



48. Fachtagung der DED in Göttingen am 12.10.2023

„Mit Grenzen leben - Möglichkeiten durch Grenzen im Pflegealltag“

**Wie gelingt beziehungsorientierte Pflege?
Anforderungen an die „Pflegeorganisation“.**

Impulsvortrag durch: Johannes van Dijk

Fachreferent für DCM und Gerontopsychiatrie in der Frank Wagner Holding – Hamburg

Vorstandsmitglied der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Auswirkung Demenz auf Beziehungsgestaltung

- **Durch Abbau von (kommunikativen) Fähigkeiten, Verwirrtheit und psychische Probleme kann es für MmD schwieriger werden von sich aus adäquat Beziehungen (neu) anzugehen, aufzubauen und zu erhalten**
- **Wenn MmD mit genannten Problemen alleine gelassen werden, folgen oft als Schutz z.B. Versuche sich Reize aus der Umgebung zu entziehen (weglaufen), die auszublenden (Augen zu) und / oder sich „psychisch“ zurückzuziehen in eine „eigenen inneren Welt“**
- **Dies führt dazu, dass sie sich aus noch vorhandenen Beziehungen zurückziehen und verringert die Chancen in Beziehung zu kommen**

Kernziel des „Expertenstandards Demenz“

- Da Beziehungen für Lebensqualität notwendig sind, sollte jeder pflegebedürftige Mensch mit einer Demenz, der von sich aus kein Kontakt mehr aufnimmt / aufnehmen kann (aus verschiedensten Gründen), bei Bedarf:
- „Unterstützungsangebote zur Beziehungsgestaltung bekommen, *die das Gefühl gehört, verstanden und angenommen zu werden, sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern“*

Unterstützung bei Beziehungsgestaltung

- Gezielte regelmäßige persönlich zugewandte Kontaktaufnahme und Begrüßung im Vorübergehen, bei dem ein Bewohner „das Gefühl bekommt gehört, verstanden und angenommen zu werden“:
- Sich Zeit für jemanden nehmen, Interesse zeigen (und ehrlich haben!), u.a. über „kürzer / länger bei Bewohner verweilen“, Augenkontakt - gleiche Augenhöhe, Gefühlsausdruck erspüren
- Dazu Nachfrage: „Wie geht es?“ Warten auf Antwort (zuhören) und / oder andere Reaktion (schauen-beobachten + Bewohner annehmen wie er / sie ist). Versuchen zu verstehen, was Bewohner mitteilt.
- Wenn MA regelmäßig persönlich zugewandt auf Bewohner zugehen, werden sie sich gegenseitig besser kennen lernen und wird die Entstehung und Vertiefung einer (Vertrauens-)Beziehung gefördert, in der sich Bewohner mit MA verbunden fühlen kann

Unterstützung bei Beziehungsgestaltung

- Auch bei kurzen Interaktionen kann von einer (kurzen) Beziehung gesprochen werden. Regelmäßige Interaktionen zwischen MmD und fest zugeordneten (Bezugs-)Pflege- und Betreuungspersonen fördern Entstehen von „tieferen (Vertrauens-) Beziehungen“ mit Gefühlen von Sicherheit und Geborgenheit (Grundlagen für Lebensqualität!).
- Dazu braucht es positive Erfahrungen in Beziehung mit MA:
 - Zuverlässigkeit, Wertschätzung von MA +
 - ehrlich-authentisches Interesse + Verhalten von MA im Umgang,
 - Bei gemeinsamen Aktivitäten (fördern Vertiefung einer Beziehung)
- Diese ermutigen Bewohner offen zu sein und zu bleiben für Kontakte, als Grundlage für die „Entstehung“ von (weiteren) Beziehungen
- Schlechte Erfahrungen führen zu Rückzug und Isolation

