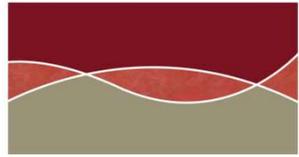


Konzept	Geltungsbereich:	Johannes-Hospiz Münster		 Johannes-Hospiz Münster	
Haus- und Pflegekonzept des Johannes-Hospizes Münster					
Autor:	M. Roes	Gültig seit:	2005		
Freigeber:	M. Roes	Letzte Revision:	02_2021	Geplante Revision:	02_2023

- 1. Gliederung**
- 2. Vorwort**
- 3. Selbstverständnis und Trägerschaft**
- 4. Beschreibung der Einrichtung**
- 5. Organisationsstruktur**
 - 5.1 Graphik Organigramm**
 - 5.2 Leitung der Einrichtung**
 - 5.3 Kommunikationsstruktur**
 - 5.3.1 Nach außen**
 - 5.3.1.1 zur Geschäftsführung**
 - 5.3.1.2 zu Träger/Förderverein/Stiftung**
 - 5.3.2. Nach innen**
 - 5.3.2.1 Dienstbesprechungen**
 - 5.3.2.2 Besprechungen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern**
 - 5.4 Mitarbeitersituation**
 - 5.4.1 Pflege**
 - 5.4.2 Hauswirtschaft**
 - 5.4.3 Betreuung**
 - 5.4.3.1 Seelsorge / Gottesdienste / spirituelle Angebote**
 - 5.4.3.2 Begleitung durch E.A.**
 - 5.4.4 Spendenbearbeitung / administrative Aufgaben**
 - 5.4.5 technischer Dienst**
- 6. Bewohner- bzw. Wohnsituation**
- 7. Versorgung**
 - 7.1 Speiseversorgung**
 - 7.2 Wäscheversorgung**
 - 7.3 Hausreinigung**
 - 7.4 Abfallentsorgung**
 - 7.5 Versorgung mit hauswirtschaftlichen und medizinischen Alltagsartikeln**

8. Pflegekonzept / Pflegemodell

8.1 Leitbild

8.2 Pflegesystem

8.3 Pflegeprozess

8.4 Pflegedokumentation

8.5 Pflegestandards

8.6 Qualitätssicherung

8.6.1 Funktions- und Aufgabenbeschreibungen für Mitarbeiter

8.6.2 Einarbeitungskonzept

8.6.3 Fort- und Weiterbildung

8.6.4 Klausurtagungen

8.6.5 Beurteilungs- und Jahresgespräche

8.6.6 Organisations-, Struktur- und Handlungsstandards

8.6.7 Qualitätszirkel / Arbeitsgruppen

8.6.8 Fachliteratur/ Fachzeitschriften

8.6.9 Supervision

8.6.10 Fallbesprechungen

8.6.11 Konzeptordner

9. Trauerarbeit und -begleitung

10. Kooperation mit externen Berufsgruppen / Dienstleistern / Institutionen

10.1 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

10.2 Weitere Kooperationen

11. Konzept zur ehrenamtlichen Mitarbeit

2. Vorwort

Das Johannes-Hospiz ist eine stationäre Hospizeinrichtung, in der Schwerstkranke und Sterbende in der letzten Lebensphase palliativpflegerisch und palliativmedizinisch versorgt werden. Das stationäre Hospiz hat einen eigenständigen Versorgungsauftrag und ist damit unabhängig von Krankenhaus und Altenhilfeeinrichtung.

Schwerstkranke und sterbende Menschen finden Aufnahme, wenn ambulante Versorgungsstrukturen nicht mehr ausreichen und auch die Einweisung in ein Krankenhaus nicht indiziert ist.

Das stationäre Hospiz bietet neben Unterkunft und Verpflegung palliativmedizinische, palliativpflegerische, psychosoziale, psychoonkologische und seelsorgliche Begleitung, Betreuung und Beratung durch ein multidisziplinäres Team.

Der Alltag eines stationären Hospizes ist geprägt von der Mitarbeit Ehrenamtlicher und stellt hohe Anforderungen an die Kooperations-, Organisations- und Kommunikationsstruktur aller Mitarbeitenden.

Durch die Mitarbeit Ehrenamtlicher wird sicht- und spürbar, wo die Begleitung Sterbender angesiedelt sein soll, nämlich mitten in der Gesellschaft.

Diese Zeit als eine Zeit des Lebens zu betrachten und sich während dieser Zeit im „normalen“ gesellschaftlichen Umfeld und Alltag zu empfinden gelingt vor allem auch durch ehrenamtliches bürgerschaftliches Engagement.

3. Selbstverständnis und Trägerschaft

Sowohl aus der ethischen Wertschätzung für alles Leben und insbesondere dem Bemühen, menschliches Leben bis zum Tod lebenswert zu gestalten, als auch aufgrund der Anforderungen, die an die (professionelle) Pflege von Menschen gestellt werden, betrachten wir die Pflege in einem Hospiz als eine originäre Aufgabe von christlichen Einrichtungen. Das Johannes-Hospiz in Münster ist eine gemeinnützige Gesellschaft.

