

Vorwort

Das Alten- und Pflegeheim Waldesruh befindet sich in idyllischer Waldrandlage am Staatsforst Stühe. Es gehört zum Ortsteil Immer der Gemeinde Ganderkesee im Landkreis Oldenburg.

Um das Altenheim führen etliche Spazierwege in den Wald, der die Grenze zur Nachbargemeinde Dötlingen bildet. In der Nähe liegen ein kleiner See, Felder und Wiesen. Sie und der große Garten laden zu beschaulichem Wandern und Verweilen ein. Zwei Gänse, zwei Enten, fünf Hennen und ein Hahn, ca. zwanzig Wellensittiche unterschiedlichster Herkunft, zwei Papageien und etliche Zierfische, sowie drei Kater sorgen für Kommunikation über und mit der Natur.

In etwa fünf Minuten erreicht man an der Stüher Straße eine Bushaltestelle. Die Stüher Straße führt weiter nach Bürstel und dann nach Ganderkesee auf der einen Seite und in die andere Richtung nach Klattenhof und Brettorf.

Das Alten- und Pflegeheim Waldesruh ist Ansprechpartner für mehr oder minder pflege- und oder betreuungsbedürftige Bewohner. Die meisten Heimbewohner kommen aus dem näheren Umfeld, ca. 50 Prozent aller Bewohner kennen das Heim als Bestandteil „Ihrer“ Gemeinde. Die anderen Bewohner kommen aus den Nachbargemeinden oder haben Angehörige, die jetzt in der Gemeinde Ganderkesee wohnen und leben, und die ihre Angehörigen zu sich holen und mit ihren Lebensraum verbinden.

Geschichte des Heimes

Das Heim entstand zunächst in Ganderkesee im Jahre 1946 als Kriegsfolgeeinrichtung für Vertriebene und Flüchtlinge aus Oberschlesien, die aufgrund seelischer, körperlicher oder geistiger Gebrechen untergebracht und betreut werden mussten. Im Jahr 1948 wurden diese 30 Bewohner in zwei Baracken nach Immer verlegt.

Im Jahr 1953 kaufte die Gemeinde Ganderkesee die beiden Baracken und eine Abstellbaracke und wurde damit sowohl Betreiber als auch Eigentümer.

Der Nutzungszweck hatte sich mittlerweile vom reinen Auffanglager zum Altenheim gewandelt.

1952 waren von den 39 aufgenommenen Personen bereits 29 über 65 Jahre alt.

1963 wurde aus dem Heim auch bildlich ein Heim. An das alte Haupthaus wurde ein großer, moderner Erweiterungsbau angeschlossen, sodass die kalten Winter in der Notbaracke am Rande des Stühe nur noch Geschichte waren. Das Sozialministerium wünschte den damaligen „Insassen“, dass sie sich im neuen Haus geborgen und gesichert fühlen mögen. Eine Bewohnerin freute sich so sehr, dass sie dem zuständigen Bauunternehmer die damals horrenden Summe von 20,00 DM in die Hand drückte damit er Bier für die Bauarbeiter besorge. Die Aufnahmekapazität des Heimes erreichte damals mit Fertigstellung des Anbaus 50 Bewohner.

In den 90igern erhielt das Haus sein heutiges Aussehen, ein erneuter Erweiterungsbau mit 4 Doppelzimmern und zwei Einzelzimmern für die Kurzzeitpflege und ein großer heller Wintergarten komplettierten die Anlage. Zur Jahrtausendwende wurde dem Alters- und Pflegeheim noch eine kleine Erweiterung zuteil. Ein Mehrzweckraum wurde angebaut, der den würdigen und hygienischen Rahmen für Friseur und Fußpflege bildet.

Am 01.09.2005 wurde das Alten- und Pflegeheim Waldesruh von der Gemeinde Ganderkesee in private Hände gelegt. Die Kückens – Altenpflegeheim, Inh. Schröder & Griepenburg OHG übernahm im September 2005 den Betrieb.

Leitbild des Trägers

Die Schröder & Griepenburg OHG als Betreiber und Träger der Einrichtung hat das Pflegeheim Waldesruh am 01.09.2005 als Regiebetrieb der Gemeinde Ganderkesee übernommen.

Hintergrund der Übernahme waren die Ordnungspolitischen Veränderungen im Bereich der Stationären Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen.

Zudem hatte die Einrichtung seit Jahren erhebliche finanzielle Defizite aufgrund der Tarifbindungen des öffentlichen Dienstes erwirtschaftet. Zusätzlich ist im Laufe der Jahre ein erheblicher Sanierungsbedarf entstanden.

Aufgrund von Auflagen der Kommunalaufsicht des Landkreises musste die politische Gemeinde Ganderkesee sich von dieser Einrichtung trennen.

Zudem ist in der Niedersächsische Gemeindeordnung die Stationäre Altenpflege keine Pflichtaufgabe der Gemeinde. Freiwillige Leistungen stehen grundsätzlich unter einem Finanzierungsvorbehalt und werden bei defizitären Haushalten Kommunalrechtlich beanstandet.

Auftrag der Einrichtung ist: alte und pflegebedürftige Personen aufzunehmen, zu unterstützen, zu pflegen und sozial zu Betreuen.

Die Schröder & Griepenburg OHG führt das Heim unter Wahrung der Würde der Heimbewohner, die sich ihm anvertrauen. Es bemüht sich, dafür zu sorgen, dass Heimbewohner im Geiste friedlicher Nachbarschaft und gegenseitiger Rücksichtnahme zusammenleben.

