

Hinweis:

Während das Pflegeleitbild die Visionen des ambulanten Dienstes und der Tagespflege beschreibt, definiert das Pflegekonzept die pflegerische Arbeit im Konkreten. Dabei gilt es die derzeitige Praxis zu beschreiben. Das Pflegekonzept sollte unbedingt in Einklang mit den Aussagen der Qualitätspolitik und des Unternehmens- bzw. Pflegeleitbildes stehen. Im Weiteren kommt es darauf an, dass das Pflegekonzept in sich schlüssig ist. Die Nachweisführung zur Umsetzung des Pflegekonzeptes ergibt sich aus dem einheitlichen Pflegedokumentationssystem, der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation. Die Qualitätsprüfungsrichtlinie des MDS für ambulante Dienste definiert, zu welchen Bereichen Aussagen getroffen werden sollen. In der nachstehenden Vorlage sind alle geforderten Gliederungspunkte enthalten.

Inhaltsverzeichnis

	Stand	Revision	Seite
1. Pflegemodell	1102	001	2
2. Pflegesystem	1102	001	4
3. Pflegeprozess	1102	001	5
4. Innerbetriebliche Kommunikation	1102	001	6
5. Qualitätssicherungssystem	1102	001	7
6. Leistungsbeschreibung	1102	001	8
7. Kooperation mit anderen Diensten	1102	001	8
8. Personelle Ausstattung	1102	001	11

HINWEIS:

Ergänzende Informationen zu diesem Pflegekonzept sind unserem Qualitätsmanagement-Handbuch sowie den mitgeltenden Unterlagen zu entnehmen.

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 1 von 12

1. Pflegemodell

Grundsätzlich können u. a. die nachfolgend genannten Theorien eingesetzt werden. Derzeit ist in Deutschland das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege von Frau Prof. Monika Krohwinkel in den meisten Alten- und Pflegeeinrichtungen, in vielen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und auch verstärkt in Krankenhäusern als konzeptionelle Grundlage der Pflege und Betreuung verbreitet.

Auszug aus der Qualitätsprüfungsrichtlinie des MDS für ambulante Pflegedienste:

„Es gibt verschiedene Klassifizierungssysteme, nach denen Pflegetheorien kategorisiert werden können. Unabhängig von der Chronologie ihrer Entstehung werden die amerikanischen Pflegetheorien und ihre Begründerinnen nach einem dieser Klassifizierungssysteme den folgenden vier Denkschulen zugeordnet:

- *Bedürfnistheorien: z.B. Virginia Henderson, Dorothea E. Orem*
- *Interaktionstheorien: z.B. Imogene King, Ida Jean Orlando*
- *humanistische Theorien: z.B. Jean Watson*
- *ergebnisorientierte Theorien: z.B. Martha Rogers, Dorothy E. Johnson.*

Im nachfolgenden Konzept wird das Pflegemodell von Monika Krohwinkel hinterlegt!

Im Modell nach Krohwinkel werden pflegerische Bedürfnisse in Zusammenhang mit Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens beschrieben (AEDL). Dabei wurden Bereiche benannt, die untereinander in Wechselbeziehung stehen, jedoch keiner Hierarchie unterliegen. Um den Menschen ganzheitlich zu sehen, muss neben der jeweils einzelnen Betrachtung jeder AEDL auch ihre Auswirkungen auf die anderen AEDL-Bereiche berücksichtigt werden.

Auszug Diplomarbeit Stephan von Kroge: Monika Krohwinkel (1998)

„Der Bereich der existenziellen Erfahrungen des AEDL-Strukturmodells von Monika Krohwinkel betont den signifikanten Unterschied zwischen funktionsorientierter und ganzheitlich aktivierender Pflege. Während in funktional orientierten Pflegearbeitsfeldern der Fokus auf den defizitären, körperlich- symptomatischen Anteil eines Menschen gerichtet ist und dementsprechend diese „fallbezogene“ Arbeit im gedanklichen Ansatz nahezu vollständig von Pflegenden erfasst, geplant, übernommen und verrichtet wird, beziehen die existenziellen Erfahrungen darüber hinaus die psychisch-emotionalen Komponenten, Bezugspersonen (Pflegende inbegriffen) und das Umfeld eines pflegebedürftigen Menschen in ihrer Vernetzung zu allen Aktivitäten des Lebens mit ein.