Mitgesellschafter sollen christliche Institutionen sein.

Auf dieser Grundlage ist folgende Trägerkonstellation entstanden:

- das Diakonische Werk Münster e.V.,
- die Bischof-Hermann-Stiftung Münster,
- der Caritasverband für die Stadt Münster durch die Caritas- Betriebsführungs- und Trägergesellschaft Münster mbH,
- die St. Franziskus-Stiftung Münster.

Die Trägerschaft ist offen für weitere Gesellschafter, die in diesem Arbeitsfeld tätig sind.

4. Beschreibung der Einrichtung

Das Johannes-Hospiz befindet sich in zentraler Lage der Stadt Münster am Hohenzollernring 66 in unmittelbarer Nachbarschaft zum Franziskus-Hospital. Das Gebäude wurde in den 20 er Jahren als Wohnhaus eines Münsteraner Unternehmers gebaut. In den 30 er Jahren wurde es von den Mauritzer Franziskanerinnen übernommen und bis zum Jahr 1999 in unterschiedlicher Weise genutzt. Seit September 1999 wird es nach einer umfassenden Renovierung und Erweiterung an die gemeinnützige Johannes-Hospiz GmbH vermietet und als stationäre Hospizeinrichtung genutzt.

In den Jahren 2011-2012 wurde im Garten des Hospizes ein Erweiterungsgebäude errichtet und mit dem Altbau verbunden. Dies wurde notwendig, weil sich einerseits der Raumbedarf für Wohnzimmer, Küche sowie für Lager-, Funktions- und Personalräume als unzureichend erweis und andererseits der Bedarf für stationäre Hospizplätze zugenommen hat.

Das alte Gebäude und neue Gebäude weisen jeweils hat eine Nutzfläche von ca. 650 qm auf und werden folgendermaßen genutzt:

Erdgeschoss: zwei Bewohnerzimmer, Küche, Wohnzimmer, Raum der Stille, Dienstzimmer für Mitarbeiter, Pausenraum für Mitarbeiter, Büro für Verwaltung, 2 Gäste WCs, Pflegearbeitsraum, Wäscheraum, Raum für Pflegemittel, Hauswirtschaftsraum

1.Obergeschoss: 8 Bewohnerzimmer, 1 Angehörigenzimmer 2 Pflegearbeitsräume, 1 Pflegemittelraum, 1 Wäscheraum

2. Obergeschoss: 2 Familienzimmer, Büros für Leitung und stellvertretende Leitung, Lagerraum für Geräte und sonstiges

Keller, großzügiges Badezimmer mit Hubbadewanne und Badelifter, Besprechungsraum, Büro- und Archivraum, 2 Mitarbeiterumkleiden, Waschkeller, Lagerraum für Pflegeartikel, Wäschelager, 2 Hausanschlussräume, Raum für technische Arbeiten, Raum für Massage

Im Erdgeschoss schließt sich an die Küche eine überdachte Terrasse an. Das Gebäude ist nach Süden ausgerichtet und geht in den Garten über. Die Wege sind befestigt und daher mit Rollstuhl befahrbar.

5. Organisationsstruktur

5.1 Graphik Organigramm : ist der Anlage beigefügt

5.2 Leitung der Einrichtung

Die Hospizleitung ist als stellvertretende Pflegedienst- und Hausleitung verantwortlich für alle Bereiche des Hauses. Sie wird in Abwesenheit durch die Pflegedienstleitung in beiden Funktionen vertreten. Die Pflegedienstleitung verantwortet die Gestaltung der Dienstplanung in der Pflege, die Einsatzplanung für Praktikanten im Bereich der Pflege, die Steuerung der alltäglichen Versorgung der Bewohner, die „Fachaufsicht“ bzw. Kontrolle der „Pflegequalität“.

5.3 Kommunikationsstruktur

5.3.1 nach außen

5.3.1.1 Hausleitung und Geschäftsführung

In der Regel findet einmal wöchentlich ein Treffen im Büro des Geschäftsführers, das im Gebäude der Provinzverwaltung der Ordensgemeinschaft der Mauritzer Franziskanerinnen liegt, statt. Dort werden Grundsatzthemen, Projekte, personalbezogene Themen u.ä. besprochen.

5.3.1.2 Geschäftsführung und Träger / Förderverein / Stiftung

Diese Besprechungen finden außerhalb der Organisation des stationären Hospizes statt und werden von der Geschäftsführung verantwortet

5.3.2 Kommunikationsstruktur nach innen

5.3.2.1 Dienstbesprechung mit hauptamtlichen Mitarbeitern

In einem Rhythmus von vier Wochen findet eine Dienstbesprechung für alle Mitarbeiter aus dem Pflege- und Hauswirtschaftsbereich statt. Alle anderen Mitarbeiter (Geschäftsführung, Seelsorge, Hausreinigung, Verwaltung, Haustechnik) sind anlassbezogen eingeladen. Die Dienstbesprechung dient dazu, alle Mitarbeitenden auf den gleichen Wissensstand zu bringen. Es werden Themen zur Organisation, offene Fragen, pflegfachliche oder medizinische Inhalte aufgegriffen. Die Dienstbesprechung kann ggf. als Fallbesprechung oder ethische Fallbesprechung genutzt werden. Diese werden jedoch in der Regel zeitnah zu einem Anlass zusätzlich festgelegt.