Leitbild des Alten- und Pflegeheimes

Aufbau, Organisationsstruktur, Führungsstil und fachliche Arbeit in der Altenhilfe leiten sich von einem humanistischen und demokratischen Menschenbild ab, welches die Einmaligkeit und Würde des Einzelnen in den Mittelpunkt stellt und seine Zugehörigkeit zu Netzwerken fördert und unterstützt.

Für das Alten- und Pflegeheim leitet sich aus unserem humanistischen Grundgedanken eine holistische (ganzheitliche) Betrachtung des Menschen ab. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit und begründen in ihrer stetigen Wechselwirkung auf einander und zu dem sozialen Umfeld unseren Blick auf den ganzen Menschen. Unter Berücksichtigung der Biographie und der bisherigen Lebensgewohnheiten möchten wir dem Menschen ein Höchstmaß an Lebensqualität und Zufriedenheit ermöglichen. Wir achten auf eine möglichst selbstständige Lebensführung, die es zu erhalten oder wiederherzustellen gilt.

Struktur der Heimbewohner und Gäste

Die Bewohner und Gäste unseres Hauses kommen überwiegend aus der näheren Umgebung, das bedeutet aus dem Landkreis Oldenburg oder der Stadt Delmenhorst. Bei den übrigen Bewohnern ist oftmals die Nähe zu hier wohnenden Angehörigen ein Entscheidungsfaktor für unser Heim.

Die 60 Heimplätze in unserem Haus sind überwiegend an Dauerbewohner vergeben. Etwa 5 % der Belegung wird von Gästen der Kurzzeitpflege ausgefüllt. Die Vertrautheit mit den Gelegenheiten in unserem Heim, die nach mehreren Kurzzeitpflegeaufenthalten entsteht, hat schon einige Gäste dazu veranlasst, sich ganz für einen Dauerplatz in unserem Haus zu entscheiden.

Das zahlenmäßige Verhältnis der weiblichen zu männlichen Bewohnern überwiegt mit 69 Prozent. Eine steigende Tendenz bei der Aufnahme männlicher Bewohner ist in den letzten Jahren zu bemerken.

Das Durchschnittsalter aller Heimbewohner der letzten drei Jahre liegt bei 83,38 Jahren.

Wurden bei der Eröffnung des Heimes vielfach Altenheimplätze von den Bewohnern benötigt, so hat sich im Laufe der Jahre der Pflegebedarf bei den Bewohnern erhöht. Die Zuordnung der Pflegestufen wie folgt (Stichtag: 01.01.2004):

Stufe 0 : 5,77 % der Bewohner
Stufe 1: 46,15 %
Stufe 2: 25,00 %
Stufe 3: 23,08 %

Einige Bewohner sind bereits seit vielen Jahren in unserem Haus.

Allgemeines zur Mitarbeiterstruktur unseres Alten- und Pflegeheimes

Das Alten- und Pflegeheim Waldesruh ist eine Einrichtung, in der die Mitarbeiter fast alle anfallenden Arbeiten selbst im Haus verrichten. Es gibt keine sogenannten „Fremdfirmen“. Alle Mitarbeiter sind direkt bei der Gemeinde Ganderkesee angestellt. Im Einzelnen gibt es für jeden Funktionsbereich eine Stellenbeschreibung.

Wir, die Mitarbeiter, können also stolz berichten, dass wir selbst kochen und selbst waschen, selbst pflegen und betreuen, selbst reparieren und selbst herstellen. Dementsprechend haben wir die unterschiedlichsten Mitarbeiter, die wir in Organisationseinheiten kurz darstellen möchten:

Verwaltung –
Heimleitung

Aufgaben – Aufnahme von Bewohnern, Angehörigengespräche, Bewohnergespräche, z.B. zur Unterstützung bei allen verwaltungstechnischen und behördlichen Angelegenheiten, Tätigkeiten im Rahmen der Abrechnung, allgemeiner Schriftverkehr und Aktenführung, aber auch Beratung bei allen psychosozialen Problemen. Die Verwaltung von Abrechnungen und geschäftlichen Belangen wurde in das Kückens Altenpflegeheim in Berne verlagert.

Pflegedienst-

Im Pflegedienst sind zurzeit 11 Mitarbeiter beschäftigt. Ansprechpartner für alle Pflegemitarbeiter ist die Pflegedienstleitung, die für die Dienstplangestaltung, die Urlaubsplanung und die Qualität in der Pflege verantwortlich ist. Ihr zur Seite steht eine Qualitätsbeauftragte.

Wir sind auf dem besten Wege ein Verhältnis von 50 Prozent examinierten Pflegekräften zu 50 Prozent Pflegehelferinnen für unserer Haus melden zu können.

Hauptaufgaben der Pflegemitarbeiter sind die Durchführung aller pflegerischen und betreuenden Aufgaben entsprechend des Pflegekonzepts und der Pflegestandards, die Kontaktpflege und Information für Bewohner und Angehörige und die Weiterentwicklung der Qualität in Arbeitsgruppen, sowie die Zusammenarbeit mit allen anderen Berufsgruppen, die den Heimalltag prägen und beleben.

Hauswirtschaftlicher Dienst-Konzept

Vier Bereiche werden von den Mitarbeitern im hauswirtschaftlichen Dienst abgedeckt.

Küche – Die zentrale Aufgabe der Küche ist die Herstellung von schmackhaften und altersgerechten Mahlzeiten. Die von der Küche angebotenen Mahlzeiten bieten zum einen durch ihre Regelmäßigkeit eine Tagesstrukturierung und sorgen zum anderen mit ihren unterschiedlichen Angeboten für Abwechslung.

