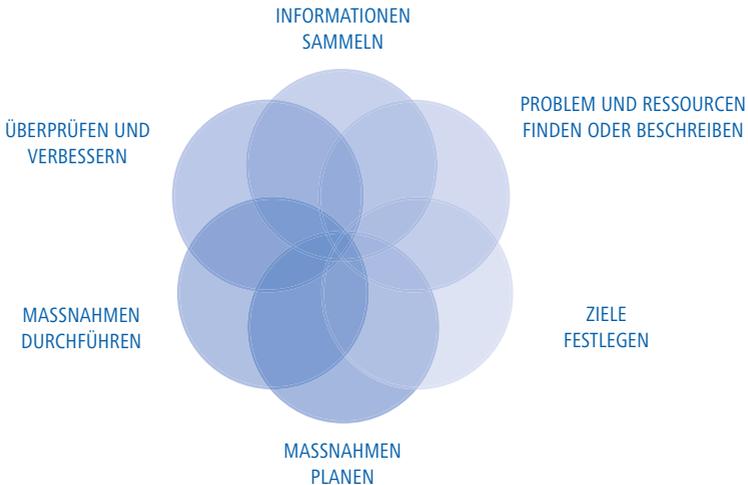
Jeder Standort der Kliniken Schmieder wird durch ein Führungsteam, bestehend aus Ärztlicher Leitung (ÄL), Verwaltungsleitung (VL), Pflegedienstleitung (PDL) sowie Therapieleitung (TL), geleitet, das der jeweiligen Geschäftsleitung (GL) unterstellt ist.

Der Standort-PDL sind die jeweiligen Stationsleitungen (SL) und deren Vertretungen direkt unterstellt. Der Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erfolgt geplant und regelmäßig sowohl auf der Führungsebene (wöchentliche Standortführungsteambesprechungen mit der Geschäftsleitung) als auch auf Stationsebene (wöchentliche Stationskonferenzen, Organisationsbesprechungen). Der Austausch innerhalb der Pflege am Standort erfolgt mittels wöchentlicher Stationsleitungsbesprechungen (PDL und SL) sowie den regelmäßigen Stationsbesprechungen (SL und Pflorgeteam der jeweiligen Stationen) und natürlich den Übergaben.

Der standortübergreifende pflegerische Austausch erfolgt durch wöchentliche Videokonferenzen sowie durch vierteljährliche PDL-Konferenzen und wird unterstützt durch die Funktion der Fachkompetenzleitung Pflege, die in enger Abstimmung mit den PDL gewährleistet, dass pflegerische Standards, Strukturen und Vorgaben standortübergreifend gelten und pflegerische Projekte zentral gesteuert und koordiniert werden.

PFLEGEPROZESS

Der Pflegeprozess setzt sich aus sechs einzelnen Schritten zusammen:



Darstellung des Pflegeprozesses in Anlehnung an Fiechter/Meier⁴

Die Kliniken Schmieder orientieren sich bei der Ausrichtung der Pflege an diesem Prozess und haben Arbeitsabläufe und Strukturen nach diesem ausgerichtet. Wichtigste Grundlage des pflegerischen Handelns ist die Pflegeplanung.

Diese ist ein Instrument zur konkreten Umsetzung des Pflegeprozesses und ermöglicht ein zielorientiertes, systematisches, strukturiertes, logisches Handeln und grenzt sich daher von der Laienpflege ab.

Bei den Kliniken Schmieder wird der Pflegeprozess in der elektronischen Patient:innenakte abgebildet. Informationen werden gesammelt und anschließend Probleme und Ressourcen definiert. Auf Grundlage der definierten Probleme und Ressourcen wird die individuelle Pflegeplanung mit den dazugehörigen Maßnahmen erstellt. Die Maßnahmen werden an den Patient:innen durchgeführt und in den wöchentlichen Stationskonferenzen evaluiert und verbessert.

⁴ Vgl. O.V. (2010): Darstellung Pflegeprozesses in Anlehnung an: Fiechter/Meier

THERAPEUTISCHE PFLEGE

Die therapeutische Pflege ist einer der wichtigsten Aspekte in der Neurologischen Rehabilitation. Oberstes Ziel ist es, den Patient:innen so viel Selbstständigkeit wie möglich zurück zugeben. Oft sind es die kleinen Dinge, welche das Leben unserer Patient:innen lebenswert machen. Für die Pflegekräfte sind dies häufig kleine Tätigkeiten – für den neurologisch Erkrankten stellen sie häufig einen großen Schritt in Richtung Genesung dar.