Unterstützung bei Beziehungsgestaltung - Beispiele

- **Freundliche, wertschätzende Begrüßung im Vorübergehen**
- **sich als MA vorstellen, Bewohner informieren über was passiert**
- **Bewohner einladen, aktiv einbeziehen, begleiten und unterstützen bei Aktivitäten, wenn möglich Aktivitäten gemeinsam machen**
- **Kontakte zwischen Bewohner untereinander fördern, auch durch Wahl Aktivitäten mit Bewohnerkontakte - Interaktionsförderung**
- **Neue Bewohner Mitbewohner vorstellen, in Gruppe introduzieren**
- **(gemeinsame) Aktivitäten anfangen mit Begrüßungsrunde / Namenrunde**
- **Bei Aktivitäten alle Bewohner im Raum ansprechen und einbeziehen**
- **So viel wie möglich MA-Präsenz, im Erlebnishraum der Bewohner, und für sie sichtbar, hörbar und spürbar, einplanen / organisieren.**

Einige Beispiele von „erschwerenden Faktoren“

- zu wenig (eigenes) Pflege-Personal / häufigen Einsatz von MA Zeitarbeit, die Bewohner und Einrichtung nicht gut kennen
- Arbeiten unter Zeitdruck, gestresste und frustrierte MA
- Fehlende Anerkennung, mangelndes Vertrauen durch Angehörige
- fehlendes Fachwissen bei MA über Komplexität der „Demenz“ (verschiedene Demenzformen z.B.)
- „funktionales Denken“ (nach Plan, bzw. Gewohnheit arbeiten) bei der täglichen Gestaltung der Pflegearbeit, z.B. MmD nicht Waschen-Duschen wollen im Spätdienst
- fehlende Bereitschaft MA gewöhnte funkt. Arbeitsweisen zu ändern
- Baulich: z.B. fehlende / zu wenige / zu kleine Gemeinschaftsräume

Anforderung für Pflege-Einrichtung (Exp.Stand. S 1 c)

- Einrichtung fördert und unterstützt Entwicklung einer person-zentrierten Haltung (nach Tom Kitwood) der MA zu einer „die Beziehung gestaltende- und fördernde Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen“
- Im Einrichtungskonzept ist diese person-zentrierte Ausrichtung beschrieben.
- Es gibt ein dazu passendes Schulungsangebot für alle an der Pflege + Betreuung beteiligten Personen.
- Die Entwicklung / Gestaltung einer person-zentrierten Pflege-Arbeits-Organisation und „Arbeitskultur“.

Personzentriert-basiertes Pflegekonzept

- Grundlage PZ-Pflege laut Expertenstandard: „Abkehr von verrichtungs- oder funktionsbezogene Pflege, die auf Kompensation kleinteiliger Pflegemaßnahmen ausgelegt ist“.
- Pflege soll sich nicht nur an objektiven (wie physischen) Bedarfen, sondern auch an subjektiven (emotionalen) Bedürfnissen von MmD und Angehörige ausrichten.
- Die Art der Pflege, das Wie ist genauso wichtig wie die Pflege-Handlung, das Was, selbst!

Vorschläge zur konkreten praktischen Umsetzung

- Eine zu Bedürfnissen der betreuten MmD passende Tagesgestaltung
- Präsenz MA (sichtbar, hörbar, spürbar) in direkter Nähe / Umfeld der Betreuten bei Dienstplanung / Arbeitseinteilung berücksichtigen, um Unterstützungsangebote in Beziehungsgestaltung zu ermöglichen
- ausreichend-, angemessen qualifiziertes Personal: Basisqualifikation- + „kontinuierlichen Schulungen zu Grundwissen zu Demenz und Beziehungsgestaltung für alle an Versorgung beteiligten Personen.“
- pro Team ein Gerontopsychiatrische Pflegefachkraft und pro Einrichtung übergeordnet eine koordinierende Fachkraft für Gerontopsychiatrische (GP) Aktivitäten und GP-Weiterentwicklung
- Aktivitäten zur Teambildung und Förderung Zusammenarbeit in Teams
- Demenz-gerechte bauliche Rahmenbedingungen

Einfluss Pflege-Arbeits-Organisations-Strukturen

- **Personzentrierte Pflege:**

- Wünsche / Bedürfnisse Pflegekunden zentral: „Wohnen vor Pflege“
- **Arbeitsplan wird daran angepasst**
- Fordert Flexibilität Arbeitsablauf PP, ermöglicht Freiraum für Pflegekunde
- *Braucht keine feste Zeiten bis wann etwas fertig sein soll / muss - PP weniger Stress*
- PP muss aushalten, dass etwas nicht fertig gemacht-, weitergegeben wird z.B. in nächster Schicht (lernen / umdenken?)
- PP kann positive Folgen für Wohlbefinden Pflegekunde sehen und spüren; dadurch bei PP Arbeitszufriedenheit gefördert!