Bei der Zubereitung der Speisen werden ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt. Das Eingehen auf Bewohnerwünsche ist der Küche ein zentrales Anliegen. Der Heimbeirat wird bei der Speiseplanung mit einbezogen.

In der Küche sind drei Mitarbeiter beschäftigt, die unter Anleitung des Koches und in Abstimmung mit dem Heimbeirat den Speiseplan anfertigen und nach Absprache mit den Pflegemitarbeitern die diätischen Maßnahmen treffen.

Geboten werden dann Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee, Abendessen, eine Spätmahlzeit und bei Bedarf eine Frühmahlzeit.

Waschküche – Die zentrale Aufgabe dieses hauswirtschaftlichen Bereiches ist die Bereitstellung von gepflegter, sauberer Leibwäsche und Kleidung sowie Textilien für die Wohnräume. Ziel der Arbeit ist es, zum Wohlbefinden der Bewohner beizutragen. Zwei teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter kümmern sich um die Bewohnerwäsche, nähen hier Knöpfe an und Säume um, bügeln und sortieren die Wäsche, die in die Reinigung geht, aus.

Reinigung des Hauses – drei teilzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen sind für Sauberkeit und Hygiene im gesamten Haus zuständig. Zudem tragen sie mit ihren Dekorationsideen zur wohnlichen Atmosphäre im Haus bei.

Die Sauberkeit ist eine Selbstverständlichkeit. Die Hausreinigung ist effizient und erfolgt mit modernen und umweltfreundlichen Reinigungsmitteln.

Reinigung von Bewohnerzimmern:

Mindestens einmal wöchentlich eine umfassende Reinigung.

Einmal täglich findet eine Sichtreinigung statt.

Eine Grundreinigung wird einmal jährlich oder bei Auszug, Verlegung oder Tod des Bewohners durchgeführt.

In regelmäßigen Abständen reinigen wir Fenster und waschen die hauseigenen Gardinen.

Reinigung der Pflegezimmer:

Die Pflegezimmer bedürfen der besonderen Reinigung, da dort unvermeidbar eine größere Verschmutzung auftreten kann. Besondere Richtlinien regeln die Qualität der Hygiene. Dazu gehört:

Einmal täglich findet eine Sichtreinigung statt.

Montag – Samstag wird je eine Unterhaltsreinigung durchgeführt.

Eine Grundreinigung wird zweimal jährlich sowie bei Auszug, Verlegung oder Tod des Bewohners durchgeführt.

In regelmäßigen Abständen reinigen wir Fenster und waschen die Gardinen.

Reinigung der sanitären Einrichtungen

Die sanitären Einrichtungen werden sechsmal in der Woche gereinigt und einer laufenden Sichtreinigung unterzogen.

Es erfolgt eine ständige Versorgung mit genügend Toilettenpapier, Papierhandtüchern und Flüssigseife. Während der Reinigung wird der Raum gut gelüftet. Soweit erforderlich werden Lufterfrischer und Desinfektionsmittel verwendet.

Reinigung der Nebenräume und Flure

Montag - Samstag wird eine gründliche Reinigung vorgenommen und täglich eine Sichtreinigung.

Hausmeister – Die Haustechnik dient der Qualitätssicherung. Sie ist verantwortlich für die Erhaltung der Gebäude, des Hausrats, der technischen Anlagen und Außenanlagen.

Der Hausmeister nimmt sich aller Probleme technischer und mechanischer Ursache in Haus und Gartenanlage an. Er ist Ansprechpartner für alle Probleme der Bewohner, wenn es um Beleuchtung und/oder Fernseher oder aufzupumpende Rollstuhlräder geht. Er ist an der Schaffung eines angenehmen Hausklimas für Bewohner und Mitarbeiter beteiligt. Zudem kümmert er sich um unseren Tierbestand. Der Hausmeister ist direkt der Heimleitung unterstellt.

Führungsstil und Arbeitsstrukturen

Ein humanistisches und demokratisches Leitbild erfordert einen ebensolchen Führungsstil. Wir haben uns darauf geeinigt diesen Führungsstil als kooperative Führung zu benennen. Der Vorgesetzte unterstützt und berät den Mitarbeiter bei der Erfüllung seiner konkreten Aufgaben und fördert ihn in der Kompetenz- und Verantwortungsübernahme.

Jeder Mitarbeiter ist verantwortlich für seinen Arbeitsbereich und misst sich am Internationalen Kodex der Pflegenden.

Der Kodex für Pflegende des International Council of Nurses

Ethische Begriffe und Normen und ihre Anwendung in der Pflege

Die Pflegenden haben vier grundlegende Aufgaben:

- Gesundheit zu fördern,
- Krankheit zu verhüten,
- Gesundheit wiederherzustellen,
- Leiden zu lindern

Weltweit besteht Bedarf an Pflege. Der Pflege inhärent ist die Achtung vor dem Leben, vor der Würde und den Grundrechten des Menschen.

Die Pflege wird ohne Unterschied aufgrund Nationalität, der Rasse, des Glaubens, des Alters, des Geschlechts, der politischen Überzeugung oder des sozialen Status ausgeübt. Die Pflegenden üben ihre Dienstleistung im Bereich der Gesundheitspflege zum Wohle des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft aus. Sie arbeiten hierin mit anderen Berufstätigen zusammen.

Die Pflegenden und der Mitmensch

Die Interessen der pflegebedürftigen Menschen setzen die Pflegenden immer an erste Stelle. Sie sorgen dafür, dass ein therapeutisches Klima geschaffen wird, in dem die Normen, Gewohnheiten und der Glaube des Patienten respektiert werden.