Die Lebensprozesse und die Pflegeprozesse pflegebedürftiger Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen vermitteln Einsichten darüber, wie Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität (u. U. das Leben selbst) abhängig sein können von der Förderung von Fähigkeiten, Lebensaktivitäten zu realisieren, Beziehungen zu sichern und zu gestalten und hierbei mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umzugehen und sich daran zu entwickeln.

Bislang wurde der Bereich der existenziellen Erfahrungen gewissermaßen als 13. AEDL betrachtet. Durch diese gesonderte Betrachtungsweise treten in der Praxis oftmals Verständnisschwierigkeiten auf, weil nicht deutlich wird, in welchem Bezug existenzielle Erfahrungen zu den 12 anderen AEDLs stehen, bzw. wie ihnen im Pflegeprozess angemessen entsprochen werden kann“.

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 2 von 12

Ergänzend dazu an dieser Stelle eine Abbildung, die die Einbeziehung der existenziellen Erfahrungen in alle AEDLs verdeutlicht:

Aktivitäten des Lebens realisieren können	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
Kommunizieren können	Existenzfördernde Erfahrungen machen können (Wiedergewinnung von Unabhängigkeit, Zuversicht, Freude, Vertrauen, Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden, Sinn finden)
Sich bewegen können	
Vitale Funktionen aufrecht erhalten können	
Essen und Trinken können	
Ausscheiden können	Mit belastenden und gefährdenden Erfahrungen umgehen können (Verlust von Unabhängigkeit, Sorge, Angst, Misstrauen, Trennung, Isolation, Ungewissheit, Hoffnungslosigkeit, Schmerzen, Sterben, Langeweile)
Sich pflegen können	
Sich kleiden können	
Ruhem, Schlafen, sich entspannen können	
Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können	Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden können, unterscheiden und sich daran entwickeln können (Kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauung, Glauben und Religionsausübung, Lebensgeschichtliche Erfahrungen)
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können	
Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	
Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten	

Dadurch wird deutlich, dass es sich im Vergleich zum Strukturmodell mit 13 AEDLs nicht um einen gesonderten Erfassungsbereich handelt. Bei Erstellung der Pflegeprozessplanungen berücksichtigen wir daher die existentiellen Erfahrungen in allen Bereichen und bilden diese differenziert ab.

Abhängig von der Einführung des neuen Pflegedokumentationssystems, werden wir die Beschreibung um die Aktivitäten, Beziehungen und Existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL®) ergänzen.

2. Pflegesystem

- Funktionspflege

Wir vergeben Aufgaben nach Qualifikation, das bedeutet unter Umständen, dass mehrere Mitarbeiter in einer Schicht die Klienten in der Häuslichkeit besuchen, oder in der Tagespflege betreuen.

Beispiele sind:

- Wundversorgung
- Portversorgung
- Katheter legen
- hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- usw.

- Bereichspflege

Wir haben die Touren nach Regionen aufgeteilt:

