

# **Konzept der Pflegewohngruppen Winterthur**

---

---

# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Entstehungsgeschichte</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Leitbild für unsere Pflege</b>	<b>5</b>
	Allgemeine Überlegungen zum Menschenbild	5
	Gedanken zu Krankheit und Behinderung	5
	Pflege als Beruf	6
	Grundsätze für unsere Pflege	7
	Folgerungen für die Praxis	8
<b>4</b>	<b>Betriebskonzept</b>	<b>10</b>
	Organisationsstruktur	10
	Bewohnerinnen	11
	Pflegeteam	11
	Zusammensetzung	11
	Teamgrösse	11
	Arbeitsorganisation	12
	Tagesgestaltung	12
	Wohnungen und Einrichtung	13
	Fortbildung	14
	Kosten und Finanzierung	14

Alle im Text verwendeten weiblichen Schreibweisen gelten selbstverständlich auch für die männliche Form.

---

# 1 Zusammenfassung

---

In den Pflegewohngruppen Winterthur werden seit 1992 chronischkranke, in der Regel betagte Menschen rund um die Uhr in einer wohnlichen Atmosphäre individuell gepflegt und betreut. Die Bewohnerinnen sind unterschiedlich pflegebedürftig: Neben leicht betreuungsbedürftigen Bewohnerinnen werden auch pflegebedürftige Personen bis zum ihrem Lebensende gepflegt, betreut und begleitet.

Pflege und Betreuung orientieren sich an einem detaillierten Konzept, das die Individualität jeder Bewohnerin ins Zentrum rückt. Das Leitbild sieht eine Pflege vor, die auch komplexe pflegerische und medizinische Probleme bewältigen kann. Es wird auch grosses Gewicht auf die Lebensqualität, psychosoziale Aspekte von Krankheit und Behinderung sowie auf das Respektieren von Individualität und Autonomie gelegt. Der Haushalt wird vom Team möglichst gemeinsam mit den Bewohnerinnen geführt.

Medizinisch werden die Bewohnerinnen von einer Heimärztin bzw. einem Hausarzt betreut. Auf Wunsch kann der jeweilige Hausarzt die ärztliche Betreuung weiterführen. Die Zusammenarbeit Verein – Pflorgeteam – Ärzteschaft ist vertraglich geregelt. Darüber hinaus besteht ein Notfallkonzept.

Die Pflegewohngruppen sind durch die Kantonale Gesundheitsdirektion als Kleinheim anerkannt. Sie stehen auf der zürcherischen Pflegeheimliste der Gesundheitsdirektion, erhalten von der Stadt Winterthur eine Defizitgarantie und vom Kanton Zürich einen Subventionsbeitrag.

Pflegewohngruppen sind Bestandteil des Alterskonzeptes der Stadt Winterthur und bilden eine Ergänzung zu den Alters- und Pflegeheimen und den Spitexdiensten. Pflegewohngruppen decken eine Versorgungslücke in der Betreuung jener pflegebedürftigen Menschen, die trotz ihrer Pflegebedürftigkeit in einer häuslichen Umgebung leben wollen, aber von den ambulanten Diensten nicht mehr adäquat versorgt werden können.

Trägerin ist der „Verein Pflegewohngruppen Winterthur“, der im März 1990 von Pflegefachleuten gegründet wurde. Dieser Verein ist gemeinnützig, politisch unabhängig und konfessionell neutral. Er bezweckt nach Artikel 2 seiner Statuten „die Planung und den Betrieb von dezentralen Pflegewohngruppen und anderen zukunftsweisenden Projekten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege im Raume Winterthur“.

---

## 2 Entstehungsgeschichte

---

Eine informell organisierte Gruppe von Pflegefachfrauen und -männern, die sich seit Mai 1989 regelmässig getroffen hatte, gründete am 10. März 1990 den Verein „Pflegewohngruppen Winterthur“. Anlass dazu gab die unbefriedigende Arbeitssituation in den verschiedenen Institutionen, allen voran die Spitäler. Die Begeisterung für den Pflegeberuf motivierte alle Beteiligten dazu, etwas zu verändern.

Neue Wege der Patientenbetreuung und die Verbesserung des Arbeitsumfeldes beim Pflegepersonal machte sich der Verein zur Aufgabe. Die Gruppe, die sich einmal im Monat traf, arbeitete nach dem Modell einer „Zukunftswerkstatt“ und wurde dabei auch von externen Fachleuten unterstützt. Lösungen wurden an Plenumsveranstaltungen, an denen jeweils bis zu 25 Personen teilnahmen, und in Kleingruppen erarbeitet. Bald einmal zeichnete sich die Idee einer „Pflegewohngruppe“ ab. Der Trägerverein erarbeitete ein detailliertes Konzept für eine solche Pflegewohnung.

Zweieinhalb Jahre nach der Gründung des Vereins folgten im September 1992 den Worten Taten: Der Verein Pflegewohngruppen Winterthur eröffnete die erste Pflegewohnung an der Lindstrasse mit sechs Pflegeplätzen. Mitte 1995 konnte eine zweite Wohnung mit vier Plätzen im gleichen Gebäude ihren Betrieb aufnehmen. Mit der dritten Wohnung an der Landvogt Waser-Strasse erweiterte der Verein das Angebot Anfang 2000 um weitere acht Pflegeplätze. Da sich die seit über 10 Jahren betriebenen Wohnungen an der Lindstrasse als baulich nicht mehr zeitgemäss erwiesen und auch nicht mehr vollumfänglich den Vorgaben der Gesundheitsdirektion entsprachen, suchte der Vorstand nach neuen Räumlichkeiten. An der Schlosstalstrasse in Töss – in unmittelbarer Nähe des Spitexzentrums - wurden zwei geräumige, freundliche Parterrewohnungen gefunden. Das Verlegen der Pflegeplätze nach Töss erfolgte etappenweise: die erste Wohnung mit sieben Pflegeplätzen wurde im Sommer 2002 bezogen. Gleichzeitig wurde das Pflegeangebot um drei Pflegeplätze erhöht. Die zweite Wohnung mit ebenfalls sieben Plätzen wurde im Sommer 2003 eröffnet. Mit Abschluss der zweiten Etappe wurde das Pflegeangebot nochmals um einen Pflegeplatz ergänzt. Im Juli und September 2007 wurden nochmals zwei Pflegewohnungen, mit je sieben Plätzen, in Wülflingen, an der Weststrasse eröffnet.

Ab September 2007 bieten die Pflegewohngruppen Winterthur insgesamt 36 Pflegeplätze an.

Neben bereits bestehenden ähnlichen Projekten in Luzern und in Biel-Seeland spielte die Pflegewohngruppe Winterthur eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung einer neuen Betreuungsform für Betagte und Chronischkranke. Inzwischen verfügen auch andere Gemeinden über ähnliche Einrichtungen.

---

### **3 Leitbild für unsere Pflege**

---

Mit unserem Leitbild bringen wir zum Ausdruck, welches Menschenbild, welche Werte und was für eine Grundhaltung gegenüber dem Menschen unser Pflegeverständnis prägen; welche Grundsätze und welches Berufsverständnis unsere Pflegepraxis und unser Verhältnis zu den Bewohnerinnen und den anderen Gesundheitsberufen bestimmen.

#### **Allgemeine Überlegungen zum Menschenbild**

---

Wir gehen davon aus, dass wir alle, - ob gesund oder krank, ob Pflegende oder Gepflegte - in unserem Leben nach Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung streben. Wir alle wollen Verantwortung für unser Leben und Sterben selbst übernehmen.

Wir brauchen aber auch die solidarische Gemeinschaft mit andern, wir stehen in Beziehung zu unserer sozialen Umwelt und zur Natur. Unser Zusammenleben mit andern und unserer Umwelt möchten wir partnerschaftlich, demokratisch mitgestalten. Wir möchten uns wohlfühlen und unser Leben als sinnvoll erfahren. Die Verwirklichung dieser Werte ist für uns alle eine lebenslange Herausforderung. Sie betrifft uns immer umfassend: körperlich, psychisch, sozial, geistig, spirituell. Leben bedeutet immer Hoffnung, enthält aber auch Schwierigkeiten und Krisen. Widersprüche gehören zum Leben, machen es erst wirklich lebendig.

Wir akzeptieren deshalb, dass zur Hoffnung Verzweiflung kommt, zur Vernunft Irrationalität gehört, zur äusseren Realität auch Träume und Fantasien, zur Gesundheit Krankheit, zur Freude Trauer, zur Resignation auch Mut, zur Abhängigkeit auch das Ablehnen von Hilfe, zur Gemeinschaft das Alleinsein, zum Gesundwerden das Krankbleiben, zum Wachstum Verluste, zum Leben das Sterben und der Tod.

#### **Gedanken zu Krankheit und Behinderung**

---

Krankheiten, und besonders chronische Krankheiten und/oder Behinderungen, sind mehr als medizinisch feststellbare Schädigungen oder Funktionsstörungen. Für die Betroffenen selbst, für die Angehörigen und die Pflegenden stehen weniger die medizinischen Krankheitsbefunde im Vordergrund, sondern das körperliche und seelische Befinden, das Krankheitserleben.

Das Krankheitserleben ist geprägt von einer grossen Zahl von psychosozialen Belastungen:

- Veränderungen von Körperintegrität und Wohlbefinden (z.B. durch Behinderung, Wunden, Schmerz und Beschwerden von Krankheit und/oder Therapie)
- Verändertes Selbstkonzept (z.B. durch neues Selbstbild und Körperschema; durch Ungewissheit über die Zukunft hinsichtlich Krankheitsverlauf, Familie, Sozialleben; Autonomie- und Kontrollverlust)
- Gestörtes emotionales Gleichgewicht (z.B. durch innere und äussere Bedrohung, durch Gefühle der Verunsicherung usw.)

- 
- Verunsicherung hinsichtlich der sozialen Rollen und Aufgaben (z.B. durch das Aufgeben wichtiger sozialer Funktionen; durch neue soziale Abhängigkeit; durch Trennung von Familie, Freunden, Bekannten)
  - Situative Anpassung (z.B. durch Konfrontation mit neuen Verhaltensregeln, Werten und (Fach-) Sprache; durch neue Beziehungen zu Mitbewohnerinnen, Pflegenden, Ärzteschaft, anderen Medizinalpersonen)

Eine ganz besondere Rolle spielen bei chronischen Krankheiten:

- Bedrohungen des Lebens durch das Fortschreiten der Krankheit, durch akute Krisen und eine Vielzahl von Verlusterlebnissen.
- Konfrontation mit dem Sterben und dem Tod.

Gedanken an das Sterben und den Tod lösen bei den meisten Menschen Gefühle der Angst aus. Spätestens bei der Diagnosestellung einer chronisch progredienten Krankheit beginnt eine dauernde Auseinandersetzung mit dem bisherigen Leben, dem eigenen Schicksal, dem Sterben und Tod. Sterben und Tod werden so zu einem manchmal beherrschenden Thema im Leben der Betroffenen selbst, oft auch der Angehörigen und zum Teil der gesamten sozialen Umgebung. Sterbende brauchen ganz besondere Unterstützung und Begleitung.

Kranke Menschen reagieren sehr vielfältig und individuell auf diese Belastungen. Sie bemühen sich auf unterschiedliche Weise der Krankheitsbewältigung indem sie versuchen, die Belastung aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten. Dies ist ein Zeichen dafür, dass Schwerstkranke immer auch gesunde Anteile aufweisen.

## **Pflege als Beruf**

---

Professionelle Pflege ist ein eigenständiger Beruf, längst kein Hilfsberuf mehr. Pflegefachfrauen und -männer besitzen eine spezifische fachliche Kompetenz, über die Personen mit anderen Ausbildungen und anderem Erfahrungshintergrund nicht verfügen. Es ist heute selbstverständlich, dass Pflegenden über ihre pflegerische Arbeit selbst bestimmen. Sie führen ihre Tätigkeit der Situation und den Bedürfnissen der Patienten entsprechend aus. Ihre Arbeit koordinieren sie als gleichberechtigte Partnerinnen mit den Vertreterinnen anderer Gesundheitsberufe und leisten so einen aktiven Beitrag zu einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit.

Der wichtigste Inhalt der Pflege ist, kranke Menschen bei der Bewältigung von Krankheiten und/oder Behinderungen gezielt und professionell zu unterstützen und die gesunden Anteile zu erkennen, zu erhalten und zu fördern.

Das Hauptgewicht liegt dabei konkret bei der Unterstützung im Alltagsleben. Pflegenden sind Spezialistinnen für den "Krankheitsalltag". Sie verbringen von allen Gesundheitsberufen die meiste Zeit mit den Patientinnen und sind ihnen physisch und psychisch oft am nächsten. Im Gegensatz zu Ärzteschaft, Psychologinnen, Therapeutinnen erleben sie die Patientinnen nicht nur in Sondersituationen - wie etwa im Untersuchungszimmer oder während Therapiestunden - sondern ganzheitlich im täglichen Leben mit seinen verschiedensten Seiten. Entsprechend alltagsnah und von aussen gesehen oft auch unscheinbar ist die Unterstützung durch die Pflege. Sie ist oft weniger spektakulär als die medizinischen Interventionen, weniger tiefgründig als psycho-

---

logische Therapien, aber besonders bei Menschen mit chronischen Krankheiten von ganz entscheidender Bedeutung für Betroffene und deren Angehörige.

Eine professionelle Pflege stellt hohe Anforderungen an das Pflegepersonal und erfüllt eine zentrale Aufgabe im Gesundheitswesen. Anfang der 90er Jahre erlebte die Krankenpflege eine Renaissance. Die Pflegenden gingen mit einem gestärkten Selbstbewusstsein an ihre Aufgabe.

### **Grundsätze für unsere Pflege**

---

Unsere Pflegegrundsätze wollen wir undogmatisch und situationsbezogen umsetzen:

- *Hauptziel unserer Arbeit ist das grösstmögliche Wohlbefinden der einzelnen Bewohnerinnen. Dabei streben wir ein Gleichgewicht zwischen den individuellen Bedürfnissen und denjenigen der Gemeinschaft an.*
- *Pflege bedeutet für uns zunächst die gemeinsame Auseinandersetzung von Mensch zu Mensch mit all den verschiedenen Seiten menschlichen Lebens.*
- *Wir respektieren die Individualität und das Recht auf Selbstbestimmung.*
- *Die Beziehung zwischen Bewohnerinnen und Pflegenden soll partnerschaftlich und demokratisch sein. Die Pflege soll gemeinsam gestaltet werden auch dann, wenn sich ein Bewohner nicht mehr verbal ausdrücken kann.*
- *Wir bringen verschiedene Seiten der eigenen Person in die Pflege ein und sprechen bei den Bewohnerinnen unterschiedliche Aspekte ihrer Person an.*
- *Die soziale Umwelt von Bewohnerinnen und Pflegenden soll ein Teil der Pflege sein.*
- *Im Sinne von Eigenverantwortung, Erhaltung von Selbständigkeit und Würde sollen die Bewohnerinnen selbst entscheiden, welchen Anteil ihrer eigenen Pflege sie selbst übernehmen.*
- *Sterbende und deren Angehörige werden nach ihren Wünschen und Bedürfnissen bis zum Tod begleitet.*
- *Religiöse Bedürfnisse und Rituale (aller Bekenntnisse) werden respektiert.*
- *Bei unserer Pflege stehen nicht die medizinischen Befunde im Vordergrund, sondern das Befinden der Bewohnerinnen.*
- *Ein wichtiges Ziel unserer pflegerischen Tätigkeit ist es, den Bewohnerinnen zu helfen, einen ihrer Art entsprechenden Umgang mit der Krankheit und der Lebenssituation zu finden, sie bei der Krankheitsbewältigung und der Selbsthilfe zu unterstützen.*
- *Unsere Pflege soll sich nicht auf einzelne "Störungen" beziehen, sondern auf die gesamte Lebenssituation der Bewohnerinnen. Sie richtet sich nicht nur an die Bewohnerinnen selbst, sondern auch an deren Angehörige oder andere Bezugspersonen.*
- *Wir möchten nicht nur krankheits- und problemorientiert pflegen, sondern viel Energie auch in die Ausschöpfung von Ressourcen lenken.*
- *Besondere Beachtung soll der palliativen Pflege zukommen. Deren Hauptanliegen ist die Linderung belastender Symptome wie z. B. Schmerz, Atemnot, Ernährungsprobleme, Durst. Der sorgfältigen Entscheidungsfindung bezüglich Art und Ausmass der palliativen Massnahmen und der medizinischen Therapie wird grosses Gewicht beigemessen.*
- *Die Anwendung "alternativer" Behandlungs- bzw. Pflegemethoden ist erwünscht.*

- 
- *Wichtig bei unserer Pflege ist das laufend kritische Überprüfen, Reflektieren und Neuanpassen an veränderte Gegebenheiten. Diese Evaluation sollte weitgehend im Dialog zwischen Bewohnerinnen, Pflegenden und anderen Beteiligten erfolgen.*
  - *Bei unserer Arbeit, der Wahl von Hilfsmitteln und Verbrauchsgütern sowie bei der Ernährung orientieren wir uns im Rahmen unserer Möglichkeiten an ökologischen Grundsätzen.*

## **Folgerungen für die Praxis**

---

### **Individualität**

Individuelle Entscheidungen und Eigenheiten werden berücksichtigt, solange sie andere nicht beeinträchtigen. Besonders wichtig ist für uns, das Respektieren von Entscheidungen der Bewohnerinnen in Bezug auf Art und Ausmass medizinischer Behandlung und Pflege insbesondere, wenn es sich um die Frage lebensverlängernder Massnahmen, das Ablehnen weiterer Behandlungen oder den Wunsch zu sterben handelt.

### **Demokratie**

Mitglieder des "Pflegeteams" sind auch die Bewohnerinnen selbst, sowie beteiligte Angehörige usw. Pflegeplanungen werden grundsätzlich mit den Betroffenen erarbeitet. Die Bewohnerinnen können in ihre Dokumentation (Kardex, inklusive Pflegebericht) Einsicht nehmen und mit ihrem Einverständnis auch deren Angehörige. Entscheidungen über Art und Umfang der Pflege werden im Dialog getroffen, wobei ein Konsens angestrebt wird. Bei Bewohnerinnen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit werden Entscheidungen zur Pflege sorgfältig reflektiert. Bei Bedarf findet im Team, eventuell unter Einbezug von Angehörigen oder Fachleuten, eine Fallbesprechung statt.

### **Eigenverantwortung**

Unsere Idee ist es, dass sich die Bewohnerinnen nach ihren Möglichkeiten an allen anstehenden Arbeiten aktiv beteiligen können, unter Umständen auch an der Pflege anderer.

### **Angehörige**

Wir helfen den Bewohnerinnen, ihre normalen sozialen Rollen (z.B. als Grosseltern, Partnerinnen, Freunde usw.) weiterhin wahrzunehmen. Die Bewohnerinnen sollen selbst Besuche machen und Besuche empfangen können.

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn sich die Angehörigen in irgendeiner Form in die Betreuung und Pflege mit einbringen würden. Auf jeden Fall möchten wir die Mitarbeit aktiv fördern und ermöglichen. Die Beratung/Begleitung von Angehörigen ist Teil unserer Arbeit, die auch Zeit beanspruchen darf. Möglichkeiten für die Mithilfe sind z.B. Pfllegetätigkeiten, Haushalt, "Hüten", Begleiten von Sterbenden.

Sind Bewohnerinnen nicht mehr in der Lage, für sich selbst Entscheidungen zu treffen, so respektieren wir in der Regel die Entscheidungen der Angehörigen.



---

## **Medizin**

Im Vordergrund unserer Arbeit steht die Pflege und nicht die Durchführung medizinischer Therapien. Selbstverständlich werden aber auch medizinische Behandlungen oder therapeutische Massnahmen ausgeführt, wenn die Bewohnerinnen dies wünschen. Dies ist auch der Fall, wenn es sich um aufwendigere Behandlungen z.B. mit Zytostatika, parenterale Ernährung o.ä. handelt. Hierfür werden bei Bedarf externe Fachleute beigezogen.

Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Pflegenden, Angehörigen und Ärztinnen werden die Probleme mit aussenstehenden, unabhängigen Expertinnen oder Experten aus Medizin und Pflege diskutiert. Dies gilt insbesondere dann, wenn der betroffene Bewohner nicht entscheidungsfähig ist.

Grundsätzlich pflegen wir mit der Ärzteschaft einen aktiven Kontakt und Erfahrungsaustausch sowie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit.

## **Alternative Medizin**

Kriterien für die Anwendung alternativer Methoden (Reflexzonenmassage, Entspannungstechniken, Heilkräuter, Massagetechniken, Bachblüten usw.) sind einerseits der Wunsch der Bewohnerinnen für eine solche Behandlung, andererseits die Kompetenz der Pflegenden in der Anwendung. Prinzipiell soll gelten: Wer eine Technik erlernt hat und beherrscht, darf sie auch anbieten.

## **Ressourcen**

Neben den Möglichkeiten der Bewohnerinnen - Selbsthilfe, Hoffnung, Selbstheilungskräfte - und deren Angehörigen, möchten wir auch Ressourcen nutzen, indem wir uns durch andere Berufsgruppen beraten lassen. Wir streben deshalb eine enge Zusammenarbeit an mit Physio- und Ergotherapeutinnen, Gemeindeschwestern Sozialarbeiterinnen usw., um von ihnen zu lernen.

## **Qualitätssicherung**

Dauernde Fortbildung ist für uns eine Verpflichtung uns und den Bewohnerinnen gegenüber. Wir wollen unsere Erfahrungen Anderen zugänglich machen. Transparenz nach aussen und innen, der Austausch mit Anderen ist für uns eine Möglichkeit, die eigene Arbeit zu überprüfen. Qualitätssicherung erfolgt systematisch gemäss einem spezifischen Konzept. Der kritischen Reflexion der eigenen Arbeit, der Qualitätsentwicklung und der Fortbildung dient fall- oder teambezogene Beratung und/oder Supervision durch Aussenstehende, die den institutionalisierten Austausch im Team ergänzt.

Die Wohngruppen sollen - das Einverständnis der Bewohnerinnen vorausgesetzt - für Projekte der Pflegeforschung offen stehen.

---

## 4 Betriebskonzept

---

### Organisationsstruktur

---

Oberstes Leitungsgremium ist der von den Mitgliedern des Trägervereins gewählte Vereinsvorstand.

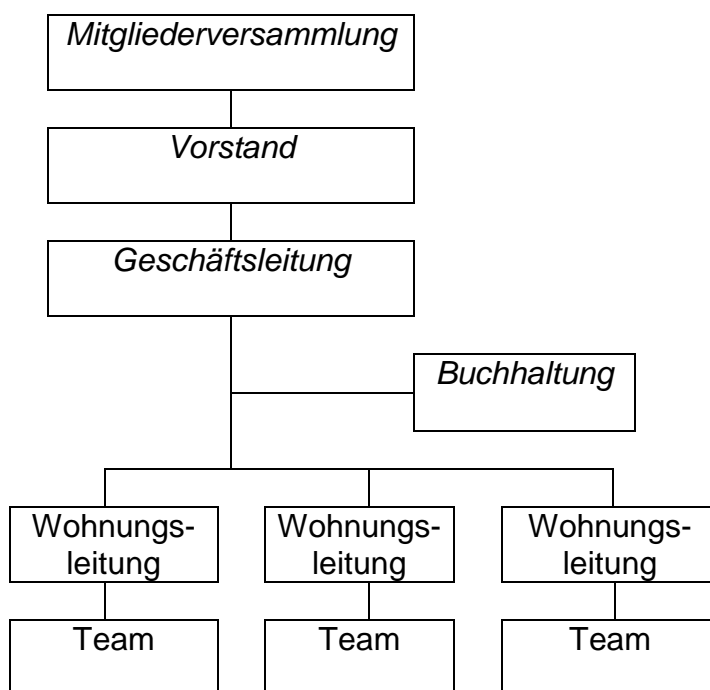
Die Führung des Betriebs ist einer Geschäftsleiterin übertragen, der ein Buchhalter zur Seite gestellt ist. Die einzelnen Wohngruppen werden von je einer Wohnungsleiterin geführt.

Die Verteilung der Aufgaben und Funktionen innerhalb dieser Struktur ist in detaillierten Aufgabenbeschreibungen festgelegt. Die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft ist vertraglich geregelt.

Die Heimärzte tragen - unter anderem den Krankenkassen gegenüber - die medizinische Verantwortung und überwachen den Betrieb in medizinischer Hinsicht. Sie sind für die Behandlung der Bewohnerinnen zuständig, die sich nicht durch ihre Hausärztinnen behandeln lassen. Sie organisieren in Zusammenarbeit mit der Wohnungsleiterin und dem Team die medizinische Notfallversorgung.

### Organigramm

---



---

## **Bewohnerinnen**

---

Je nach Grösse und Einrichtung der Wohnungen umfasst eine Wohngruppe 7 - 8 Bewohnerinnen.

Die Bewohnerinnen sind in unterschiedlichem Ausmass pflege- und betreuungsbedürftige Menschen verschiedenen Alters, die mehr oder andere pflegerische Angebote benötigen, als von den bestehenden Spitin- und Spitexdiensten geleistet werden können. Sie sollen bereit sein zu einem aktiven und mitverantwortlichen Zusammenleben in einer Gruppe.

Diese Charakterisierung der Bewohnerinnen ist bewusst weit gefasst: Es können alte Menschen sein, bereits schwer pflegebedürftige, aber auch Jüngere die erst leicht pflegebedürftig sind, oder Menschen, deren medizinische Pflege durch die Spitexdienste gewährleistet werden kann, welche aber zusätzlich Pflegebedarf im psychosozialen Bereich haben usw.

Über die Aufnahme in eine Pflegewohngruppe entscheidet die Geschäftsleiterin nach Rücksprache mit der Wohnungsleiterin, dem Pflorgeteam und den Bewohnerinnen der betreffenden Gruppe. Dem Entscheid geht ein gegenseitiges Kennenlernen voraus, das mindestens einen "Schnuppertag" umfasst.

Beim Entscheid wird ein Konsens angestrebt zwischen allen Beteiligten. Entscheidendes Kriterium für die Aufnahme ist nicht der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, sondern die Frage, ob die Betreffende nach der gefühlsmässigen Einschätzung durch alle Beteiligten "in die Gruppe passt". Selbstverständlich spielt beim Entscheid auch die Kapazität der Pflegenden eine entscheidende Rolle; d.h. ob sie weiteren Pflegeaufwand oder medizinische Behandlungen bewältigen können. Aus wirtschaftlichen Gründen wird ausserdem eine möglichst hohe Bettenbelegung angestrebt.

## **Pflorgeteam**

---

### **Zusammensetzung**

Die Teams der Pflegewohngruppen setzen sich mehrheitlich aus qualifiziertem Pflegepersonal zusammen: Ein Bereitschaftsdienst stellt sicher, dass zu jeder Zeit eine diplomierte Pflegeperson erreichbar ist. Dies ist deshalb nötig, damit auch komplexere medizinisch-pflegerische Aufgaben bewältigt werden können. Die "wohnorientierte" Betreuung, die Mitsprache der Bewohnerinnen, das Zusammenleben von zum Teil schwerkranken Menschen und die Begleitung von Sterbenden führen dazu, dass situativ und eigenverantwortlich viele fachlich und menschlich schwierige Entscheidungen getroffen werden müssen.

Die Pflegewohngruppen möchten darüber hinaus eine Ausbildungsfunktion im Bereich zukunftsorientierter, ganzheitlicher Pflege chronischkranker Menschen übernehmen.

---

## **Teamgrösse**

Die Teamgrösse wird für jede Wohnung individuell festgelegt und regelmässig überprüft. Eine Richtgrösse ist ein Verhältnis von Angestellten zu Bewohnerinnen von 1:1 (Geschäftsleiterin, Buchhalterin, Betreuerinnen).

Die Teamgrösse wird ausserdem bestimmt durch die Kosten: Die Personalkosten für den Betrieb dürfen nur so hoch sein, dass die Gesamtkosten pro Pflage tag mit den Kosten pro Pflage tag in konventionellen Pflegeheimen vergleichbar bleiben. Wenn diese Zielsetzung erreicht wird, darf das Verhältnis Pflagepersonen zu Bewohnerinnen besser sein als in andern Heimen, weil in der Pflagewohngruppe zusätzliche Arbeiten im Haushalt vom Pflage team übernommen werden.

---

## **Arbeitsorganisation**

Die Dienstzeiten in den einzelnen Pflagewohngruppen werden individuell und bedarfsorientiert gestaltet und laufend den aktuellen Verhältnissen angepasst. Die Dienste werden so geplant, dass jederzeit eine Pflgende mit anerkanntem Diplom anwesend oder als Pikettdienst erreichbar ist. Die Arbeit wird nach dem Bezugspflegesystem organisiert. Jeder Bewohnerin ist eine für die Pflge hauptverantwortliche Betreuerin (evtl. zwei Personen im Job-sharing) zugeteilt.

Dienstplanung und –abrechnung, Freitage und Ferien werden von der Wohnungsleiterin oder von der Geschäftsleiterin geplant. Dazu gehört insbesondere auch der Einsatz und die Planung bzw. Koordination von Teilzeit- und Aushilfsangestellten.

Die Mitbeteiligung der Bewohnerinnen bei möglichst allen im Laufe des Tages anfallenden Tätigkeiten verstehen wir als aktivierende und rehabilitative Pflge. Sie bedeutet keine Personaleinsparung, sondern benötigt unter Umständen mehr Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen für jede und jeden Einzelnen. Durch das Einbeziehen in die Verrichtung der alltäglichen Arbeiten und die kleinen Erlebnisse des täglichen Lebens können wir versuchen, Depression, Resignation, Isolation, Passivität und Apathie entgegenzuwirken. Trotz Pflge- und Betreuungsbedürftigkeit tragen wir so dazu bei, einen hohen Grad an Lebensqualität zu bewahren.

---

## **Tagesgestaltung**

Die Tagesgestaltung orientiert sich in erster Linie an den individuellen Gewohnheiten der Bewohnerinnen. Sie haben zum Beispiel die Möglichkeit, ihrem persönlichen Rhythmus entsprechend aufzustehen und zu Bett zu gehen.

### **Medizinische, pflgerische, therapeutische Massnahmen**

In der Wohngruppe erhalten die Bewohnerinnen die gesamte erforderliche pflgerische Unterstützung bei der Körperpflge, beim Anziehen, Aufstehen, Baden und bei Bewegungsübungen. Sie erhalten Hilfe bei der Einnahme von Essen und Trinken aber auch bei Ausscheidungsproblemen (Inkontinenz usw.).

In der Wohngruppe werden auch alle notwendigen therapeutischen Massnahmen durchgeführt: Verbandswechsel, Medikamentenverabreichung, Injektionen, Infusionen, Wechsel von Blasenkathetern usw.

---

Spezielle Therapien (physiotherapeutische Massnahmen, Ergotherapie usw.) können unter Anleitung der betreffenden Fachleute (oder durch diese selbst) ebenfalls in der Wohnung durchgeführt werden. Wenn es zur Förderung sozialer Kontakte beiträgt, werden Therapien auch ausserhalb der Pflegewohnung ermöglicht.

### **Verpflegung**

Jede Wohngruppe sucht grundsätzlich für sich die jeweils beste Form, die Verpflegung zu organisieren.

In der Regel werden die Mahlzeiten in der Wohnung selbst zubereitet. Dafür zuständig sind die Pflegenden, erwünscht ist der Einbezug der Bewohnerinnen und Angehörigen. Je nach Situation kann das Mittagessen auch von auswärts bezogen werden (Mahlzeitendienst, Kantine, Restaurant o.ä.). Denkbar ist auch, einzelne Mahlzeiten gemeinsam auswärts einzunehmen (Kirchgemeinde, Restaurant, Ausflug).

### **Haushalt**

Die Wohngruppen sind für die Haushaltsführung selbst verantwortlich: Einkaufen, Reinigen, Abwaschen, Wohnungsunterhalt und Besorgen der Wäsche.

### **Freizeitgestaltung**

Die Freizeit darf sich jede Bewohnerin selbst gestalten. Es gibt aber auch die Möglichkeit, mit dem Team und/oder in der Gruppe gemeinsam etwas zu tun, zum Beispiel gemeinsames Planen und Ausführen von Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, Kaffeetrinken, Bastelarbeiten, Kochen, Besuch von Veranstaltungen, Fernsehen, Haustiere usw.

### **Kontakte, Öffentlichkeitsarbeit**

Zum Tagesablauf gehört die Pflege von Kontakten zu Nachbarn und zum Quartier. Darüber hinaus gehört aber auch Interessierte über die Pflegewohnung zu informieren, z. B. durch Führungen oder Vorträge.

## **Wohnungen und Einrichtung**

---

Für die Pflegewohngruppen kommen Einzelwohnungen, Einfamilienhäuser in Frage, aber auch zwei nebeneinander liegende Wohnungen, die zum Beispiel mit einfachen Mitteln (Mauerdurchbruch) verbunden werden können.

Seit dem Jahr 2000 besteht eine Kriterienliste zur Bewilligung von Pflegebetten in Altersheimen, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Diese Kriterien gelten auch für das Betreiben von Pflegewohnungen.

Je nach Grösse der Zimmer werden diese mit ein bis zwei Bewohnerinnen belegt. Erwünscht ist eine möglichst geräumige Wohnküche. Wichtig ist auch ein Zimmer, das als Aufenthaltsraum genutzt werden kann.

Die Wohnungen müssen rollstuhlgängig gemacht werden, z. B. durch Entfernen von Türschwellen und evtl. Verbreiterung von Türen.

---

Die Bewohnerinnen richten ihre Zimmer grundsätzlich mit ihren eigenen Möbeln ein. Bei Bedarf wird ihnen allerdings ein Pflegebett zur Verfügung gestellt.

Die Wohnungen verfügen über behindertengerechte Nasszellen.

Falls sich die Wohnung nicht im Parterre befindet bzw. keinen ebenerdigen Zugang aufweist, ist eine Treppenraupe oder allenfalls ein Treppenlift erforderlich.

## **Fortbildung**

---

Das Zusammenleben pflegebedürftiger Menschen in einer Wohngruppe und die angestrebte Art der Pflege sind neue Formen der Betreuung und stellen an alle Beteiligte hohe Anforderungen. Dies bedingt eine laufende Fortbildung der Pflegenden, die wie folgt aussieht:

- intensiven Erfahrungsaustausch innerhalb der Pflegegruppe und mit andern Beteiligten (z.B. Ärztinnen usw.),
- Lernen durch Erfahrungsaustausch mit Mitarbeiterinnen ähnlicher Institutionen (andere Pflegewohngruppen, Spitex, etc.),
- Anleitung und Information bezogen auf aktuelle Problemstellungen (z.B. Information durch Ärzteschaft über aktuelle Therapien, Krankheitsbilder, Instruktion durch Physiotherapeutinnen usw.),
- Fallbezogene Supervision und Beratung im Team oder einzeln,
- Teamfortbildungen zu Fachfragen durch Experten aus dem Gebiet der Pflege,
- Förderung der Teilnahme einzelner Teammitglieder an einschlägigen externen Kursen, Tagungen und Weiterbildungen (z.B. über Palliativpflege, Schmerzbekämpfung usw.).

## **Kosten und Finanzierung**

---

- Die Kosten der Pflegeleistungen gehen, im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherungen vorgeschriebenen Umfang, zu Lasten der Versicherer.
- Bezüglich der Finanzierung des Restdefizites der Pflegeleistungen haben die Pflegewohngruppen seit 2011 eine Leistungsvereinbarung mit dem Departement Soziales der Stadt Winterthur.
- Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung gehen zu Lasten der Bewohnerinnen, die Tarife sind so festgesetzt, dass sie höchstens die tatsächlichen Kosten in diesem Bereich decken.

Im November 2003 haben die Stimmberechtigten der Stadt Winterthur einer Defizitgarantie für die Pflegewohngruppen zugestimmt. Per 1. Januar 2015 wurde die Defizitgarantie durch einen Schwankungsfond abgelöst.

Von den Krankenkassen sind die Pflegewohngruppen als Pflegeheim anerkannt.