5.3.2.2 Besprechungen mit ehrenamtlichen Mitarbeitern

Diese werden ausführlich im Konzept zur ehrenamtlichen Mitarbeit (Punkt 9.ff) erläutert.

5.4 Mitarbeitersituation

5.4.1 Pflegebereich

Für diesen Bereich stehen 14,30 Vollzeitstellen zur Verfügung. Um eine ausreichende Wochenendbesetzung sicherstellen zu können, stehen in beiden Schichten jeweils 8 Pflegefachkräfte zur Verfügung. Regelmäßig im Nachtdienst arbeiten vier Pflegefachkräfte mit 9,25 Std. Dadurch können etwa 80 % der Nächte abgedeckt werden. Lediglich Urlaubs- und Krankheitsvertretungen werden von den übrigen Mitarbeitern abgedeckt.

Hinzu kommen weitere 6 Pflegefachkräfte im kurzen Nachtdienst zwischen 21:00 und 1:30Uhr. In der Zeit zwischen 1:30 und 6:00 hat der KN im 2.OG die Möglichkeit, sich in einem separaten Zimmer schlafen zu legen. Es besteht aber die Möglichkeit, ggf. geweckt zu werden, um den Nachtdienst zu unterstützen und Krisensituationen besser überwinden zu können. Ab 6:00 ist der KN wieder präsent, um evtl. noch anfallende Arbeiten zu zweit erledigen zu können.

Grundsätzlich besteht die Erwartung, dass jede Pflegefachkraft an der Weiterbildung „Palliativ care“ teilnimmt.

5.4.2 Hauswirtschaft

Hier stehen 1,90 Stellen für vier Personen zur Verfügung. Drei Mitarbeiterinnen sind für den Küchenbereich, die Wäscheversorgung und die allgemeine Ordnung und Gestaltung im Haus zuständig. Sie werden von einer Mitarbeitenden im FsJ unterstützt. Eine Stelle ist für die Hausreinigung vorgesehen und wird von einem externen Dienstleister übernommen.

5.4.3 Betreuung / Begleitung

5.4.3.1 Seelsorge / Gottesdienste / spirituelle Angebote

Die seelsorgerischen Aufgaben werden aktuell durch einen katholischen Priester und einen katholischen Diakon hauptamtlich wahrgenommen. Sie sind in der Woche täglich im Haus und besuchen nach enger Abstimmung mit den Pflegenden die Bewohner oder / und nehmen Kontakt mit deren Zugehörigen auf. Selbstverständnis ihrer Aufgabe ist es, Menschen aller Konfessionen oder ohne Konfession wertfrei zu begegnen und sich als Seelsorger ohne religiöse Absicht zu zeigen. Jedoch dort, wo Menschen religiöse, kirchliche oder spirituelle Bedürfnisse deutlich machen, ist es ihr Anspruch, als Vertreter der Kirche oder religiöser Mensch präsent zu sein. Bewohner oder Gäste des Hauses sollen spüren, dass sie sich an einem Ort mit christlicher Prägung befinden und in ihrem Glauben Menschen begegnen können, die diesen teilen. Daher sind Gottesdienstangebote, das Spenden von Sakramenten, die Teilnahme an der Eucharistie fest verankerte Angebote im Haus. Regelmäßig einmal wöchentlich findet ein offener ökumenischer Gottesdienst („Atem holen“) statt. Dieser wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern in engem Kontakt mit den Seelsorgern gestaltet. Seit 2020 ist es möglich, dass die Seelsorger im Johannes-Hospiz Verstorbene auch beerdigen

5.4.3.2 Begleitung durch Ehrenamtliche

Dieses Angebot wird im Konzept zur Mitarbeit Ehrenamtlicher erläutert

5.4.3.3 Psychoonkologie

Seit 2019 stehen zwei qualifizierte auf Honorarbasis bzw. ehrenamtlich tätige Psychoonkologinnen zur Verfügung, die flexibel abrufbar sind und professionelle Krisenintervention und prozesshafte Begleitung anbieten können. Ziel ist es, ab 2021 eine eigene Psychoonkologin mit entsprechendem Stellenanteil vorzuhalten.

5.4.3.4 Musiktherapie

Wöchentlich und nach Bedarf ist seit 2018 ein Musiktherapeut für etwa 3 Stunden im Haus und besucht in Abstimmung mit den Pflegenden die Bewohner und nutzt je nach Wunsch verschiedene Musikinstrumente oder den Gesang, um auf diesem Weg Entspannung, Entlastung, Freude oder manchmal auch einen „Gesprächszugang“ zu erreichen.

5.4.4 Spendenbearbeitung / administrative Aufgaben

Die gesamte Personal-, „Patienten“-, Mitarbeiterverwaltung und Buchhaltung ist ausgelagert und wird vom St. Franziskus Hospital bzw. von der Mutterhausverwaltung geleistet.

Für die Spendenbearbeitung ist eine Mitarbeiterin mit 20 Std. / Woche zuständig. Soweit es ihr möglich ist, übernimmt sie auch administrative und hausinterne Verwaltungsaufgaben. In der Spendenbearbeitung hat sie Unterstützung durch eine Mitarbeiterin, die mit 8 Stunden / Woche tätig ist.

5.4.5 technischer Dienst

Um einfache Reparaturen, handwerkliche Aufgaben, Besorgungen u. ä. erledigen zu können, sind zwei Mitarbeiter mit 7 Stunden in der Woche auf „400 € Basis“ angestellt.

Für regelmäßige Wartungs- und spezielle Reparaturarbeiten an Geräten bzw. in der gesamten Haustechnik besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Dienstleister Fac`t.

Dieser ist auf dem Gelände des St. Franziskus-Hospitals ansässig und steht kurzfristig und über 24-stündige Rufbereitschaft zur Verfügung.

6. Bewohner- bzw. Wohnsituation

Es sind 11 Bewohnerzimmer als Einzelzimmer und nach Bedarf 1 Familienzimmer (Doppelzimmer mit gemeinsamem Bad) vorhanden. Alle Zimmer sind vollständig möbliert und mit Telefon, Stereoanlage, Fernseher, Kühlschrank und Klimaanlage ausgestattet. Das jeweils dazugehörige Bad hat eine Dusche, Toilette und Waschbecken. Angehörige haben die Möglichkeit, im Zimmer mit zu übernachten. 9 der 11 Zimmer haben ein Sofa, welches b. Bedarf als vollwertiges Bett genutzt werden kann. In den übrigen Zimmern kann zur Nacht ein mobiles Bett zugeschoben werden.

7. Versorgung

7.1 Speiseversorgung

Die Speiseversorgung / Verpflegung wird von den Mitarbeiterinnen aus der Hauswirtschaft koordiniert. Das Essen kann in der Küche oder im eigenen Zimmer angeboten werden. Sofern die Mobilität dies zulässt, entscheidet der Bewohner zu jeder Mahlzeit neu, wann, wo, ob und so weit wie möglich auch, was er ist.

Frühstück, Abendessen und Nachmittagskaffee bzw. Zwischenmahlzeiten werden im Haus hergerichtet und unmittelbar vorher gefragt, was konkret gewünscht wird. Die Zubereitung des Mittagessens erfolgt in der Küche des St. Franziskus-Hospital. Die Auswahl und Bestellung eines der verschiedenen Gerichte wird in der Regel am Vortag gemeinsam mit dem Bewohner vorgenommen. Wenn aus unterschiedlichen Gründen diese Auswahl am jeweiligen Tag nicht mehr angemessen ist, besteht immer auch die Möglichkeit, eine andere Mahlzeit zu besorgen. Sofern Angehörige dies wünschen, haben sie ebenso die Möglichkeit, im Haus mit Speisen versorgt zu werden. Warme und kalte Getränke stehen vielfältig zur Verfügung. Angehörige haben die Möglichkeit, Speisen von zu Hause mitzubringen und diese in der Küche oder im zimmereigenen Kühlschrank zu lagern.

Ein umfassender Vorrat an unterschiedlichen Lebensmitteln lässt auch Wünsche zu, die außerhalb der üblichen Mahlzeiten und Speisen liegen. Auch am Nachmittag und Abend,

wenn die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen der Küche nicht mehr anwesend sind, kann durch die regelmäßige Präsenz der Ehrenamtlichen ein individuelles Angebot erhalten bleiben.

7.2 Wäscheversorgung

Die Versorgung der Bewohner- und Hauswäsche erfolgt je nach Wäscheart im Haus oder wird an eine Wäscherei gegeben. Gekennzeichnete Oberbekleidung, Nacht- und Unterwäsche kann u. Umständen im Haus gewaschen und ggf. gebügelt werden. Ebenfalls werden Handtücher und Wachlappen im Haus gewaschen. Die übrige Wäsche wird an die Wäscherei vergeben. Die Abholung und der Rücktransport werden von der Wäscherei in der Regel 3mal wöchentlich sichergestellt.

Die Versorgung infektiöser Wäsche erfolgt nach einem vorgegebenen Standard.

7.3 Hausreinigung

Das Reinigungskonzept sieht vor, dass Bewohner-, Aufenthalts- und Diensträume mindestens einmal wöchentlich grundgereinigt werden. Die Reinigung der Bäder und WC erfolgt an allen Wochentagen. Flure werden je nach Bedarf ggf. auch täglich gewischt. Grundsätzlich gilt, dass in den Bewohnerzimmern und Aufenthaltsräumen täglich überprüft wird, ob außergewöhnliche Verschmutzungen vorliegen (Prinzip der Sichtreinigung).

Die Reinigung der Fenster erfolgt in den Bewohnerzimmern durch die Reinigungsmitarbeiterin und passt sich der Belegungssituation an bzw. wird auch nach dem Befinden des jeweiligen Bewohners vorgenommen. In den übrigen Räumen ist in einem festen Rhythmus eine Fensterreinigungsfirma beauftragt.

7.4 Abfallentsorgung

Diese ist an die Firma Fac`t vergeben und erfolgt dreimal wöchentlich. Abfall wird in der üblichen Form nach Glas, Papier, Wertstoffen und Restmüll getrennt und im Keller zwischengelagert.

7.5 Versorgung mit hauswirtschaftlichen und medizinischen Alltagsartikeln

Es existiert eine Produktliste Hauswirtschaft, Pflege und Büroartikel. Die Lieferung erfolgt einmal in der Woche. Die Zuständigkeit liegt abwechselnd bei zwei Pflegefachkräften und der Hauswirtschaft.

8. Pflegekonzept / Pflegemodell

Basis eines Pflegekonzeptes bildet in der Regel ein pflegewissenschaftliches Modell.

Da bislang kein Pflegemodell entwickelt wurde, welches auf die Lebenssituation in der Hospiz- und Palliativpflege ausgerichtet ist, wurde in der konzeptionellen Entwicklung die alltägliche Erfahrung in Umgang und Versorgung mit schwerstkranken und sterbenden Menschen differenziert ausgewertet und als zentrales Steuerungsinstrument für den Pflegeprozess eine den Anforderungen dieser Lebenssituation entsprechende Pflegedokumentation entwickelt. Dieser Prozess wurde von außen pflegewissenschaftlich und professionell begleitet.

Grundlage bzw. Basis des Pflegekonzeptes des Johannes-Hospizes bildet die jeweils sehr unterschiedliche Erlebens- und Bedürfnissituation der Bewohner, die ihre letzte Lebenszeit in sehr unterschiedlicher Weise gestalten, erleben, ignorieren bzw. damit umgehen. Ausgangssituation ist der immer wiederkehrende Wunsch, selbst bestimmen und entscheiden zu können und sich nicht einem von außen vorgegebenen Wertesystem und Handlungsmuster unterordnen zu müssen. Dem folgend sind alle pflegerischen und

medizinischen Maßnahmen dahingehend anzupassen. Die Rolle der „Helfer“ ist damit stärker daraufhin ausgerichtet, zu beraten, Angebote zu machen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, die auf beiden Seiten akzeptabel und leistbar erscheinen. Darüber hinaus ist die Begleitung und Integration der Angehörigen/Zugehörigen von entscheidender Bedeutung. In der Situation des Sterbens ist oft nicht mehr das medizinisch mögliche und fachlich vernünftige die „erste Wahl“, die Entscheidung richtet sich nach anderen Kriterien.

8.1 Leitbild

Das Leitbild des Johannes-Hospizes wurde etwa fünf Jahre nach der Eröffnung der Einrichtung entwickelt. Ausgangspunkt für die Entwicklung waren die christliche Ausrichtung und Trägerschaft, aber auch die Leitlinien zur Hospizarbeit des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes. Es basiert auf den ausgewerteten und diskutierten Erfahrungen der Mitarbeiter. Es beschreibt den Anspruch, die Haltung und die Werteorientierung, die für die tägliche Arbeit wichtig erscheinen und soll im Alltag der im Johannes-Hospiz tätigen und lebenden Menschen spürbar werden.

Als Leitbild bezieht es sich auf alle Menschen, die dort einander begegnen und begrenzt sich nicht auf den Bereich der Pflege. Dennoch werden das Ziel und die Richtung pflegerischen Handelns deutlich.

Darüber hinaus bietet das Leitbild einen inhaltlichen und strukturellen Rahmen für die Reflexion jeglicher Arbeit im Hospiz. Im Jahr 2020 wird nach einem 2-jährigen Reflexions- und Weiterentwicklungsprozess ein neues Leitbild veröffentlicht, das inhaltlich alle Teilbereiche einbezieht.

8.2 Pflegesystem

Das Pflegesystem basiert auf der Grundlage eines Bezugspflegesystems.

Im Sinne einer effektiven Arbeitsorganisation und der Kontinuität des Pflegeprozesses zwischen Pflegepersonen und Bewohnern erfolgt eine Zuordnung der Mitarbeiter zu einer festgelegten Bewohnergruppe. Bewohner erhalten dadurch Bezugspersonen und damit Kontinuität im Pflegeprozess. Bewohnerbezogene Tätigkeiten werden von der Bezugsperson durchgeführt. Ebenso ist festgelegt, welche bewohnerfernen Tätigkeiten in die Zuständigkeit einer jeweiligen Schicht bzw. eines bestimmten Mitarbeiters fallen. Auf Grund des hohen Anteils von Teilzeitmitarbeitern sind die Phasen einer festen Zuordnung der Pflegenden zu den Bewohnern unterschiedlich lang.

8.3 Pflegeprozess

Der Pflegeprozess beginnt mit der Planung einer Aufnahme eines zukünftigen Bewohners. Wenn notwendig und gewünscht, erfolgt im Vorfeld ein Besuch der Leitung an seinem aktuellen Wohnort.

Dies geschieht nach Möglichkeit zeitnah vor der Aufnahme. Eine differenzierte Einschätzung der bisherigen Lebenssituation und wichtige pflegebezogene Informationen werden dadurch möglich. Der Besuch bildet die Basis für die Informationssammlung.