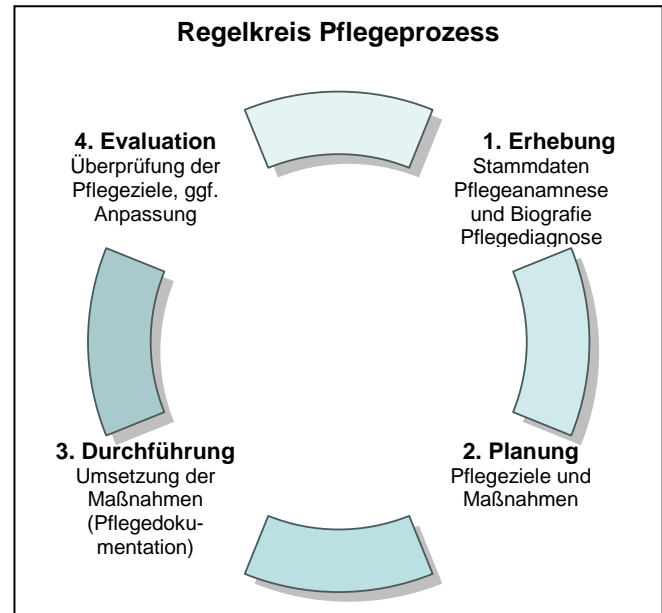
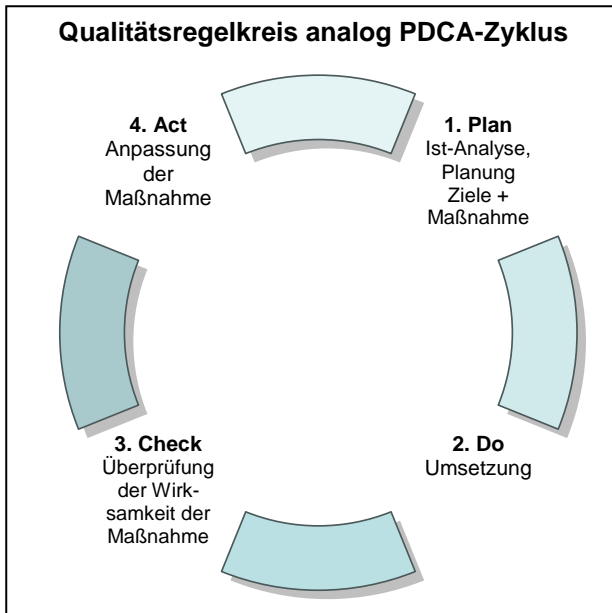
- Lerchenfeld
- Stadt Freising
- Hallbergmoos

- Bezugspflege

Wir organisieren die Pflege nach dem System der Bezugspflege. Das bedeutet zum einen, dass unsere Pflegefachkräfte eindeutig als Bezugspflegerinnen und Bezugspfleger den Klienten zugeordnet sind. Die Zuordnung ist der Pflegedokumentation zu entnehmen. Im Weiteren berücksichtigen wir diese Zuordnung bei der Dienst- und Einsatzplanung. Wir sind daher bemüht, die personelle Kontinuität durch die entsprechende Tourenbesetzung und Dienstplanung in der Tagespflege sicherzustellen. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Mitarbeiter-Arbeitsverträge (wöchentliche Arbeitszeit der Mitarbeiter), der Ausfallszeiten der Mitarbeiter wie Krankheit, Urlaub, Freizeit-ausgleich und Abwesenheit durch Fort- und Weiterbildung, etc.

3. Pflegeprozess

Generell ist der Pflegeprozess eine Arbeitsmethode mit aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten, die in Wechselbeziehungen stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Vergleichbar ist dieser Ansatz beispielsweise mit dem Managementregelkreis oder Qualitätsregelkreis.



Dieses Pflegeprozessmodell ermöglicht den individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess und diente der WHO 1974 als Vorlage zur Festschreibung des Pflegeprozesses als Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Zwischenzeitlich ist in Deutschland das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Maier weit verbreitet. Dabei wird der Pflegeprozess in sechs Schritten wie folgt beschrieben:

- Informationssammlung
- Erkennen von Problemen und Ressourcen
- Festlegung der Ziele
- Planung der Maßnahmen
- Durchführung der Maßnahmen
- Beurteilung der durchgeführten Pflege

Die Schritte des Pflegeprozesses bilden unsere Grundlage für eine individuelle und ganzheitliche, aktivierende Pflege. Diese wird in der Pflegeplanung zielgerichtet und strukturiert sowie weiterführend in der Pflegedokumentation dargelegt. Dabei orientieren wir uns an den Problemen, Fähigkeiten, Ressourcen und alltäglichen Bedürfnissen unserer Klienten. Unterstützend wenden wir dort wo erforderlich entsprechende Assessments an. Der Pflegebedarf wird individuell unter Einbeziehung der pflegenden Angehörigen bzw. Betreuer und der behandelnden Ärzte regelmäßig ermittelt und festgelegt. Für die vereinbarten Leistungen formulieren wir individuelle, erreichbare und überprüfbare Ziele. Die vereinbarten, festgelegten Maßnahmen sind dabei auf die Ziele ausgerichtet und individuell sowie handlungsleitend beschrieben (wer, was, wann, wie oft, wo, wie). Die Ziele und Maßnahmen werden in individuell festgelegten Abständen auf Angemessenheit und Zielführung überprüft (Evaluation). Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Pflegeplanung und ggf. werden zusätzliche oder neue Maßnahmen angeregt. Die Zyklen der Evaluation sind generell abhängig vom Zustand bzw. den Bedürfnissen der Klienten. Sie wird jedoch immer dann erforderlich, wenn sich Veränderungen der Pflegesituation oder des Gesundheitszustandes ergeben sowie bei neu formulierten Wünschen und Bedürfnissen.