So arbeiten wir bei den Kliniken Schmieder nach folgenden Konzepten:

► AFFOLTER-MODELL®

Das Affolter-Modell ist ein neurophysiologisches Konzept, welches von Dr. phil. Felicie Affolter 1978 entwickelt wurde. Das Affolter-Modell wird angewendet bei Menschen (sowohl Kinder als auch Erwachsene), die aufgrund von Schädigungen des Zentralnervensystems unter Wahrnehmungsstörungen leiden. Kernaussage dieses Modells ist das „therapeutische Führen“ der Betroffenen. Ihr Körper wird bei alltäglichen Bewegungen durch die Therapeut:innen oder die Pflegefachkraft geführt. So werden Handlungs- und Bewegungsabläufe wieder besser wahrgenommen und das Gefühl zum eigenen Körper wiederhergestellt. Somit wird den Betroffenen ein Bezug zu ihrer Umwelt ermöglicht. Das Affolter-Modell verfolgt verschiedene Ziele, welche bei den Betroffenen erreicht werden sollen:

- Organisation bzw. Reorganisation des ZNS
- Verbesserung der Wahrnehmung und der Störung im visuellen, akustischen, motorischen und kognitiven Bereich
- Förderung des selbstständigen Handelns
- Förderung der Situationsinterpretation der Betroffenen⁵

⁵ Vgl. <http://www.schlaganfall-hilfe.de>

▶ LIN® = LAGERUNG IN NEUTRALSTELLUNG

LIN ist eine therapeutisch, funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Basis. Die Grundidee des Konzeptes liegt darin, die Körperabschnitte möglichst in einer neutralen Stellung zu positionieren. Dies geschieht mit alltagsüblichen Lagerungsmitteln wie Kissen oder Steppdecken, welche durch „modellieren“ und „stopfen“ die Körperabschnitte stabilisieren sollen.

Der Unterschied zu herkömmlichen Lagerungen besteht darin, dass Körperabschnitte möglichst günstig zueinander positioniert werden, und so eine Überdehnung und Verkürzung von Muskeln vermieden wird. Gelenke sind möglichst in einer „neutralen“ Stellung zu positionieren. Zudem werden Körperabschnitte entgegen der Einwirkung der Schwerkraft stabilisiert. Weitere Vorteile von LIN sind: paretische und spastische Körperabschnitte werden stabilisiert, die Unterlage passt sich dem Körper an, nicht der Körper der Unterlage und Hohlräume werden vermieden.

Folgende Vorteile ergeben sich aus der Lagerung nach LIN:

- verbessert die Beweglichkeit (evidenzbasiert)
- ist bequem (evidenzbasiert)
- vermeidet Druckgeschwüre
- lässt Ruhe finden und fühlt sich sicher an
- erleichtert die Eigenaktivität
- reduziert lagerungsbedingte Schmerzen
- unterstützt bei der Behandlung von Kontrakturen⁶

▶ BASALE STIMULATION®

„Basale Stimulation ist ein Konzept menschlicher Begegnung, welches individuelle ggf. voraussetzungslose Möglichkeiten und Anregungen bietet, in dialogisch-kommunikativen Prozessen schwer beeinträchtigten oder von schwerer Beeinträchtigung bedrohten Menschen Entwicklungsbedingungen zu gestalten, die dazu geeignet sind, Gesundheit und Wohlbefinden, Bildung und Partizipation sowie die Selbstbestimmung der angesprochenen Personen zu fördern, zu erhalten oder zu unterstützen.“⁷

⁶ Vgl. <http://www.lin-arge.de/de/Definition>

⁷ Mohr, L. (2010): Was ist Basale Stimulation? In: *Rehabilitation*, 2010, 49(6), S. 396

Basale Stimulation als Konzept

Basale Stimulation kann man als gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten sehr schwer beeinträchtigter Menschen auffassen, d. h. als Verstehens- und Handlungsmodell. Basale Stimulation sollte immer individuell abgewägt werden, also jeweils die Bedürfnisse, Lebenserfahrungen und Ziele des beeinträchtigten Menschen berücksichtigen. Somit ist Basale Stimulation kein festgelegtes Trainings- oder Vorgehensprogramm, sie hält keine allseits verbindlichen Rezepte vor.