Außerdem respektieren sie das Vertrauen, das man beim Geben von persönlichen Mitteilungen in sie setzt, und sie sind sich ihrer Verantwortung bewusst, die dieses Wissen mit sich bringt.

Die Pflegenden und die Berufsausübung

Sie sind persönlich für die Ausübung ihres Berufes verantwortlich. Es wird von ihnen erwartet, dass sie ihren Fachverstand auf dem Laufenden halten und nach dem höchsten Stand der Pflegequalität streben, der in den gegebenen Situationen möglich ist. Sie nehmen im Rahmen ihrer Verantwortung für das Handeln bei der Übernahme und Delegation von Verantwortlichkeiten ständig Rücksicht auf die eigene Sachkunde und den eigenen Fachverstand.

Wenn sie beruflich tätig sind, werden sie immer eine solche Haltung in den persönlichen Kontakten einnehmen und aufrechterhalten, dass der Beruf nicht in Misskredit gebracht wird.

Die Pflegenden und die Gesellschaft

Als verantwortliche Mitglieder der Gesellschaft haben sie die Aufgabe, Initiativen zu ergreifen und Aktivitäten zu unterstützen, die bei der Linderung von Nöten auf dem Gebiet der Gesundheitspflege und der Wohlfahrt helfen.

Die Pflegenden in Zusammenarbeit mit anderen

Sie sorgen für die Aufrechterhaltung einer guten Zusammenarbeit mit Tätigen im Bereich der Gesundheitspflege und anderen Berufstätigen. Sie treffen geeignete Maßnahmen, um den einzelnen zu schützen, wenn seine Pflege durch einen Mitarbeiter oder durch andere gefährdet wird.

Die Pflegenden und der Beruf

Die Pflegenden sind maßgebend beim Festsetzen von Normen bezüglich der Berufsausübung und der Berufsausbildung.

Sie haben wirksamen Anteil am Entwickeln von wissenschaftlichen Grundlagen des Berufs.

Sie nehmen als Mitglied von Berufsverbänden teil an der Herstellung und Erhaltung von gerechten sozial-ökonomischen Arbeitsbedingungen

Auch ein Führungsstil sollte sich an der Ergebnisqualität bemessen lassen. Kriterien hierfür können sein:

- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
- Verbesserung der Fachkompetenz
- Autonomiezuwachs
- Professionalisierung

Die an der Pflege und Versorgung Beteiligten arbeiten partnerschaftlich zusammen. Hierzu gehört ein gegenseitiger Informationsaustausch.

Durch monatliche Dienstbesprechungen mit jeweils einer Berufsgruppe und einer Abgesandten der anderen Berufsgruppen wird der Informationsfluss aufrechterhalten.

Auch bei der mittäglichen Dienstübergabe ist ein Vertreter der Küchenmitarbeiter dabei.

Mit dem Heimbeirat wird eng zusammengearbeitet. Der Heimbeirat trifft sich unabhängig von allen Mitarbeitern. Auf Wunsch des Heimbeirates nehmen Heimleitung und/oder Pflegedienstleitung oder Mitarbeiter der Küche an den Besprechungen teil.

Qualitätsmanagement

Um ein Qualitätsmanagement aufzubauen und zu betreiben, muss man sich mit dem Begriff Qualität im Dienstleistungsunternehmen Alten- und Pflegeheim auseinandersetzen. Auseinander genommen ist ein

Dienst: Bedürfnisse und Erwartungen des Kunden
erkennen und bedienen

Leistung: Professionelles Arbeiten

Unternehmen: Planung und Koordination der Leistungen

Die Qualität bemisst sich demnach daran, wie ein Unternehmen die Planung und Koordination der Leistungen umsetzt, um den Bedürfnissen der Kunden zu entsprechen.

Im Alten- und Pflegeheim wird die Qualität allerdings nicht nur von den Kunden bewertet, sondern auch von den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger), dem Träger der Einrichtung, den Mitarbeitern der Einrichtung und vom

Gesetzgeber. In diesem Spannungsfeld definiert Pflegequalität sich neu als Gradmesser der Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und den Bedürfnissen des Bewohners und der wirklich geleisteten Pflege.

Dieser Qualitätsbegriff (nach Donabedian) wird allgemein, da in jedem Alten- und Pflegeheim, in jeder Klinik andere Bedingungen herrschen, unterteilt in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Mit diesen Begriffen versucht man Qualität vergleichbar zu machen.

Qualitätsmanagement beschäftigt sich damit, alle Tätigkeiten eines Unternehmens, transparent, zielgerecht und verantwortlich zu erfassen, die vorhandene Qualität zu sichern und zu verbessern. Qualitätsmanagement ist somit ein Prozess, der nie endet und kontinuierlich weitergeführt wird.

Instrumente dieses Qualitätsmanagements sind:

- Qualitätszirkel der Mitarbeiter
- Pflegestandards,
- der Pflegeprozess,
- das Pflegedokumentationssystem und
- die Pflegevisite.

Ferner gehören Beschwerdemanagement, Einarbeitungskonzept und kontinuierliche Fortbildungsveranstaltungen in die Systematik sich steigender Qualität.

Leistungsbeschreibung

Strukturqualität:

Das Alten- und Pflegeheim Waldesruh ist zwar älterer Bauart, jedoch den neueren Anforderungen jeweils angepasst worden.

Zur Ausstattung: Ein stufenloser Eingangsbereich führt am Heimleitungs- und Pflegeleitungsbüro in den Wohnbereich und weiter in einen Aufenthaltsbereich mit Raucherecke und Fernsehraum. Dem schließt sich der große Speisesaal an.