Die Akutphase einer Erkrankung, Veränderung o.ä. wird in einer Akutpflegeplanung erfasst. Nach Abschluss der Behandlung, Abheilung, oder Stagnation werden alle relevanten Informationen in die „große Pflegeplanung“ übernommen. Danach kann das Akutpflegeplanungsblatt in der Klienten-Akte abgelegt werden.

Die Daten und Informationen der weiterführenden Pflegedokumentation dienen als Eingabe für die Evaluation des Pflegeprozesses. Dabei orientiert sich unser eingesetztes, einheitliches Pflegedokumentationssystem strikt

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 5 von 12

am Pflegeprozess und ermöglicht eine übersichtliche Verlaufsdarstellung der Pflege. Mehrfachdokumentationen werden vermieden.

Das Dokumentationssystem umfasst unter anderem nachfolgende Formulare:

- Stammblatt
- Anamnese, Informationssammlung, Risikoeinschätzung RIP
- Pflegeplanung
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht

In der Tagespflege besonders wichtig:

- Biografiebogen

Ergänzende Formulare werden nur im Bedarfsfall eingesetzt wie z. B. Assessments oder Protokolle (Querverweis: Bestandteile Pflegedokumentation)

Wir arbeiten die Pflegeplanung so aus, dass die individuelle Pflegesituation auch für Außenstehende nachvollziehbar ist (z. B. Einstufungsverfahren MDK). Generell tragen unsere Pflegefachkräfte die Verantwortung für die Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse und der fachgerechten Führung der Pflegedokumentation nach Maßgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung).

Weiterführende Informationen zur Pflegeprozessmethode können der MDS-Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ entnommen werden.

4. Innerbetriebliche Kommunikation

- Pflegedokumentation/Planung:
Die innerbetriebliche Kommunikation erfolgt in erster Linie durch die Pflegeplanung und Pflegedokumentation sowie über weitere Planungsinstrumente wie bspw. die Dienstplanung und den Touren-/ Einsatzplan.
- Übergabegespräche:
Des Weiteren erfolgen *tägliche* Übergabegespräche persönlich oder per Telefon an die verantwortliche Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung. Diese sammelt die Informationen und leitet diese an die entsprechenden Stellen weiter.
- Besprechungen:
Terminierte regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen finden für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Ausnahmen: Urlaub, Krankheit oder Freizeitausgleich mit Rücksprache PDL) regelmäßig im Besprechungsraum der Einrichtung statt. Alle Besprechungen werden protokolliert, die Protokolle stehen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Einsichtnahme zur Verfügung.
- Mitarbeiterfächer:
Des Weiteren wird der Kommunikationsfluss über die eingesetzten Mitarbeiterfächer unterstützt. Das heißt konkret, dass bspw. aktuelle Informationen im jeweiligen Mitarbeiterfach hinterlegt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, diese Fächer vor Arbeitsantritt zu kontrollieren

Weitere Informationen zur Informations- und Kommunikationsstruktur sind in unserem QM-Handbuch hinterlegt.

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 6 von 12

5. Qualitätssicherungssystem

Über den VDAB e. V. haben wir uns ein Qualitätsmanagement-Handbuch eingekauft. Dies ist als konkrete Arbeitshilfe für Führungskräfte konzipiert. Auf Grundlage dieses Handbuchs haben wir ein individuelles QM-Handbuch erstellt. Dieses aktualisieren und erweitern wir kontinuierlich.

Analog der Struktur des VDAB QM-Handbuchs entspricht unser QM-Darlegungsmodell folgendem Qualitätslevel:

Qualitätslevel	Inhalte	Projektzeitraum Einführung:
1	Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) des MDS (gültig seit 01.01.2006) inkl. Erhebungsbögen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege	01.11.10 – 31.10.11
2	DIN EN ISO 9001:2000 ff	-----
3	Total Quality Management	-----
4	EFQM-Modell	-----

Dabei umfasst das QM-System unserer Einrichtung alle Managementprozesse, die Qualität entwickeln, festlegen und sichern. Es bezieht sich auf alle Handlungen und Leistungen, die einer zielorientierten, fachgerechten und effektiven Leistungserbringung dienen.

Analog ausgewähltem QM-Darlegungsmodell berührt die externe und interne Qualitätssicherung in unserem Sozialdienst und der Tagespflege folgende Maßnahmen (Auszug):

- Einführung eines QM-Systems nach vorgenanntem QM-Darlegungsmodell (siehe QM-Handbuch)
- Entwicklung, Aufrechterhaltung und Fortschreibung des QM-Systems (siehe QM-Handbuch)
- Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten (u. a. mit folgender Aufgabe: regelmäßige Berichterstattung an die Geschäftsleitung über die Leistung des QM-Systems und jegliche Notwendigkeit für Verbesserungen)
- Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards/Richtlinien (siehe QM-Handbuch)
- Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen und Fallbesprechungen (siehe QM-Handbuch)
- kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch Qualitätszirkel
- Durchführung externer Audits durch eine anerkannte Zertifizierungsstelle sowie seitens der Prüfbehörde MDK
-

6. Leistungsbeschreibung

Unser Leistungsangebot umfasst: (ein ausführliches Leistungsverzeichnis liegt dem QM-Handbuch bei)

- Die Ausführung von ärztlichen Verordnungen gem. den Richtlinien nach § 92 SGB V, für häusliche Krankenpflege z. B. Injektionen, Verbandswechsel
- Hilfe bei Körperpflege, Mobilität, Ausscheidung und Ernährung entsprechend den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung SGB XI
- Hilfe bei hauswirtschaftlichen Arbeiten entsprechend den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung SGB XI wie Unterhaltsreinigung, Einkäufe, Zubereitung von Mahlzeiten etc.
- Anleitung und Beratung unserer Klienten und deren Bezugspersonen in der häuslichen Pflege
- zusätzliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten (erweitertes Zusatzleistungsangebot, außerhalb des SGB XI) wie umfangreiche Reinigungsarbeiten, stationärer Mittagstisch etc.
- Leistungen nach Bundessozialhilfegesetz SGB XII u. a. durch Botengänge zu Behörden, Instituten, Ärzten, Geschäfte, ...
- Betreuung und Begleitung älterer und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen
- Wir vermitteln einen Hausnotruf und sind über den 24-Stunden-Pflegenotruf erreichbar
- bei Bedarf Vermittlung und Organisation von Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege
- Tagespflege nach §85 SGB XI
- sozialpflegerische Maßnahmen und Betreuung Demenz-Erkrankter (Betreuungsleistungen wie Einzel- und Gruppenangebote, stundenweise Betreuung, Freizeit- und kulturelle Angebote u. a. in Kooperation mit der Gemeinde)

Unsere Stärken sind:

- ständige Erreichbarkeit durch den 24-Stunden-Pflegenotruf
- Ermittlung und Planung des individuellen Hilfe- und Pflegebedarfs
- verbindliche und transparente Vertragsgestaltung z. B. Kostenvoranschlag, Pflegevertrag
- durchgängige und nachvollziehbare Dokumentation
- regelmäßige Sprechzeiten
- langjährige Kompetenz im Bereich der professionellen Pflege, Betreuung und Versorgung von kranken, alten, behinderten, pflegebedürftigen Menschen
- Langjährig fester und motivierter Mitarbeiterstamm
- Angehörigenarbeit und -/ Beratung

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 8 von 12

• **Kooperation mit anderen Diensten**

Im Rahmen der ganzheitlichen Pflege ist die Kontaktpflege und Einbindung der an der Pflege und Betreuung Beteiligten ein wesentlicher Bestandteil. Dazu zählen insbesondere:

Nachbarn	Manche Nachbarn haben Wohnungsschlüssel oder beobachten ob morgens die Rollos hochgezogen werden. Diese Information wird im Stammbblatt bei Bedarf vermerkt.	
Krankenhäuser und Kliniken	Krankenhaus Freising: - Fortbildungen Ansprechpartner – PDL: - Tel: 08161-243000 - E-Mail: pdl@klinikum-freising.de	- Klienten u. Angehörige: Anspr.partner – Soz.dienst: - Tel: 08161-245581
Hospizdienste	Hospizgruppe Freising Mainburger Str. 1 85356 Freising Ansprechpartner –Frau Hanrieder Tel: 08161-871535	
Krankengymnastik	Stefanie Jung Ringstr.54 85395 Attenkirchen 017634195927	
Logopädie	Seibold Agnes Am Gänsbach 2a 85406 Zolling Tel. 08167/989049	
Friseur	Die Locke Landshuter Str. 52 85356 Freising 08161/61265	
Sanitätshäuser/Orthopädie- Schuhtechnik	Rattenhuber Clemensänger Ring 3 85356 Freising Tel. 08161/4831-3 Sanitätshaus Hölter Bahnhofstr. 10 85354 Freising 08161 92294 Sanitätshaus Arnold Mainburger Str. 15 85354 Freising 08161 807999 Letzgus und Lang Filialen in Altdorf, Landshut, Neufahrn Bestell-Hotline 0871 932340	

Kranken-/Pflegekassen	<p>AOK Direktion Freising Wippenhauser Str. 6 85354 Freising 08161/182-260 Pflegeberatung Frau Elisabeth Schönwetter 08161/182-287</p> <p>Barmer GEK Obere Hauptstr. 48-50 85354 Freising 0800332060386000</p> <p>DAK Max- Lehner-Str. 31 85354 Freising 08161 935200</p> <p>IKK Classic Rindermarkt 8 85354 Freising 08161 538460</p> <p>Techniker Krankenkasse-TK Obere Hauptstr. 36 85354 Freising 08161 483320</p>
Pfarreien und Seelsorger	<p>St. Peter und Paul Stadtpfarramt Ignatz Günther Str. 9 85356 Freising 08161/62303</p> <p>Evang. Kirche Major Braunweg 12 85354 Freising 08161/789720</p>
bestellte Betreuer	<p>Christian Then Lebenshilfe Freising, Betreuungsverein Gartenstr. 57 85354 Freising 08161/48300 08161/4830-358 Fax info@lebenshilfe-fs.de</p>
niedergelassene Haus- und Fachärzte	<p>Dr. Lambert Huys Obere Hauptstr. 16 85354 Freising 08161 7557</p> <p>Dr. H. Hobmair Rabenweg 3 85356 Freising 08161/81855</p>
Reha-Einrichtungen	<p>Reha-Klinik Wartenberg Badstr.43 85456 Wartenberg 08762/91-700</p>

Ehrenamt	Senioren helfen Senioren Dr. Johannes Meister Am Waldrand 39 85354 Freising 08161/66569
Ergotherapeuten	Lacher Philipp Obere Hauptstr.3 85354-Freising 08161/938599 Sylvia Schmidt Saarstr. 7 85354 Freising 08161/919758
Ernährungs- und Wundtherapeuten	Ernährungsberatung Gabi Maier 08161/81948 Wundtherapeutin IWG für den Bereich Freising Yvonne Scheuenstuhl 0172 8819030 Wundtherapeutin IWG für den Bereich Hallbergmoos/Erding Annette Wiemann-Kubatz 01717978224
Medizinische Fußpflege	Ingrid Wüst Am Möselberg 3 85391 Allershausen-Leonhardsbuch 08166/998425 Kommt ins Haus
Apotheken	Dom-Apotheke Untere Hauptstr. 48 85354 Freising 08161 7515 Hof-Apotheke Dr Ludwig Lettenmayer Untere Hauptstr.27 85354 Freising 08161 7952
öffentliche Vereine und Selbsthilfegruppen Treffen in den Räumen der AWO:	Selbsthilfegruppe „Phönix“ Für Angehörige und Betroffene Menschen, nach erworbener Hirnschädigung Frau Thaler Inge 08161/67666 Frauenselbsthilfegruppe nach „Krebs“ Frau Lia Köhnlein 08168/1003