MENSCHLICHE BEGEGNUNG

Die Interaktion der Basalen Stimulation gelingt nur dann, wenn der beeinträchtigte Mensch ernst genommen wird. Basale Stimulation sollte als Einladung verstanden werden, sich auf Menschen und auf die Umwelt einzulassen. Die zwischenmenschliche Begegnung ist Kern des Konzeptes, welche eine bestimmte ethische Haltung der Pflegenden voraussetzt.

INDIVIDUALISIERUNG

Individualisierung ist eine Leitidee der Basalen Stimulation und geht davon aus, dass Menschen in ihrer Würde zwar gleich sind, aber in ihren Interessen, Vorlieben, Lebenserfahrungen oder Kommunikationsstilen dennoch unterschiedlich sind. Der Berücksichtigung dieser Unterschiede kommt in der Basalen Stimulation ein hoher und entscheidender Stellenwert zu.

VORAUSSETZUNGSLOSIGKEIT

Der beeinträchtigte Mensch, welcher das Angebot der Basalen Stimulation bekommt, muss keine Voraussetzungen erfüllen, um mit ihr zurecht zu kommen bzw. um sie nutzen zu können. Allein die physische Gegenwart bzw. das lebendige Anwesendesein genügt, um in den basalen Austauschprozess eintreten zu können.

DIALOG UND KOMMUNIKATION

Basale Stimulation rückt das Erleben, das Reagieren, die Bedürfnisse und die Ziele des jeweiligen schwer beeinträchtigten Menschen in den Mittelpunkt der professionellen Aufmerksamkeit. Basales Arbeiten lässt sich daher nur im Dialog mit dem Gegenüber entwickeln. Gelungene kommunikative Situationen und Prozesse erweisen sich daher als fundamentaler Ankerpunkt in und für basale Aktivitäten.

► KINÄSTHETICS®

Der Begriff Kinaesthetics kann mit „Kunst/Wissenschaft der Bewegungswahrnehmung“ übersetzt werden und beschäftigt sich mit folgenden Inhalten:

- Die Entwicklung der differenzierten und bewussten Wahrnehmung der eigenen Bewegung.
- Die Entwicklung der eigenen Bewegungskompetenz, d. h. eines gesunden und flexiblen Einsatzes der eigenen Bewegung.
- Die differenzierte Analyse menschlicher Aktivitäten mittels der erfahrungsbasierten Blickwinkel von Kinästhetics

Die Fähigkeit, die eigene Bewegung im Kontakt mit anderen Menschen so einzusetzen, dass diese in ihrer eigenen Bewegungskompetenz bzw. in ihrer Selbstwirksamkeit gezielt unterstützt werden.⁸

Bewegung ist eine Grundlage des Lebens. Bei der Begleitung und Pflege von Patient:innen zeigt sich die Wirkung von Kinaesthetics stets in einem doppelten Sinn: Pflegekräfte und Patient:innen profitieren gleichermaßen von einer größeren Bewegungskompetenz. Wenn Pflegeinterventionen als Interaktionen auf der Grundlage von Kinaesthetics gestaltet werden, führt dies nicht nur zu erstaunlichen Fortschritten bei den Patient:innen, sondern fördert auch die Gesundheit der Pflegekräfte. Dadurch ist es möglich, mit Kinaesthetics die praktische Kompetenz und Selbstverantwortung der Mitarbeitenden gezielt zu fördern, es aber auch als zentralen Faktor der Organisations- und Qualitätsentwicklung einzusetzen.

Kinaesthetics will mit Respekt vor der Selbständigkeit des Gegenübers Lern- und Entwicklungsprozesse fördern und so einen Beitrag zur Lebensqualität aller Beteiligten leisten.