Neben der Einschätzung der derzeitigen Verfasstheit des neuen Bewohners findet eine Absprache bezüglich der organisatorischen Planung für den Einzug statt. Offene Fragen können direkt miteinander geklärt werden.

Alternativ werden alle auf beiden Seiten wichtigen Fragen telefonisch im Vorfeld besprochen. Die Informationen werden schriftlich festgehalten, so dass der aufnehmende Mitarbeiter auf den neuen Bewohner vorbereitet ist. Für die Aufnahme ist der zuständige Mitarbeiter in Absprache mit der Schicht von anderen Aufgaben befreit.

Zentraler Bestandteil der Aufnahme ist eine differenzierte Erhebung der aktuellen Situation. Sie orientiert sich an der Struktur des Dokumentationssystems.

8.4 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist das zentrale Instrument zur Sicherstellung und Steuerung eines geplanten, verbindlichen, nachvollziehbaren und fortgeschriebenen Pflegeprozesses, indem alle wesentlichen pflegerischen, medizinischen und biographischen sowie Informationen zur aktuellen Befindlichkeit, Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen festgehalten werden. Die Pflegedokumentation bildet - soweit beschreibbar - die Lebenssituation des Bewohners und seiner sozialen Situation ab. Seit Januar 2017 wird sie in digitaler Form betrieben.

Die Pflegesituation fast aller im Hospiz aufgenommenen Bewohner lässt selten längerfristige Absprachen und Planungen zu, da Befindlichkeiten häufig wechseln, Symptome sich oft verändern, körperliche Abbauprozesse in unterschiedlicher Dynamik stattfinden, psychische Krisen auftreten, Angstzustände einsetzen oder auch familiäre oder andere Beziehungskonflikte aufbrechen.

Um dieser Realität in der gesamten Versorgung angemessen begegnen zu können, muss die Dokumentation so strukturiert sein, dass in der jeweiligen Situation jede Pflegeperson oder der zuständige Arzt ein zusammenhängendes Bild angeboten bekommt und adäquat reagieren kann.

Dem folgend wurden 9 Erhebungsbereiche festgelegt, in denen dort zugehörige, dokumentationsbedürftige Inhalte hinterlegt werden. Ein Erhebungsbereich ist so aufgebaut, dass der Bericht, Maßnahmen und Ziele eingetragen werden können. Zentrale Funktion hat der Bericht, in dem Informationen festgehalten und Situationen ausgewertet werden. Sofern planbar, werden durchzuführende Maßnahmen benannt, die in den nächsten Tagen Gültigkeit behalten. Ebenso werden Ziele festgelegt, wenn sie von grundlegender Bedeutung sind und in diesem Erhebungsbereich Orientierung für alle nachfolgenden Situationen geben. Maßstab für das Dokumentieren ist, dass jeder nachfolgende Mitarbeiter in diesem Bereich ohne Befragung eines Kollegen und des Bewohners pflegerisch und medizinisch handeln kann.

Erst eine unmittelbare Zusammenführung, Bericht und Planung lässt die Möglichkeit zu, differenziert auszuwerten und Zusammenhänge herzustellen. Darüber hinaus kann für jeden Erhebungsbereich ohne Mühe chronologisch ein Prozess betrachtet werden.

Für die Versorgung von Bewohnern hat dies zur Folge, dass zunächst überprüft werden muss, was sich im Vergleich zur letzten Situation verändert hat und an Maßnahmen festgelegt wurde. Wenn der Bewohner noch kommunikationsfähig ist, wird mit ihm abgesprochen, wie am jeweiligen Tag vorgegangen werden soll. Gibt es keine Vorkommnisse und Wünsche, kann sich der Ablauf an den festgelegten Maßnahmen oder dem im Bericht beschriebenen vom Vortag orientieren.

Lediglich dann, wenn es in der Durchführung Änderungen gegeben hat, wird dies berichtet.

8.5 Pflegestandards

Standards sind allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Standards legen themen- und tätigkeitsbezogen fest, was Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen bzw. sollen und wie diese Leistung auszusehen hat.

Bevor ein Standard zur Anwendung kommen kann, muss gesichert sein, dass er dem Bedarf und der Erwartung des Pflegebedürftigen entspricht. In der palliativen Pflege kommt es oft zu Abweichungen von Standards. Beispielsweise muss in der Dekubitusprophylaxe ggf. billiger in Kauf genommen werden, dass keine ausreichende Lagerung erfolgt, da jede Seitenlage zu mehr Luftnot oder Schmerz führt.

Eine hohe Versorgungsqualität entsteht, wenn Fachkompetenz und Expertenwissen zur Verfügung stehen und in dem Maß eingesetzt werden, wie dies im Einklang mit der Situation,

bzw. den Wünschen und Erwartungen des Pflegebedürftigen ist. Das heißt, es ist plausibel zu begründen, warum eine Abweichung vom „Standard“ erfolgt.

Pflegerische und medizinische Standards sind im hauseigenen digitalen QM Handbuch enthalten.

Die Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege) finden sich hier wieder.

Die Mitarbeiter haben über die Pflegedokumentation Zugang zum QM Handbuch, sowie teilweise über die Papierversion im Dienstzimmer.