Die Bewohnerzimmer sind, wenn gewünscht individuell zu gestalten. Eigene Möbel und eigene Wäsche helfen den Bewohnern sich einzuleben und ihre Individualität zu erhalten.

Zwei Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren Bedienelementen verbinden das Erdgeschoss für die Bewohner mit dem Wohnbereich im Obergeschoss.

Alle Flure sind mit Handläufen ausgestattet. Auch die behindertengerechten Toiletten, Bäder und Duschen auf jeder Etage sind mit Haltegriffen ausgestattet.

Eine Notrufanlage ermöglicht jedem Bewohner jederzeit schnelle Hilfe.

Höhenverstellbare Pflegebetten, ein rutschfester Boden, eine Nachtbeleuchtung und Orientierungshilfen an Badezimmern und Funktionsräumen sollen Sicherheit, Zufriedenheit und Beweglichkeit des Bewohners fördern.

Viele Pflegehilfsmittel, wie Badewannenlifte, Lagerungskissen, Rollstühle und Rollatoren, Bettpfannen, Rollstühle für leichtere Begleiten im Haus, sowie Antidekubitusfelle stehen den Bewohnern zur Verfügung.

Tagesstruktur und Feierlichkeiten

Wichtig sind nicht nur die räumlichen Möglichkeiten; sondern auch die Angebote, die Geist, Herz und Seele stärken, erfreuen oder trösten.

Alle zwei Wochen wechseln sich der katholische und der Evangelische Geistliche hier im Haus mit einer Andacht ab. Einmal im Jahr gibt es einen besonderen Waldgottesdienst, der auch die Bewohner der Ortsteile Immer und Bürstel anzieht. Bei allen besonderen Veranstaltungen wird Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit den Kirchen gelegt, die uns begleiten und unterstützen.

Stolz sind wir auf unsere jahreszeitlichen Feste. Im Frühjahr wird mit dem Fasching der Winter vertrieben. Die Prinzenpaare der Gemeinde stellen sich und ihr Programm den Bewohnern vor, eine Woche später feiern die Bewohner mit eigenem körperlichem Einsatz ihr eigenes Faschingsfest. Im Frühjahr wird alljährlich eine gemeinsame große Busfahrt unternommen. Ein Sommerfest im Garten mit selbstgebackenem Kuchen und Flohmarkt, sowie allerlei Musik, lockt auch die Bewohner der Gemeinde an, die sonst nicht so viel mit dem Alten- und Pflegeheim zu tun haben und bieten so einen anderen Erfahrungsaustausch an. Im Herbst wird neben Erntedank auch der Kramermarkt gefeiert.

Nächster Höhepunkt ist die Weihnachtszeit, die mit einem katholischen Kaffeenachmittag eingestimmt wird. Am ersten Advent findet ein weihnachtlicher Basar statt, wieder mit selbstgebackenem Kuchen und mit selbsterstellten großen und kleinen Kostbarkeiten, die die Nachbarschaft und andere Gemeindemitglieder ins Haus ziehen. Eine große Weihnachtsfeier mit Musik und Darbietungen aus Schule und Kinderhort und den Herren und

Damen aus Gemeinde, Sozialausschuss und sonstigen wichtigen Gremien ist der Höhepunkt der Weihnachtsfeierlichkeiten, die nichts desto trotz am Heiligen Abend eine kleine besinnliche Weihnachtsfeier für die daheim Gebliebenen nach sich zieht. Sylvester vertreiben wir standesgemäß mit einem Feuerwerk.

Neben diesen Feierlichkeiten und Festen bestimmt eine auf die Bewohner abgestimmte Tages- und Nachtstruktur den Tagesablauf. Neben den fünf Mahlzeiten Frühstück, wer möchte bekommt ein Frühmahlzeit vor dem Frühstück, Mittag, Nachmittagskaffee, Abendbrot und Spätmahlzeit, stehen jedem Bewohner in seinem Zimmer Getränke seiner Wahl zur Verfügung. Eine Saftbar in der alten Eingangshalle und Mineralwasser in den Aufenthaltsräumen stehen jederzeit zur Verfügung.

| | | |
|---------------|-------------------|--------------|
| Essenszeiten: | Frühstück | ab 8:00 Uhr |
| | Zweites Frühstück | ab 10:00 Uhr |
| | Mittag | ab 12:00 Uhr |
| | Kaffee | ab 15:00 Uhr |
| | Abendbrot | ab 18:00 Uhr |
| | Spätmahlzeit | ab 20:00 Uhr |

Gedächtnistraining, Sitzgymnastik, nachmittägliche Lese- und Singstunden, eine Akkordeongruppe, Bastelnachmittage und Spielnachmittage sollen die Bewohner anregen, Neues zu erlernen und auf Altes und Bewährtes zurückzugreifen. Dia-Shows über ferne Länder, aber auch der Film unseres letzten eigenen Ausfluges oder Festes stehen auf dem Programm.

Wir arbeiten mit Logopäden, Krankengymnastinnen, Ergotherapeuten, Masseuren auf ärztliche Anregung und auf privaten Wunsch zusammen.

Ein Friseur, die Fußpflegerin stehen den Bewohnern in regelmäßigen Abständen in unserem Frisiersalon zur Verfügung

Ein „rollender Kaufmann“ versorgt uns mit dem, was sich die Bewohner/innen ganz individuell wünschen.

Natürlich arbeiten wir mit den ortsansässigen Ärzten und Fachärzten zusammen, ebenso wie mit den Krankenhäusern der Region.

Kontakte zu Sozialstation, anderen stationären und ambulanten Diensten, Behindertenfahrdiensten werden gepflegt.

Pflegemodell

Das im Trägerleitbild beschriebene holistische Menschenbild ist Grundlage unseres Pflegemodells. Schon Hippokrates schrieb: „Krankheit ist nicht lokal begrenzt, es ist immer der ganze Mensch krank“. Für unsere heutige ganzheitliche Sichtweise bilden sozialwissenschaftliche und naturwissenschaftliche Theorien den weiteren umfassenden Rahmen, der in der modernen pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Tragen kommt.

Für das Alten- und Pflegeheim Waldesruh haben wir uns entschieden das Pflegemodell von Frau Monika Krohwinkel anzuwenden, denn es beinhaltet unserer Meinung alle Aspekte menschlichen Lebens, alle medizinisch-naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Theorien werden als Begleitwissenschaft genutzt.

Frau Krohwinkel ist Professorin für Pflege an der Fachhochschule in Darmstadt. Sie führte die erste wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch. Diese Studie beruhte auf dem von ihr und Roper entwickeltem Modell einer ganzheitlich, rehabilitativen Prozesspflege. Das Modell versucht auf möglichst einfachem Weg alle Lebensbereiche zu erfassen und beschreibbar zu machen. So gliedert sie die Lebensaktivitäten und Erfahrungen des Lebens in dreizehn Bereiche auf. (AEDL)

Diese Bereiche sind:

1. kommunizieren
2. sich bewegen
3. vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
4. sich pflegen
5. essen und trinken
6. ausscheiden
7. sich kleiden
8. ruhen und schlafen
9. sich beschäftigen
10. sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. für eine sichere Umgebung sorgen
12. soziale Bereiche des Lebens sichern
13. mit existenziellen Erfahrungen umgehen

Pflegekonzept

Das Pflegekonzept ergibt sich aus unserem Pflegeverständnis, siehe Leitbild, und dem von uns gewählten Pflegemodell (Krohwinkel). Im Hinblick auf eine aktivierende, individuelle Betreuung und Begleitung soll mittels der Bezugspflege die im Folgenden dargestellte Prozessqualität unser Vorgehen systematisieren.

Prozessqualität

Der Pflegeprozess soll ein Prozess individueller Problemlösungen und Beziehungsstrategien sein. Er besteht aus vier sich gegenseitig beeinflussenden Phasen.

1. Pflegeanamnese
2. Pflegeplanung und Maßnahmen
3. Kreative Umsetzung der Pflegeplanung (Dokumentation)
4. Evaluation vor dem Hintergrund einer Soll-Ist-Analyse plus Feedback (z.B. durch Pflegevisiten)

In der ersten Phase wird der Pflegebedarf erhoben. Hierbei werden Probleme und Fähigkeiten in den **AEDLs** beschrieben und in der nächsten Phase in pflegerrelevante Maßnahmen umgesetzt. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen erfordert ein professionelles Wissen über Pflegemethoden, die unterstützend und anleitend die Selbstpflegeaktivitäten der Bewohner berücksichtigen. In der Auswertungsphase (Evaluation) können Professionalität und Effektivität der angewandten Maßnahmen überprüft und neu gewertet werden und andere Ziele gesteckt werden.

Eine fördernde Prozesspflege soll den Bewohner und seine Bezugsperson im pflegerischen Prozess als Mensch würdigen, ihn unterstützen und fördern, seine Autonomie, sein Denken und Wollen, sein Entscheiden, Selbst-Handeln und seine Emotionalität berücksichtigen.

Dieser Ansatz soll es uns ermöglichen nicht die Defizite und Abweichungen allein wahrzunehmen, sondern herauszufinden, was der Bewohner kann, welche Fähigkeiten er hat und wie wir ihn unterstützen können. Wir möchten den Teil Gesundheit unterstützen, der dem Bewohner Wohlbefinden und Unabhängigkeit verschafft.

Im Einzelnen hier unsere pflegerischen und betreuenden Aktivitäten: entnommen der Anlage 1 zum Heimvertrag, der Leistungsbeschreibung

-Inhalt der Pflegeleistungen sowie Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen- gemäß §75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

§ 1

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

1. Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens und zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.
2. Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch –pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen.
3. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

Hilfen bei der Körperpflege

Ziele der Körperpflege

Die Körperpflege umfasst:

das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschegelegenheit, das einfache Schneiden von Fuß- und Fingernägeln, das Haare waschen und trocknen , Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege, und zum/zur Friseur/in.

die Zahnpflege;
diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parotitisprophylaxe,

das Kämmen;
einschließlich Herrichten der Tagesfrisur,

das Rasieren;
einschließlich Gesichtspflege

Darm- oder Blasenentleerung;
Einschließlich der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

Hilfen bei der Ernährung

Ziele der Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung (einschließlich notwendiger Diätkost) ist anzustreben. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme ist der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln zu fördern und zu ihrem Gebrauch anzuleiten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrunde liegenden Problemen erforderlich.

Die Ernährung umfasst:

Das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung; hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z.B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck. Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

Hilfen bei der Mobilität

Ziele der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau überschießenden Bewegungsdrangs sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

Beim Zubettgehen und Aufstehen sind die Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen.

Die Mobilität umfasst:

Das Aufstehen und das Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;
Das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbstständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel.

Das Gehen, Stehen, Treppensteigen;

Dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich bewegen, z.B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände.

Konzept der Demenzgruppe

Im Vordergrund steht die psychische Betreuung demenziell erkrankter Bewohner, wobei die Grund- und Behandlungspflege nicht außer Acht gelassen wird. Persönlichkeitsachtung zwischen den Mitbewohnern und den Betreuern stärkt das Selbstwertgefühl und die eigene Wahrnehmung. Zielsetzung ist das Wiedergewinnen, die Erhaltung des Lebensmutes und das Gefühl des „Gebraucht Werdens“. Das soziale Verhalten der Gruppenmitglieder wird mittels Ermunterung zur gegenseitigen Hilfe in Akzeptanz und Toleranz gewandelt. Zwischenmenschliche Beziehungen werden gefördert.

Wichtig für Demenzkranke ist eine klare Tagesstruktur. Beschäftigungsangebote wie z. B. körperliche Mobilisation, außerhäusliche Aktivitäten, geistige Aktivierung, passive Aktivierung, Wahrnehmungstraining, sowie Kontinenz- und Toilettentraining stehen auf dem täglichen Ablaufplan.

Elementare Fähigkeiten wie Konzentration, die Förderung der psychischen Belastbarkeit und die Hilfe zur Umstellung auf das neue Lebensumfeld wird gegeben.

Oft verlorener Kontakt zu den Menschen der Umgebung wird wieder hergestellt, um sich mit ihnen auseinander zu setzen. Die Bewohner werden angehalten Bedürfnisse, aber auch Kritik zu äußern, gleichzeitig wird das Wahrnehmen der Bedürfnisse der Anderen erkannt und darauf Rücksicht genommen.

Emotionale Fähigkeiten z.B. Motivation zur Teilnahme am Gruppenleben, Lernbereitschaft und Interesse zu zeigen, sind ein weiteres Ziel der Betreuung demenziell kranker Bewohner.

Existenzielle Erfahrungen des Lebens wie Trauer, Wut, Freude und der Umgang mit Ängsten werden an Hand der Biographie der einzelnen Bewohner erkundet und mit in die Betreuungsarbeit einbezogen.

Es ist festzustellen, dass das psychische und physische Wohlbefinden verbessert und gesteigert wird, die räumliche und zeitliche Orientierung zunimmt und Verwirrheitszustände abnehmen.

Neben den pflegerischen und betruerischen Aktivitäten für alle Heimbewohner, fördern wir unsere an Demenz erkrankten Bewohner zusätzlich. Darüber hinaus gehende Leistungen für dementiell erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen:

- Hilfen bei der Körperpflege
Überwindung der Ängste gegen Pflegemittel, gegen Wasser durch einfühlsame Begleitung und „spielerischen Umgang“
Zusätzliche Reinigungen nach Bedarf
Vorbeugung gegen unzweckmäßigen Gebrauch von Pflegemitteln, z. B. Verzehr von Seifen und Cremes.
- Hilfen bei der Darm- und Blasenentleerung
Regelmäßige, immer wiederkehrende Toilettengänge, vorbeugende Toilettengänge zum Schutz gegen Einkoten und Urinieren, sowie der Beseitigung von Verschmutzungen
Begleitung und zusätzliche Hilfestellung beim Ein- und Auskleiden
Die Regelmäßigkeit des Stuhlgangs wird zusätzlich dokumentiert.
Inkontinenzmaterialien und Pflegemittel werden individuell dem Verbrauch angepasst.
- Hilfen bei der Ernährung
Hunger und Durst werden von dementen Bewohnern oft nicht wahrgenommen oder sind übersteigert. Die eigenen Bedürfnisse werden nicht oder falsch interpretiert.
Begleitung in der „Frühstücksgruppe“, um die Nahrungseinnahme zu kontrollieren und motivierend einzugreifen, individuelle Hilfestellung mit dem je eigenen Zeitrahmen zu leisten, Unstimmigkeiten mit dem Nachbarn zu schlichten, sachgemäßen Umgang mit Nahrungsmitteln zu gewährleisten
- Hilfen beim An- und Auskleiden
Bereitlegen angemessener Kleidung, unter Berücksichtigung besonderer Vorlieben und Gewohnheiten (Kittelschürze)
Hilfe bei der Reihenfolge des Bekleidens, Unterstützung bei Nichterkennen der Bekleidungsfunktion
Wahrung der Würde und der Schamgrenze bei unkontrolliertem Ausziehen
Zusätzlich erforderlicher Bekleidungswechsel, bei erheblicher Verschmutzung von Unterwäsche und Oberbekleidung
- Hilfen bei der Orientierung
Einhaltung einer regelmäßigen Tagesstruktur mit erkennbaren, wiederkehrenden Ritualen und Handlungen (Aufstehen, Ansagen von Datum und Uhrzeit, Ankündigung von Aktionen, gemeinsames Essen, gleicher Sitzplatz)
Verhindern von Störungen wie Lärm, Hektik, Abbau von Aggressionen, Unruhe und Konflikten
Ausstattung der Wohnräume mit persönlich bedeutenden Gegenständen oder Bildern
- Realitätstraining, gemeinsames Vorbereiten der Mahlzeiten, gemeinsames Abräumen und „Abwaschen“

Erleben von Sinneseindrücken, Gartennutzung, Besuch bei Vögeln, Hühnern, Gänsen

- Validierendes Arbeiten, das Erleben des verwirrten Bewohners respektieren, sich in dessen Realität einfühlen, die Gefühle achten und die Aussagen und Mitteilungen ernst nehmen, Überforderung vermeiden
- Hilfen zur Mobilität, dem gesteigerten Bewegungsdrang von dementiell erkrankten Bewohner wird durch Spaziergänge in den Garten, in den Wald, durch Bewegungsspiele, aber auch den Abwasch, das Holen und Wegbringen der Speisen entsprechen

Demente Bewohner

Um den dementen Bewohnern adäquate Hilfe zukommen lassen zu können, werden sie vor Aufnahme in die Frühstücksgruppe nach dem Mini Mental State Test kategorisiert.