Mehrere Kinaesthetics-Trainer, verteilt über die einzelnen Standorte der Kliniken Schmieder begleiten die Mitarbeitenden und Patient:innen im Alltag. Zudem werden regelmäßige Kinaesthetics-Workshops und jährliche Grundkurse von unseren Trainern angeboten. Auf diese Weise werden die Mitarbeitenden intensiv geschult und können das Konzept sicher in ihre tägliche Arbeit integrieren.

⁸ Vgl. <http://www.kinaesthetics.de/was-ist-kinaesthetics.cfm>

QUALITÄTSMANAGEMENT

Das Qualitätsmanagement ist bei den Kliniken Schmieder standortübergreifend organisiert. Jeder der Standorte hat Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB), welche sich in regelmäßigen Treffen oder Videokonferenzen abstimmen und zur Sicherung der Qualität in den Kliniken Schmieder beitragen.

Alle drei Jahre finden an den einzelnen Klinikstandorten KTQ-Rezertifizierungen statt. Regelmäßige interne Audits werden in den QMB-Sitzungen und mit den jeweiligen Standortführungen abgestimmt, geplant und regelmäßig an allen Standorten durchgeführt.

PFLEGEVISITEN

▶ STATIONSLEITUNGSVISITE

Um mit unseren Patient:innen und deren Angehörigen regelmäßig in gutem Kontakt zu sein, erfolgen an allen Standorten Stationsleitungsvisiten. Der Ablauf dieser Visiten ist so geregelt, dass die Stationsleitung oder deren Stellvertretung mindestens einmal pro Woche mit den Patient:innen und/oder deren Angehörigen in Kontakt tritt.

Bei diesen Stationsleitungsvisiten können Wünsche, Anregungen oder auch Probleme, welche die Patient:innen oder deren Angehörige beschäftigen, direkt angesprochen werden. Mit dieser Methode können Lösungen unmittelbar auf der behandelnden Station gefunden und umgesetzt werden. Eine gute Kommunikation zwischen Patient:innen, Angehörigen und Pflegepersonal kann den Heilungsverlauf – gerade in der Neurologie – deutlich positiv beeinflussen.

➤ WUNDVISITE

Für eine optimale Wundversorgung und Verlaufskontrolle der Wunden finden an allen Standorten einmal pro Woche Wundvisiten statt.

Die Visiten werden von speziell ausgebildeten Wundmanager:innen, oft auch in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, durchgeführt. Die Wunden werden begutachtet und beurteilt. Die Patient:innen erhalten durch dieses Verfahren eine speziell abgestimmte Wundbehandlung, wodurch eine optimale Wundheilung erreicht wird.

DOKUMENTATIONSSYSTEM

Die Dokumentation erfolgt bei den Kliniken Schmieder ausschließlich über EDV. Immer mehr Arbeitsprozesse und Schritte werden elektronisch abgewickelt.

So erfolgen z. B.:

- Dokumentation in der Patient:innenakte
- Laboranforderungen
- Ärztliche Anordnungen
- Wunddokumentation
- Reparaturaufträge
- Bestellwesen

elektronisch.

Die Pflegedokumentation ist ein wesentlicher Aspekt der täglichen Arbeit einer Pflegekraft. Eine sehr gute und lückenlose Dokumentation über den Verlauf der Krankheitsgeschichte der einzelnen Patient:innen steht für professionelle und qualitativ hochwertige Pflege.

EINARBEITUNG NEUER MITARBEITENDER

Für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender stellen wir ein ausgereiftes Konzept bereit, welches ständig weiterentwickelt wird. Die Einarbeitung erfolgt entlang eines Einarbeitungskataloges. Nach und nach werden die einzelnen Punkte dieses Kataloges, gemeinsam mit den für die Einarbeitung zuständigen Kolleg:innen, abgearbeitet.

Im Rahmen der Einarbeitung wird auch ein sogenannter Therapietag geplant. An diesem Tag erhalten die neuen Mitarbeitenden, in Zusammenarbeit mit den Therapeut:innen, einen Einblick in die Therapien und können sich so ein Bild von der interdisziplinären Zusammenarbeit bei den Kliniken Schmieder machen. Weitere Inhalte der Einarbeitung sind das Vor-, Zwischen- und Nachgespräch mit der zuständigen Stationsleitung oder deren Stellvertretung. Aufgrund dieses Instrumentes, wissen die Mitarbeitenden zu jeder Zeit, wo sie sich in der Einarbeitung befinden und welche Tätigkeitsfelder weiter erarbeitet oder ausgebaut werden müssen.