- **Funktionale Pflege:**

- Effiziente Durchführung der Arbeit (nach Plan) primär wichtig
- **Tagesgestaltung Pflegekunde wird daran angepasst (festgelegt)**
- Einschränkung Freiraum Pflegekunde (Gefahr Fremdbestimmung durch PP)
- PP versucht „Arbeit“ in gewisser Zeit „fertig zu machen“ (PP – Stress!)
- Wenn das gelingt: Struktur, Klarheit, Sicherheit für PP (Arbeit wie gewohnt)
- **PP auf Dauer unzufrieden!!:**
„Fließbandarbeit“. PP sehen und spüren die negativen Folgen der Einschränkungen für Pflegekunden

Gibt es Selbstbestimmung durch MmD im Heim?

- Praxisbeispiel: (aus DCM-Beobachtung in 2017, 2 Situationen mit Fr.M.)
- Situation 1: (*Fremdbestimmung durch PK*)
- PK betritt Wohnzimmer. Geht zu Fr.M., 90 Jahre alt, die seit 15 Min. im Wohnzimmer im Rollstuhl sitzt und noch nicht getrunken hat.
- PK: „Ich mach *dir* Mal das Lätzchen um“ (ohne Gruß + ohne zu fragen) - „jetzt gibt es zu trinken“ (PK setzt Fr.M. Becher an Mund)
- Fr.M. spuckt Kaffee aus, über Kleidungschutz auf Hose. PK hört auf, nimmt sie mit und zieht Fr.M. neue Hose an. Nach 10 Min. ist Fr.M. zurück. Hat nicht getrunken. PK geht raus. War mehr als 10 Min. beschäftigt. Ohne Erfolg. Nur zusätzliche Arbeit erledigt.
- Beide Personen wahrscheinlich unzufrieden....

Gibt es Selbstbestimmung durch MmD im Heim?

- Praxisbeispiel: (aus DCM-Beobachtung in 2017)
- Situation 2: (*Selbstbestimmung von Bewohner durch PK ermöglicht*)
- 5 Minuten später kommt andere PK. Begrüßt Fr.M. freundlich, unterhält sich kurz mit ihr, fragt dann, ob sie etwas trinken möchte. Fr.M. nickt „ja“. PK fragt, ob sie Kleidungschutz ummachen darf, um schöne Kleidung zu schützen. Fr.M. nickt „einverstanden“.
- PK reicht Fr.M. Becher, sie fasst den mit an, gemeinsam bringen sie Becher zum Mund. Fr.M. hat Durst, trinkt Becher in ca. 1 Min. leer.
- Ca. 3 Min. nach Eintreffen dieser PK ist der Becher leer.
- Erkenntnis: Selbstbestimmung Bewohner ermöglichen: Arbeitszeit gespart! Und unnötige (?) zusätzliche Arbeit vermieden. Und beide Personen sind zufrieden!!

Funktionale Pflege verursacht mehr Arbeit(szeit)!?

- **Funktional organisierte Einrichtungen: Annahme, dass bei „funktionale“ effiziente Planung MA mehr „Arbeit“ schaffen.**
- **detaillierte Arbeits-Ablaufpläne Früh-, Spät-, Nachtdienst. Pro Schicht werden Aufgaben nach Plan abgearbeitet / fertig gemacht. Versuch viel pflegerische Arbeit mit % wenig Personal effizient zu meistern...**
- **Hierbei zeigen sich negative Auswirkungen für Bewohner (u.a. Rückzugsverhalten, Immobilität) und Mitarbeiter*innen (u.a. viele Krankmeldungen)**
- **Praxis Beispiel - Situation 2 zeigt, dass „personenzentriert“ Arbeiten, nach Bedürfnisse von Fr.M., weniger Arbeit macht und Zeit spart, im Vergleich zum funktionalen Handeln in Situation 1**
- **Personenzentriert Arbeiten fördert Wohlbefinden Bewohner und PK!**