Weitere Kriterien werden nach der festgestellten „eingeschränkten Alltagskompetenz, wie sie im SGB XI § 45 a dargestellt sind, angewandt. Im Assesment muss insgesamt zweimal eine Übereinstimmung gegeben sein, für die Punkte 1 bis 9 mindestens einmal.

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches oder Weglauftendenzen
Die Bewohnerin, der Bewohner verlässt den beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache und gefährdet so ihre/seine Sicherheit oder die anderer. Ein Indiz für Weglauftendenzen kann auch zielloses Umherlaufen oder das Laufen in jeden nicht abgeschlossenen, erreichbaren Raum (Keller, anderes Bewohnerzimmer, etc.) sein.
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
Die Bewohnerin, der Bewohner erkennt potenziell gefährdende Situationen nicht als solche, und verhält sich nicht angemessen.
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährlichen Substanzen
Die Bewohnerin, der Bewohner geht unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder Substanzen um, wie elektrischen Geräten, Werkzeugen, aber auch Gas, kochendem Wasser, Streichhölzern, Zigaretten, Medikamenten oder überlagerten Lebensmitteln.
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
Die Bewohnerin, der Bewohner verkennet die Situation und schlägt, tritt, kratzt, beißt, stößt andere oder bewirft andere, zerstört eigenes oder

- fremdes Eigentum, dringt in fremde Räume ein, verletzt sich selbst oder lärm, beschimpft oder beschuldigt andere.
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
 Die Bewohnerin, der Bewohner uriniert oder kotet das eigene Zimmer oder andere Raumlichkeiten ein.
 Sie /Er hat einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang, z. B. Zerpflücken von Inkontinenzunterlagen, ständiges An- und Ausziehen, Nesteln, Zupfen, stereotypes Wiederholen von Worten und/oder Zahlen. Sie /Er verhält sich auffällig beim Essen, z. B. schmieren auf dem Tischtuch.
 Sie/Er legt ein auffälliges sexuelles Verhalten an den Tag, z.B. verbale und/oder tätliche sexuelle Belästigung.
 Sie/Er verstecken oder verlegen oder sammeln Gegenstände.
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
 Die Bewohnerin, der Bewohner kann die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse (z.B. Hunger, Durst, Schmerz, Sexualität, Stuhl- und Harndrang) und die vorhandenen Möglichkeiten zu ihrer Befriedigung nicht wahrnehmen oder artikulieren.
 (verbal/körperlich)
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung.
 Die Therapieresistenz muss fachärztlich abgesichert sein.
 Die Bewohnerin, der Bewohner ist bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen nicht in der Lage zu kooperieren. (Rückzugsneigung).
 8. Störung der Hirnfunktion (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
 Beeinträchtigungen des Gedächtnisses betreffen das Lernen, Speichern und Abrufen von Informationen. Die Störungen können das Lernen oder Abrufen kürzer zurücklegender Ereignisse betreffen (erzählt alles mehrmals, verlegt ständig Dinge) oder das Abrufen weiter zurückliegender Inhalte.
 (weiß die Namen der Kinder nicht mehr)
 Eine Beeinträchtigung des abstrakten Denkens kann sich u.a. darin zeigen, dass die Person Schwierigkeiten, mit neuen Aufgaben fertig zu werden und die Situation vermeidet, die eine Verarbeitung neuer und komplexer Informationen erfordert.
 Herabgesetztes Urteilsvermögen kann dazu führen, dass der Betroffene z. B. fremde Personen in die Wohnung lässt.

Zu den höheren Hirnfunktionen zählen auch die Sprache (unsicheres Suchen nach Wörtern, häufiges Verwenden von Floskeln oder wiederkehrende Redewendungen), Schreiben, Lesen und Rechnen.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Die Bewohnerin/der Bewohner weist Störungen auf, abends/nachts starke Unruhe und Verwirrtheit mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen vorliegen, eine Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nachtrhythmus zu verzeichnen ist, oder regelmäßig unphysiologisch lange Wachphasen (in 24 Stunden weniger als 5 Std. Schlaf) wechselnd mit Phasen der völligen Erschöpfung durchlebt werden.

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren.

Der Bewohner/die Bewohnerin kann den Tagesablauf nicht strukturieren, wie das regelmäßige und zeitgerechte Aufstehen und Zubettgehen, die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten, etc..

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Die Person reagiert inadäquat in Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankeneinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten und therapieresistenten Halluzinationen, weil sie sich für jung, gesund, selbstständig und leistungsfähig hält, oder weil Eifersuchts-, Bestehlungs-, Verfolgungs- oder Vergiftungswahn oder bei Halluzinationen mit Nichtanwesenden spricht oder Gift im Essen riecht oder schmeckt.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Die Person ist ausgeprägt labil und verhält sich emotional unkontrolliert, z.B. kommt leicht ins Weinen oder ärgert sich leicht und kann diese Affekte nicht mehr kontrollieren. Distanzlosigkeit, Euphorie oder Misstrauen treten in einem Ausmaß auf, das den Umgang mit der Person erheblich erschwert.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Die Therapieresistenz muss fachärztlich gesichert sein.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität bemisst sich in erster Linie in der Bewohnerzufriedenheit, aber auch die Mitarbeiter und die Angehörigen der Bewohner formulieren maßgeblich, ob sie mit unserer Qualität zufrieden sind.