Um die Qualität der pflegerischen Versorgung weiter zu steigern, werden sogenannte Pflegetrainer:innen eingesetzt, die sowohl neue Mitarbeitende, im Rahmen der Einarbeitung geplant und strukturiert in Tätigkeiten und Abläufe einweisen (z. B. Trachealkanülenmanagement) als auch langjährige Mitarbeitende in ihrem Arbeitsalltag mit den Patient:innen begleiten und das Qualitätsniveau der Pflege sichern und weiterentwickeln. Regelmäßige Fortbildungen zu relevanten Pflege Themen werden von den Pflegetrainer:innen vorbereitet und referiert.

PFLEGESTANDARDS

Die Pflege arbeitet nach Pflegestandards, welche regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Auch können Mitarbeitende sich an den Formulierungen und Erstellung der Pflegestandards mit ihrem Fachwissen einbringen. Die Pflegestandards werden nach Erstellung standortübergreifend und ggf. interdisziplinär abgestimmt und anschließend im Intranet für alle Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt.

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT UND INNERBETRIEBLICHE KOMMUNIKATION

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit spielt im Klinikkonzept der Kliniken Schmieder eine bedeutende Rolle. Nur in enger Zusammenarbeit mit Ärztlichem Dienst, Therapeut:innen und anderen Berufsgruppen kann ein optimales Rehabilitationsergebnis erzielt werden. Wichtige Instrumente für die interdisziplinäre Zusammenarbeit sind die Visiten, die wöchentlichen Stationskonferenzen und die Kleinteam, welche bei Bedarf organisiert werden.

Zudem haben die Kliniken Schmieder verschiedene innerbetriebliche Kommunikationssysteme, die einen lückenlosen Austausch unter den Berufsgruppen sicherstellen, wie etwa das Markersystem im Krankenhausinformationssystem KGEdit®, das Intranet oder das E-Mail-System. Alle Mitarbeitenden der Kliniken Schmieder verfügen über einen eigenen E-Mail Account.

CIRS

Bei den Kliniken Schmieder ist das Critical-Incident-Report System (CIRS) implementiert. Bei diesem System geht es darum, durch frühzeitiges Erkennen und Melden von Risiken, die Patient:innen und Mitarbeitenden vor Gefährdungen zu schützen.

Über das Intranet ist es allen Mitarbeitenden möglich, eine anonyme CIRS-Meldung zu verfassen. Diese Meldungen werden zentral erfasst und an die zuständigen Führungskräfte zur Bearbeitung weitergeleitet.

BESCHWERDEMANAGEMENT

Das Beschwerdemanagement hat bei den Kliniken Schmieder einen großen Stellenwert. Die Zufriedenheit unserer Patient:innen und deren Angehöriger ist uns ein großes Anliegen. In der Dienstanweisung „Beschwerdemanagement“ ist geregelt wie mit entsprechenden Beschwerden umzugehen ist.

Um frühzeitig Beschwerden zu vermeiden, werden wöchentlich Stationsleitungsvisiten durchgeführt. Die jeweiligen Stationsleitungen versuchen mindestens einmal pro Woche mit den Patient:innen und/oder den Angehörigen ein kurzes Gespräch zu führen, in dem Probleme, Wünsche und Anregungen besprochen werden können.

GEMEINSAM STARK

KOOPERATIONSPARTNER

Kooperationen sind im Gesundheitswesen aus vielen Gründen heraus notwendig und sinnvoll. Sie bringen allen Beteiligten, vor allem auch den Patient:innen einen großen Mehrwert, verbessern sie doch die Versorgungsqualität und schaffen reibungslose Prozessabläufe.

Kooperationen bestehen in folgenden Bereichen:

- Zuweisende Ärzt:innen und Akutkrankenhäuser
- Sozialdienste
- Aus- und Weiterbildungsstätten
- Hilfsmittelversorger
- Dienstleister (Friseur, Fußpflege etc.)



www.kliniken-schmieder.de

facebook: @klinikenschmieder

Instagram: kliniken_schmieder