



Il nostro concetto di cura

Nella nostra visione ci siamo dedicati in modo chiaro e inequivocabile al concetto di una cura olistica. Il nostro obiettivo principale è quello di fornire qualità di vita, autonomia e il mantenimento e l'aumento delle attività.

L'autonomia, il libero arbitrio e le competenze sociali della persona anziana devono essere mantenuti e promossi più a lungo possibile. Utilizzando la parola "indipendenza" non intendiamo in primo luogo il corpo, ma lo spirito e la psiche. Essere indipendente significa avere la libertà di pensare in modo autonomo e di poter decidere autonomamente o essere coinvolti nelle decisioni prese verso la propria persona.

L'accettazione dell'anzianità e della disabilità riesce meglio, quando le persone attempate si trovano di fronte a persone che sono consapevoli in modo dignitoso di questa fase della vita.

Cerchiamo di programmare la giornata in modo da corrispondere il più possibile alla vita vissuta. La struttura interna e l'organizzazione della casa sono basate sulla normale vita quotidiana e vi è legato in modo molto stretto anche il principio d'individualità. Individualità significa che la persona anziana può influenzare la sua vita quotidiana rendendola ogni giorno differente. Siamo tenuti a prendere in considerazione i suoi desideri e le sue preferenze. È normale che tutto questo non possa essere realizzato al 100%, ma il nostro obiettivo è proprio questo.

Vita indipendente e autosufficiente:

- Rispettiamo la carta dei diritti e delle libertà delle persone anziane
- Il residente determina l'entità delle cure e dell'assistenza
- In caso di malattia è il residente stesso a determinare il trattamento
- Der Bewohner bestimmt das Ausmaß der Körperpflege selbst
- Il residente determina l'entità della cura del corpo

Vogliamo regalare alle persone anziane quella percezione di "casa" e darli la sensazione di esserci per loro ogni volta che ne avranno bisogno.

Concetto di cura secondo Maria Riedl:

Il nostro concetto integrativo dell'assistenza secondo Maria Riedl rappresenta senza dubbio l'approccio più polivalente e di successo nel campo della cura per anziani. È caratterizzato da una chiara enfasi e promozione del potenziale di auto-aiuto attraverso il lavoro biografico.

Il nome "concetto integrativo di assistenza" ha un significato maggiore di "olistico". Il termine racchiude l'attività "completare", "unificare."

Il processo assistenziale è basato su una visione diversificata della persona. Corpo, mente, situazione sociale, la biografia, le colonne dell'identità secondo il prof. Petzold, i coping e la regressione sono osservati nella loro interazione verso la condizione dell'essere umano e sono utilizzati per la diagnostica assistenziale.

Gli obiettivi del concetto integrativo di assistenza:

- imparare a capire la persona anziana
- fornire un adeguato sostegno per l'adeguamento
- Creare una "nuova casa" dentro la casa di riposo
- Conservare la dignità della condizione umana
- Allenare il corpo esausto
- Utilizzare la memoria alterata
- Riconoscere la saggezza dell'età senza correggerla



- Accompagnare famiglia e amici
- Integrare l'essere umano in rispetto a quello che era
- Orientare il presente e il futuro al passato della persona anziana
- Applicare interventi infermieristici nelle malattie della vecchiaia
- Offrire una cura e assistenza contemporanea attraverso la connessione di concetti riconosciuti
- Imparare a documentare gli interventi infermieristici

"Soltanto chi conosce il passato può modellare il presente e progettare il futuro"

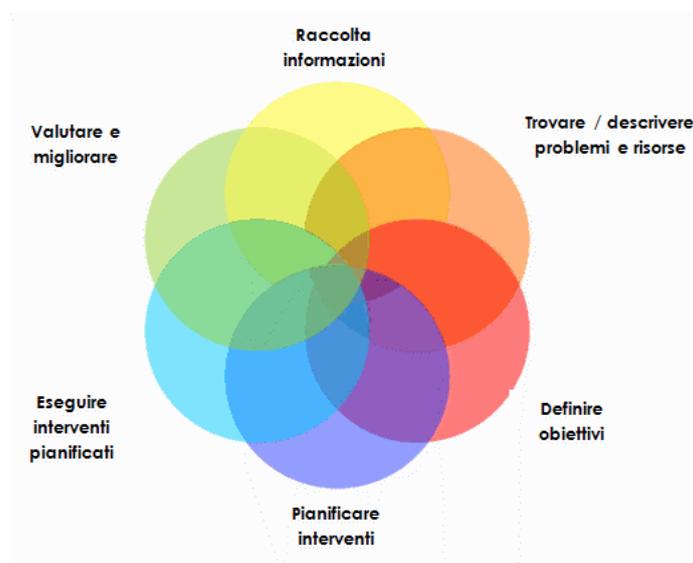
Piano d'assistenza

Attraverso il piano d'assistenza è divenuto possibile documentare e progettare le cure olistiche rendendole quantitativamente e qualitativamente rappresentative per il lavoro svolto. Pertanto, il piano d'assistenza rappresenta una garanzia di qualità e garantisce la tracciabilità. Efficienza ed efficacia sono i nostri obiettivi.

Il nostro modulo per l'anamnesi corrisponde al concetto di cura di "Monika Krohwinkel" e viene integrato in diversi punti con il concetto dell'assistenza integrativa secondo da Maria Riedl (IPK):

1. Essere in grado di comunicare
2. Essere in grado di muoversi
3. Riuscire a mantenere le proprie funzioni
4. Essere in grado di curarsi
5. Essere in grado di bere e mangiare
6. Essere in grado di eliminare
7. Essere in grado di vestirsi
8. Essere in grado di riposare, dormire e rilassarsi
9. Imparare a tenersi occupati ed essere in grado di fare progressi
10. Essere in grado di sentirsi e di comportarsi come uomo e donna
11. Essere in grado di creare un ambiente sicuro e stimolante
12. Saper assicurare gli ambiti sociali della vita e creare delle relazioni
13. Essere in grado di affrontare le esperienze della vita

Per la pianificazione assistenziale individuale ci orientiamo **ai sei passaggi del modello del processo assistenziale secondo Fiechter/Meier**, come segue:





- **Raccolta informazioni:** Il processo assistenziale inizia con la raccolta di informazioni durante lo stato attuale della persona. Si valuta il “perché” la persona ha bisogno di cura/assistenza. L'anamnesi succede durante la discussione con il residente e i parenti ed è svolta in base al documento dedicato all'anamnesi.
- **Trovare/descrivere problemi e risorse:** la pianificazione succede in base ai dati raccolti durante l'anamnesi e in riguardo alle competenze, alle risorse e ai problemi presenti.
- **Definire obiettivi:** Sulla base della descrizione di problemi e risorse sono formulati e messi per iscritto obiettivi realistici di cura e assistenza.
- **Pianificare interventi:** dopo la pianificazione consegue la nomina delle misure assistenziali che sono applicate per raggiungere gli obiettivi prefissati. Tempo e costi del personale devono essere specificati e sono applicati gli standard d'assistenza presenti nella struttura. La priorità è data alla pianificazione individuale. Standard minimi di qualità vanno rispettati. La pianificazione deve rispecchiare nel suo contenuto la linea guida della casa e il concetto di cura.
- **Eeguire interventi pianificati:** La fase centrale del processo di cura è la corretta attuazione delle misure pianificate (svolgere l'assistenza). Questo è poi attestato nella documentazione (cartella assistenziale) e/o nella cartelle interventi per ospite per dimostrare le prestazioni effettivamente fornito. Interventi pianificati non applicati vanno giustificati all'interno della documentazione.
- **Valutare e migliorare:** Durante la fase di valutazione (Evaluazione) sono stabiliti i risultati ottenuti ed è rilevato se il residente è stato in grado di mantenere le proprie risorse o se è riuscito a ripristinarle = obiettivi per il mantenimento delle proprie risorse. Grazie alla valutazione semestrale dell'anamnesi viene verificato se i problemi descritti sono diminuiti o se sono aumentati. In base questa rilevazione viene eseguita la revisione del piano di assistenza individuale. Inoltre, sono messi sotto esame l'efficacia e l'efficienza delle misure adottate. Le visite infermieristiche completano il lavoro svolto e sono da vedere come garanzia di qualità. Sono effettuate periodicamente.