

Neue Normen in den Alten- und Pflegeheimen

AUCH DIE KRANKENPFLEGE IST BETROFFEN

Es muss zuerst daran erinnert werden, dass die Normen in Bezug auf die Altenheime direkt von der Deutschsprachigen Gemeinschaft abhängen (Erlass vom 26. Februar 1997, abgeändert am 26. Juni 2009). Was die Alten- und Pflegeheime angeht, werden die Normen auf föderaler Ebene im KE vom 21. September 2004 festgehalten. Es handelt sich um Normen, die alle Bereiche betreffen wie z.Bsp. Architektur, Organisation, Personal, Buchhaltung,...

Am 10. April 2014 erschien im Staatsblatt der KE vom 9. März 2014, der Abänderungen in den Normen der Alten- und Pflegeheime vorsieht. Wir erläutern hier nur die Änderungen, die im direkten Zusammenhang mit der Pflege stehen und in denen zum Teil schon sehr wichtige Punkte hinzugefügt wurden.

1. In den allgemeinen Normen ist festzuhalten dass,

- ein Monat nach der Aufnahme eines Bewohners erneut eine medizinisch-soziale Evaluation durch den behandelnden Arzt und das pluridisziplinäre Team durchgeführt werden muss. Bis jetzt musste diese Evaluation nur vor dem Einzug stattfinden um sicherzustellen, dass die Aufnahme unerlässlich war.
- Es muss sicher gestellt sein, dass sowohl dem Koordinationsarzt als auch der/den Wohnbereichsleiter(-Innen) Raum und Ausrüstung zur korrekten Ausübung ihrer Funktion zur Verfügung stehen.

2. Organisationsnormen: Die Pflegeakte besteht aus:

- a) Der medizinischen Akte (vom behandelnden Arzt zu erstellen)
- b) Dem Verbindungsformular, welches die unerlässlichen medizinischen Angaben im Notfall oder im Falle einer Hospitalisation beinhaltet
- c) Der Krankenpflege-, paramedizinischen-, kinesitherapeutischen und psycho-sozialen Akte. Durch den KE vom 9. März wird der Inhalt erweitert und sieht nun wie folgt aus:
 - Die Anamnese und Lebensgeschichte des Bewohners
 - Die klinische Untersuchung bei der Aufnahme und während des Aufenthaltes
 - Die Diagnose
 - Die Pflegeplanung, einschließlich der verordneten Medikamente, der erforderlichen Pflegen, der Hilfe in den Tätigkeiten des täglichen Lebens und gegebenenfalls, die freiheitsbeschränkenden -oder Isolationsmaßnahmen
 - Gegebenenfalls, die geäußerten Wünsche in Bezug auf zukünftige Pflege
 - Um den Transport eines Bewohners vom Krankenhaus zum Pflegeheim und umgekehrt bestens zu organisieren, muss eine schriftliche Prozedur zwischen den Krankenhäusern und dem Pflegeheim definiert werden, damit diese ohne Verzögerung über alle notwendigen Informationen verfügen, um die Kontinuität der Pflege zu sichern (siehe Punkt b).

3. Personalsnormen

Leitende Krankenpfleger(Innen)

Der oder die Leitenden Krankenpfleger müssen folgende Aufträge erfüllen:

- Die tägliche Leitung des Personals in der Krankenpflege und der Pflegehilfe
- Die pluridisziplinäre Arbeit des Krankenpflege- und paramedizinischen Personals, des Reaktivationspersonals, der Kinesitherapeuten, und der Pflegehelfer koordinieren
- Die Aufnahme neuer Bewohner organisieren, u.a. durch die Sammlung von so vielen Angaben wie möglich über deren Gesundheitszustand und ihrer medizinisch-sozialen Situation
- Darauf achten, dass die Pflegeakte aktualisiert ist
- In Absprache mit dem Koordinationsarzt, Vorschläge in Bezug auf eine Ernährungspolitik machen die die Nahrungsbedürfnisse mit dem Vergnügen/Genuss des Essens im Einklang bringt
- In Absprache mit dem Koordinationsarzt, Vorschläge formulieren in Bezug auf die Art und Weise wie Bewohner, die an einer Demenz leiden in Alten- und Pflegeheimen zu behandeln sind, u.a. was die nicht medikamentöse Angehensweise betrifft, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit der Referenzperson für Demenz
- Dem Koordinationsarzt in der Ausübung seiner Funktion beistehen

Koordinierende(r) leitende(r) Krankenpfleger(In)

Wenn ein Alten- und Pflegeheim

mehr als 75 Betten zählt, muss eine(r) der Krankenpflegeleiter(Innen) als koordinierende(r) Krankenpflegeleiter(In) delegiert werden. Die Funktion und die benötigte minimale Ausbildung werden vom Minister der das Gesundheitswesen in seiner Zuständigkeit hat festgelegt.

Koordinationsarzt

Er muss jetzt mindestens 75% seiner Leistung als Koordinationsarzt im Alten- und Pflegeheim ausüben. Während dieser geleisteten Stunden ist es ihm nicht erlaubt seine Funktion als behandelnden Arzt auszuüben.

In Zusammenarbeit mit dem oder den leitenden Krankenpfleger(n) muss der Koordinationsarzt folgende Tätigkeiten wahrnehmen:

- Organisation des pluridisziplinären Austauschs, der mindestens alle zwei Monate statt findet. Die Pflegepaktizierenden, die von der Einrichtung abhängen, nehmen daran teil und die behandelnden Ärzte sind dazu eingeladen.

Einführung der Politiken/Verfahrensweisen betreffend:

- Die Beherrschung von Infektionen, die an die Pflege gebunden sind
- Die Prävention von Dekubitus- und chronischen Wunden
- Die Mund- und Zahnpflege
- Die Problematik der Inkontinenz
- Die Palliativpflege
- Definition der Prozeduren in Bezug auf Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und/oder Isolierung
- Koordination der medizinischen Aktivität im Falle von Risiken für die

Gesundheit der Bewohner und des Personals

- Organisation der Verordnung, der Lieferung, der Freigabe, der Aufbewahrung und der Verteilung von Medikamenten in Absprache mit den Apothekern.

4. Qualitätsnormen

- a) Es muss eine Qualitätspolitik entwickelt werden, die auf die Planung, die Bewertung und die systematische Verbesserung der geleisteten Pflege und Dienste beruht.

Diese umfasst mindestens:

- Den Respekt der Menschenwürde, des Privatlebens, der ideologischen, philosophischen und religiösen Überzeugungen, das Recht zu klagen, die Information und die Teilnahme des Nutznießers und auch Rechnung tragend mit dem sozialen Kontext des Nutznießers.
- Die spezifische Begleitung von Personen mit einer Demenz.
- Die Wirksamkeit und die Effizienz der gebotenen Pflegen und Dienste und deren Funktionieren.
- Die Kontinuität der angebotenen Pflegen und Dienste.

- b) Mindestens einmal pro Jahr wird vom Koordinationsarzt und von dem oder den Leitenden Krankenpflegern ein Bericht bezüglich der Bewertung der Pflegequalität verfasst. Dieser wird dem zuständigen Kreis der Generalmediziner und den Ärzten, die ihre Tätigkeit im Alten- und Pflegeheim ausüben, übermittelt. Dieser Bericht wird dem Personal zur Verfügung gestellt.

- c) Das Alten- und Pflegeheim hält mindestens ein Register mit folgenden Angaben:

- Die Anzahl Dekubituswunden
- Die Anzahl nosokomialer Infektionen
- Die Anzahl Stürze
- Die Anzahl inkontinenter Personen
- Die Anwendung von Freiheitsbeschränkenden- und/oder Isolierungsmaßnahmen

- d) Das Alten- und Pflegeheim muss über schriftliche Prozeduren in Bezug auf die Händehygiene und die Isolierungsmaßnahmen von Bewohnern, die unter einer Infektion leiden, die ein Ansteckungsrisiko mit sich bringt, verfügen. Es muss über die Produkte verfügen, die dazu dienen eine gute Hygiene der Hände und des zur Anwendung der oben genannten Prozeduren, notwendigen Materials zu sichern.

- e) Das Alten- und Pflegeheim muss über schriftliche Prozeduren verfügen, die respektiert werden müssen falls eine Freiheitsbeschränkende oder Isolierungsmaßnahme angewendet wird. Maßnahmen dieser Art dürfen nur ausnahmsweise, ausschließlich zum Schutz des Bewohners oder anderer Bewohner und nur auf präziser medizinischer Anweisung angewendet werden. Diese Maßnahmen werden nur in Betracht gezogen in Falle wo keine andere, weniger radikale Maßnahme zur Verfügung steht um das gleiche Ziel zu erreichen und insofern die

Interessen aller betroffenen Parteien abgewogen wurden. Jede Entscheidung in Bezug auf eine freiheitsbeschränkende- oder Isolierungsmaßnahme muss in der Pflegeakte des Bewohners vermerkt sein. Die Art und die Dauer der Maßnahme sowie der Grund der Entscheidung sind vermerkt. Jede Abweichung von den oben erwähnten schriftlichen Prozeduren benötigt eine deutliche Begründung

f) Das Alten- und Pflegeheim lädt alle Bewohner dazu ein ihre eventuellen Wünsche in Bezug auf zukünftige Pflege und Behandlungen, in einem offenen und zwanglosen Klima mitzuteilen. Auf Anfrage des Bewohners sind diese Wünsche auch in der Pflegeakte vermerkt, wohlwissend, dass sie jederzeit widerrufbar sind und, dass dies den Pflegeleistenden nicht von seiner Verpflichtung entlastet immer zu suchen den echten Willen des Patienten zu entdecken.

g) Um die Pflege um das Lebensende im Alten- und Pflegeheim zu unterstützen sind der Koordinationsarzt und der oder die leitende Krankenpfleger damit beauftragt:

1. Eine Kultur der Palliativpflege zu entwickeln und das Personal zur Notwendigkeit dieser zu sensibilisieren;
2. Für das Krankenpflegepersonal, die Pflegehelfer, das paramedizinische Personal, das Reaktivationspersonal und die Kinesithera-

peuten, Ratschläge in Bezug auf die Palliativpflege zu formulieren;

3. Die Kenntnisse der unter 2 genannten Personalmitglieder, in Palliativpflege zu aktualisieren;
4. Die Gesetzgebung in Bezug auf Sterbehilfe und Palliativpflege zu respektieren, ebenso müssen die Wünsche des Bewohners in Bezug auf sein Lebensende und/oder seine vorgezogene Willenserklärung zur Sterbehilfe respektiert

werden. Damit der KE vom 9. März greift und in die Inspektion aufgenommen wird, muss die DG nun das Dekret und vor allem den Ausführungserlass ändern. Wir halten Sie natürlich auf dem Laufenden.

**Berufliche
Haftpflicht-
versicherung für
Krankenpfleger
und Hebammen**

amma
a s s u r a n c e s
pour et par le secteur des soins de santé



Dank AMMA und KPVDDB pflege ich mit gutem Gewissen...

**Gute Bedingungen
für Mitglieder der KPVDDB**

AMMA ASSURANCE · Avenue de la Renaissance 12/1 · 1000 Bruxelles
consult@amma.be · Tel.:02/209 02 21