8.6 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in einer Pflegeeinrichtung beschreibt vorwiegend die Maßnahmen, die sicherstellen sollen, dass eine Dienstleistung, Tätigkeit, Aufgabe oder Handlung ein festgelegtes Qualitätsniveau erreicht. Dabei geht es auch darum, die Qualität auf dem gewollten Niveau zu halten. Seit 2020 steht eine Pflegefachkraft als ausgebildete QM-Beauftragte zur Verfügung. Gemeinsam mit Pflegedienst- und ggf. Hospizleitung steuert sie den QM-Entwicklungsprozess auf der Grundlage des in 2020 erschienen „Bundesrahmenhandbuch für stationäre Hospize / Qualität sorgsam gestalten“. Bei Bedarf wird eine externe Beratung hinzugezogen.

Folgende Strukturen sind implementiert:

8.6.1 Funktions- und Aufgabenbeschreibungen für Mitarbeiter

Sie klären die Zuständigkeit für Aufgaben und Tätigkeitsfelder. Sie unterstützen eine eindeutige und für jeden nachvollziehbare Arbeits- und Ablaufplanung.

Funktions- und Aufgabenbeschreibungen sind vorhanden für:

- Einrichtungsleitung
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkraft
- Fachkraft Hauswirtschaft

8.6.2 Einarbeitungskonzept

Jeder neue Mitarbeiter wird nach einem „Rasterplan“ durch eine Bezugsperson (Anleitung) in seine neue Tätigkeit eingeführt und eingearbeitet. Dies fördert eine schnellst mögliche Übersicht über Aufgaben, Struktur und Abläufe. Gleichzeitig ist eine konstruktive und kritische Begleitung während der Probezeit möglich und es können frühzeitig Fehlentwicklungen erfasst und so ggf. gegengesteuert werden. Darüber hinaus erfolgen im Rahmen der Probezeit Zwischengespräche bzw. ein abschließendes Gespräch, in dem eine Beurteilung stattfindet.

Zur Pflegefachkraft Auszubildende sind regelmäßig im Einsatz. Daher existiert auch für sie ein entsprechendes, mit der Schule abgestimmtes Anleitungskonzept.

8.6.3 Fort- und Weiterbildung

Ziel der Fort- und Weiterbildung ist, allen Pflegepersonen mindestens eine Weiterbildung in „palliativ care“ zu ermöglichen. Regelmäßig nehmen Mitarbeiter an Fachtagungen und Kongressen und externen Fortbildungen teil.

In jedem Jahr wird ein Themenschwerpunkt für die interne Weiterentwicklung festgelegt und im laufenden Jahr ggf. auch mit externen Referenten behandelt.

Seit Jahren besteht ein Qualitätszirkel mit sechs anderen Hospiz- und Pflegedienstleitungen. Dort wird jährlich eine Tagesveranstaltung für Mitarbeiter aus diesen Einrichtungen geplant. Sie besteht aus einem fachlichen Teil und lässt Raum für fallbezogenen Austausch.

In der Jahresplanung werden zum Ende des Jahres Fortbildungswünsche der einzelnen Mitarbeiter und des Teams erfasst und soweit wie möglich einbezogen.

8.6.4 Beurteilungs- und Jahresmitarbeitergespräche

Beurteilungen werden grundsätzlich zum Ende einer Probezeit angefertigt. Sie bilden die Grundlage für die endgültige Zustimmung zu einer dauerhaften Zusammenarbeit. Das Beurteilungsgespräch für neue Mitarbeiter in der Pflege führt die Pflegedienstleitung. Für die anderen Mitarbeitergruppen ist die Leitung zuständig.

Das Jahresmitarbeitergespräch hat zum Ziel, in einem vertrauen Rahmen eine Bestandsaufnahme zur Kooperation und Zusammenarbeit, zu persönlichen Entwicklungsprozessen, Wünschen und Erwartungen, besonderen Vorkommnissen etc. zu machen. Es grenzt sich von einem Beurteilungs- und Konfliktgespräch ab, welches in der Regel anlassbezogen angesetzt wird.

8.6.5 Handlungsstandards

Sie sichern Verbindlichkeit in Arbeitsabläufen, helfen, zeitliche Ressourcen anders zu nutzen und definieren eine Qualität.

Für folgende Bereiche liegen Standards oder Handlungsabläufe vor:

- **für den Bereich der Pflege**
- **zur Struktur und Organisation**
- **zur Hygiene und Desinfektion**
- **für den Bereich der Hauswirtschaft**
- **für das Ehrenamt**
- **für die Mitarbeiterführung**

8.6.6 Arbeitsgruppen

Diese Gruppe besitzt keine feste personelle Besetzung und hat keinen festen Besprechungstermin. Sie wird von der Leitung o. Pflegedienstleitung in Absprache mit dem Team bzw. den Teilnehmenden einberufen, wenn Standards erarbeitet, erneuert oder überprüft werden sollen. Ergebnisse werden in der Dienstbesprechung zur endgültigen Festschreibung vorgestellt.

8.6.7 Qualitätszirkel

Diese Gruppe wird koordiniert durch die QM Beauftragte, in enger Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung. Sie besteht aus 4 festen Pflegefachkräften, die ein besonderes Augenmerk darauf haben, die Qualität des Hauses zu erhalten und weiterzuentwickeln.

8.6.8 Fachliteratur / Fachzeitschriften

Die Akademie am Johannes-Hospiz verfügt über eine umfangreiche Ausstattung mit Fachliteratur und steht allen Pflegenden in Absprache mit dem dortigen Leiter zur Verfügung.

Folgende Fachzeitschriften sind vorhanden:

- Die Hospizzeitschrift“ des Hospiz-Verlag
- Zeitschrift für Palliativmedizin“ der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
- „Hospiz-Dialog“ ALPHA-Westfalen, Münster (Ansprechstelle im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung)

8.6.9 Supervision

Die supervisorische Begleitung aller hauptamtlichen Mitarbeiter, die auf Grund ihrer Aufgaben und Tätigkeiten mit Bewohnern und ihren Zugehörigen in Kontakt kommen, ist fester Bestandteil des Personalmanagements. Supervisionen werden in der Regel 7 mal im Jahr durchgeführt und sind im Jahresprogramm hinterlegt. Sie können aber auch außer der Reihe stattfinden, wenn Bedarf besteht. Sie finden in der Arbeitszeit statt, die Teilnahme kann daher nur abgesagt werden, wenn sie begründet ist.

8.6.10 Fallbesprechungen / ethische Fallbesprechungen

Diese werden anlassbezogen angesetzt. Eingeladen sind je nach Situation behandelnde Ärzte, Angehörige, Seelsorger und beteiligte Mitarbeiter des Teams. Sofern eine ethische Fallbesprechung notwendig ist, steht dafür ein Konzept und Leitfaden zur Verfügung, mit dem eine möglichst „weite Betrachtung“ erreicht werden kann.

8.6.11 Konzept- und Standardordner

Um jedem Mitarbeiter jederzeit die Möglichkeit zu geben, sich selbstständig Informationen zu verschaffen, ist ein Ordner mit dem Haus- und Pflegekonzept, sowie den vorhandenen Standards an einem zugänglichen Ort hinterlegt.

9. Trauerarbeit und Trauerbegleitung

Angehörige bzw. Personen, denen der Verlust eines nahen Menschen bevorsteht bzw. der stattgefunden hat, suchen ggf. neben der Begleitung durch ihr persönliches Umfeld Unterstützung durch Personen oder Einrichtungen, die darauf eingestellt und vorbereitet sind.

Das Johannes-Hospiz sieht seinen gesellschaftlichen Auftrag auch darin, Menschen, die nach dem Verlust eines ihnen nahen Menschen keine ausreichende Unterstützung im persönlichen Umfeld finden, ihnen einen Ort, Angebote und Personen bereit zu stellen, die professionell und ohne Kosten Hilfe anbieten. Regelmäßig öffnet z.B. das Trauercafe bzw. finden moderierte Gruppen für Trauernde statt. Ebenso werden Wanderungen und Kochgruppen angeboten.

10. Kooperation mit externen Berufsgruppen / Dienstleistern / Institutionen

10.1 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

Kern der größtmöglichen Reduzierung von krankheitsbezogenen Beschwerden bildet eine professionelle palliativmedizinische Versorgung. Dafür verantwortlich ist der behandelnde Haus- oder ggf. konsiliarisch tätige Palliativarzt. Daher ist eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit ihm unerlässlich. Anspruch seines Patienten ist es, vorausschauend

alle zu erwartenden und denkbaren Entwicklungen im Krankheitsverlauf abzuwägen und die aktuelle und ggf. benötigte Therapie als Bedarfstherapie schriftlich festzulegen. Für nicht erwartete, aber dennoch eingetretene Entwicklungen bleibt es notwendig, kurzfristig reagieren zu können. Daher muss mit dem Arzt seine Erreichbarkeit abgesprochen sein. Sollte diese nicht gewährleistet bleiben, muss zwischen ihm, seinem Patienten bzw. dessen Bevollmächtigten und den Pflegenden eine für den Patienten und die Pflegenden akzeptable Vertretungssituation geschaffen werden. Diese kann z.B. darin bestehen, dass Ärzte des Palliativnetzes Münster oder andere Ärzte angesprochen werden.

10.2 weitere Kooperationen

- Zusammenarbeit mit der „Klaraapotheke“
- Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis „Terstegge und Plake“
- Versorgung durch „Medical Order Services“
- Zusammenarbeit mit der Friseurin
- Zusammenarbeit mit dem Fußpfleger
- Zusammenarbeit mit verschiedenen „Sanitätshäusern und deren Dienstleistungen (Stomaversorgung ...)

11. Konzept zur ehrenamtlichen Mitarbeit

Das Konzept ist zusammen mit dem Haus- und Pflegekonzept an einem für alle zugänglichen Ort hinterlegt.

12. Konzept für die hauswirtschaftliche Arbeit

Das Konzept ist an einem für alle zugänglichen Ort im Hauswirtschaftsbereich hinterlegt.