Jeweilige Schnittstellen werden in der täglichen Arbeit berücksichtigt. Der Informations- und Kommunikationsfluss wird durch Dokumentation, telefonische Rückmeldungen und persönliche Gespräche umgesetzt.

7. Personelle Ausstattung

• Personalbedarfsplanung

Gemäß Rahmen- und Versorgungsvertrag erfüllen wir die personellen Vorgaben. Die Überwachung erfolgt durch regelmäßige Auswertung der Tourenplanung. Zur Pflege und Betreuung der Klienten setzen wir qualifiziertes Personal ein, welches überwiegend aus Pflegefachkräften, sowie Pflegehilfskräften, hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besteht. Die Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind durch Stellenbeschreibungen eindeutig geregelt. Eine regelmäßige Anleitung des Personals und die Überwachung der Dienstleistungsprozesse sind für uns obligatorisch. Dies erfolgt federführend durch die jeweils benannten verantwortlichen Pflegefachkräfte (Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung). Generell stellen wir sicher, dass durch das vorhandene Personal jederzeit, auch bei Ausfall durch Krankheit oder Verhinderung, die sach- und fachkundige Pflege der Klienten gewährleistet ist. Dabei orientiert sich die Dienstplanung und Einsatz-/Tourenplanung am Pflegebedarf und erfolgt kundenorientiert.

• Fähigkeiten, Bewusstsein und Schulung

Wir achten auf eine angemessene Qualifizierung des eingesetzten Personals. Dies umfasst Aspekte der Schulbildung, Ausbildung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie individuelle Fertigkeiten und Erfahrungen. Jede/r neue Mitarbeiterin/Mitarbeiter erhält auf dieser Basis eine individuelle Einarbeitung, welche durch das Einarbeitungskonzept bzw. die Einarbeitungscheckliste geregelt ist (siehe mit geltende Unterlagen QM-Handbuch). Im Zuge der Personalentwicklung bieten wir regelmäßige Schulungsmaßnahmen (siehe mit geltende Unterlagen QM-Handbuch) an. Diese sind im Fortbildungsplan geregelt, wobei jede/r Mitarbeiterin/Mitarbeiter Mitverantwortung trägt. Aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, Forderungen der Rahmen- und Versorgungsverträge sowie Erkenntnisse aus der Dienstleistungsüberwachung werden bei der Ermittlung des Fortbildungsbedarfes berücksichtigt. Das Angebot der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen umfasst Inhouse-Schulungen, externe Schulungen, Qualitätsforen und -konferenzen sowie Workshops. Zusätzlich wird der Wissenstransfer durch vorgehaltene Fachliteratur und Fachzeitschriften ergänzt (siehe mitgeltende Unterlagen QM-Handbuch).

• Personalentwicklung

Durch Organisation von Qualitätszirkeln, Pflegevisiten, Fall- und Dienstbesprechungen sowie Mitarbeitergesprächen binden wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess und betriebliche Entscheidungsprozesse mit ein. Die fortlaufende Verbesserung der Prozess- und Dienstleistungsqualität sowie die Entwicklung von Mitarbeiterperspektiven stehen dabei im Vordergrund.

Weitere Details sind den mitgeltenden Unterlagen unseres QM-Handbuchs zu entnehmen. Entsprechende Aufzeichnungen sind in den jeweiligen Personalakten hinterlegt.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsleitung

Bearbeitet am: 10.02.2016	Geprüft am: 10.02.2016	Freigabe am: 11.02.2016	Revision 004, Stand 1602
Bearbeitet durch: QMB/PDL	Geprüft durch: PDL	Freigabe durch: GF	Seite 12 von 12