Personenzentrierter Ansatz (DCM!) hat geholfen

- *Mir angewöhnt auf Bitte-Wünsch Bewohner sofort reagieren-helfen. Kostet etwas Zeit. Bringt Plan durcheinander. Tut Bewohner gut! PP freut sich Gutes zu tun!*
- *Wenn ich erst später helfe, weil ich „die Arbeit“ nach meinem Plan (fertig-)mache, ist Bewohner unzufriedener und Hilfe kostet mehr Zeit, möglich sogar viel mehr, wegen „Komplikationen“, wie bei Fr.M. Dadurch gibt es erwartungsgemäß auch weniger Freude bei PP*
- *Sofort helfen, spart sogar Zeit und tut PP gut! („Es lohnt sich“)*
- *Ich lernte besser mit unerwarteten Situationen umgehen, wurde flexibler mit Arbeits-Planung und ließ inneren Druck los, mir zugeteilter Arbeit in gewisser Zeit schaffen zu wollen / müssen.*
- *Akzeptierte „Verspätung“ wegen unerwartete Arbeit als normale „Verschiebung“ meiner Arbeit und überlegte danach mit Kollegen, wie wir die restliche Arbeit am besten machen könnten. Wir setzten Prioritäten, Aufgaben wurden umverteilt und wenn nötig für Spätdienst belassen.*
- *In einem Team mit guter Kommunikation und Zusammenarbeit, konnten wir so, unerwartete Arbeiten, ohne uns selbst zu viel Stress zu machen, bewältigen.*

Was verhindert Übergang zu PZ-arbeiten? Was hält uns in diese funktionale Arbeitsweise? Bzw. was fördert die?

- Detailliert vorformulierte Beschreibungen der Arbeitsaufgaben pro Arbeits-Schicht mit zeitlich geplanten Arbeitsinhalten und -Abläufen:
- „Grundpflege im Frühdienst“: setzt MA unter Druck Grundpflege - ggf. auch gegen den Willen von Bewohnern - „MA machen es ohne Bewohner zu fragen“...! - im Frühdienst durchzuführen, auch weil MA im Spätdienst sich dafür als nicht zuständig sehen / empfinden. Bedeutet keine Dusche im S! Nicht länger schlafen als bis 10.00 Uhr
- „Abendversorgung, inkl. ins Bett bringen im Spätdienst“: setzt MA unter Druck gleich nach Abendbrot damit anzufangen, auch im Sommer bei 30°C, damit alle Bewohner in Bett liegen, bevor die Nachtwache kommt.
- **ARBEITSKULTUR**, in der „MA“ sich, ggf. über viele Jahre, daran *gewöhnt* haben, *nach diesem Plan zu arbeiten*, und nicht offen und bereit sind, daran etwas zu ändern

Wohnen vor Pflege



we083663 www.fotosearch.com ©

- Wir richten unsere Arbeit aus an individuellen Wünschen und Bedürfnissen der betreuten Personen
- Tagesablauf wird nicht primär bestimmt durch Routinen der körperlichen Versorgung
- Hier werden keine Personen „fertig gemacht“, bis 10.00 Uhr oder bis zum Frühstück
- Wir machen Kollegen nicht fertig, wenn nicht alle zu betreuenden Personen bis zum Spätdienst / Nachtdienst versorgt sind
- **Der Weg ist das Ziel!**
- Mitarbeiter*innen gestalten für sich-, zusammen mit den Kollegen-, und zusammen mit den zu Betreuenden Personen, jeden neuen Tag gemeinsam so schön wie möglich **und:**
- Wir Mitarbeiter*innen unterstützen uns gegenseitig und lassen auch die zu betreuenden Personen soviel helfen (und Verantwortung!) wie möglich. Wir lassen sie dafür, wenn möglich, soviel Zeit, wie sie brauchen. Ohne (unseren) Zeitdruck und Dank unserer Ruhe und Geduld, werden sie deren noch vorhandenen Fähigkeiten besser nutzen können

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit!