

Broschüre Betreuung und Pflege

Stand April 2019

Grundsätze in der Betreuung & Pflege

Wir beginnen jeden Tag neu. Dabei vermeiden wir starre Haltungen im Konzept sowie im Betriebsablauf. Das bedeutet für uns, dass unser Handeln nicht in erster Linie von einem Personalschlüssel abhängen darf, sondern wie wir unsere Schwerpunkte setzen, also: Was ist uns wichtig für die möglichst individuelle Betreuung der Bewohner? Deshalb arbeiten wir auch mit weniger Personal nicht schneller als sonst, sondern leben das „Konzept der Langsamkeit“. Wir passen unser Tempo demjenigen der Bewohnerinnen an, um sie nicht zu überfordern. Das heisst, wir werden durch dieses einführende Verstehen und Anpassen in einem ständigen Lernprozess stehen, der von uns Flexibilität und Improvisationskunst erfordern wird. Wir arbeiten daran, durch all unsere Handlungen den Eindruck von «Zeit haben» zu vermitteln, um ein möglichst ruhiges Klima auf der Abteilung zu gewährleisten. Allzuschnell bewegt man sich im sogenannten „Schwesterngang“ – im Eiltempo – was für Bewohner nichts anderes heisst, als: Die hat keine Zeit! Unser bewusstes Innehalten kann auch dazu führen, dass wir für „Selbstverständliches“ aufmerksamer werden und durch Kurzkontakte mit den Bewohnern trotz Zeitnot eine tragfähige Beziehung aufbauen können.

1. Einfühlende Grundhaltung

Die einführende Grundhaltung beruht auf der Akzeptanz, die „innere Realität“ eines Menschen zu akzeptieren und ihn nicht „mit Gewalt“ an unserer Realität orientieren zu wollen. Es ist auch kurzfristig, aber beschränkt möglich, von einer Pflegeplanung abzuweichen, weil es jetzt so besser für die Bewohner stimmt. Wir müssen uns dabei voll und ganz auf die Situation und Gefühlslage der Bewohner einstellen. Eine Pflegeverweigerung kennzeichnet sich durch mögliche Ursachen, Hintergründe des verweigernden Verhaltens werden im Team diskutiert. Handelt es sich um eine Verstimmung wegen Schmerzen oder ist die Verweigerung durch eine Depression begründet? Eine hohe Anforderung wie wir wissen, da wir selbst auch immer wieder eigenen Lebenssituationen und Stimmungen unterworfen sind, die diese Konzentration auf die Bewohner zeitweise erschweren mögen. Handelt es sich jedoch um einen Versuch zu agieren, zum Beispiel das Pflegepersonal gegeneinander auszuspielen, dann halten wir entschieden an einer Linie fest.

2. Milieugestaltung

Der Gestaltung des Wohnumfelds messen wir einen sehr hohen Wert bei. Wir werden in der Gestaltung, resp. dem „Sichtbarmachen“ der Jahres- oder Festzeiten sehr kreativ und versuchen mit gestalterischen Mitteln eine angenehme Atmosphäre zu bewirken. Hier entwickeln wir selber viele Ideen und Initiative. Aus Erfahrung wissen wir, wie sehr die Bewohnerinnen diese Bemühungen schätzen, was uns selber auch immer wieder Ansporn gibt, diese zusätzlichen Anstrengungen auf uns zu nehmen. Milieugestaltung bedeutet für uns jedoch nicht nur das Anpassen der äusseren Gegebenheiten der Umwelt an Bewohnerinnen, sondern vor allem auch das Gestalten der sozialen Atmosphäre, die geprägt ist durch gemütliches Beisammensein, das Verströmen von Ruhe und Zeit haben; dem Abbau von unnötiger Hektik (Weniger ist mehr!). Wir stellen immer wieder fest, dass das Klima wesentlich durch das Personal bestimmt wird oder werden kann, also von deren inneren Werthaltungen, die in der Alltagsbewältigung zum Ausdruck kommen. Wir versuchen durch unser Dasein und die zahlreichen Kurzkontakte eine positive Grundstimmung auf der Abteilung zu erzeugen, in der sich die Bewohnerinnen angenommen und

wohl fühlen. Den gemeinsamen Aufenthaltsraum nutzen wir für Aktivitäten, fürs gemütliche Zusammensein (Stube). Es ist unser erklärtes Ziel, dass äusseres (Gestaltung der Wohnatmosphäre) und inneres Milieu (Stimmung und Haltung des Personals) aufeinander abgestimmt sind. Der Geburtstag hat für die meisten Menschen eine hohe Bedeutung, die oft abhängig davon ist, welche Kindheitserlebnisse mit diesem Tag verbunden werden.

Wir möchten – sofern erwünscht – diesen Tag mit besonderen Ideen begehen: z. B. Glückwünsche überbringen, einen Geburtstags-Kuchen backen, ein passendes Geschenk, etc. Es ist uns ein Anliegen, Rituale im Alltag miteinzubeziehen.

3. Direkte Betreuung und Beziehungsgestaltung

Wir begegnen den Bewohnern mit einer vorurteilslosen, wertschätzenden, validierenden, offenen Haltung – Diagnose hin oder her und lassen uns von der E-Pflege nach bath leiten. Wir wissen nur zu gut, wie viel Ressourcen in jedem (auch verwirrten) Menschen stecken können. In der Beziehungsaufnahme respektieren wir die Eigenheiten der Bewohner, selbst wenn diese aus unserer Sicht verrückt anmuten. Anrede: Du oder Sie? Es mag Situationen geben, in welchen es nach Absprache (oder sogar auf Hinweis) mit den Angehörigen sinnvoll ist, die (demenzranke) Bewohnerin mit Du und Vornamen anzusprechen. Dies geschieht aber immer sehr reflektiert und wird zusätzlich im Team besprochen. Die Pflegedienstleitung wird ebenfalls davon in Kenntnis gesetzt. Solche Entscheide werden von uns in jedem Fall fachlich begründet. Wir fördern Beziehungen unter den Bewohnern – auch die gegengeschlechtlichen. Das bedeutet, dass auch „Techtel-Mechtel“ zwischen zwei Bewohnern durchaus Platz haben können, solange nicht eine der beiden Beteiligten in irgendeiner Form ausgebeutet wird.

4. Bereichs- und Bezugspflege

Wir streben dort, wo es für den Bewohner wirklich von direktem Nutzen ist, eine Bezugspflege an, was jedoch nicht bedeutet, dass jeder Bewohner immer von derselben Pflegenden betreut werden kann. Neben der Beziehungsgestaltung ist die Planung des Pflegeprozesses eine der Hauptaufgaben der Bezugsperson, ohne dass die schriftliche Arbeit im Vordergrund steht. Daneben soll auch der Kontakt mit Angehörigen gepflegt werden. Wenn wir feststellen, dass sich der Allgemeinzustand einer Bewohnerin verschlechtert – sei es körperlich oder psychisch bedingt - wird ihr diejenige Pflegeperson zugeteilt, die gegenwärtig den besten Kontakt zu ihr hat, um mit einem erhöhten Zuwendungsangebot zu reagieren. Dieses Vorgehen hat sich schon vielfach bewährt.

5. Biografiearbeit und biografische Grundhaltung

Biografiearbeit ist nicht in erster Linie eine Technik, eine Wissenssammlung oder Verschriftlichung über das Leben alter pflegebedürftiger Menschen, sondern eine Haltung der Offenheit gegenüber dem Leben und der Geschichte der Bewohner. Die „äussere“ Lebensgeschichte (Eckdaten) kann dabei nur als Gerüst dienen. Wichtig ist für uns die „innere“ Lebensgeschichte, wie es auch das Wort Er-inner-ung treffend ausdrückt. Wir müssen nicht alles wissen oder aufzeichnen. Wir konzentrieren uns eher auf Prägendes oder Krisenhaftes der früheren Lebensjahre, die Einfluss auf das Heute haben. Also: Wie ist dieser Mensch zu dem geworden, was er heute ist? Biografische Kenntnisse sind für uns wichtig, um das Verhalten und Erleben der Bewohner besser zu verstehen. Daraus leiten wir auch Handlungsweisen oder

Aktivierungsangebote in der Betreuung ab. Schliesslich sichert die Biografie-Kenntnis die lebensgeschichtliche Kontinuität. Durch unsere Alltagsgespräche mit den Bewohnern zeigen wir Interesse an ihrem bisher gelebten Leben. Aus diesem biografischen Hintergrund wertschätzen wir sie und ihre Lebenserfahrung. Selbstverständlich respektieren wir es auch, wenn uns jemand nicht an seinem bisherigen Leben teilhaben lassen will und seine Biografie sozusagen unter Verschluss hält. Abgesehen davon wird Vertrauliches auch vertraulich behandelt und erscheint somit nicht in der Pflegedokumentation.

6. Depressive Bewohnerinnen

Unsere Kernaufgabe sehen wir in folgenden Verhaltensweisen, in dem wir versuchen klare, strukturierte Tagesabläufe zu definieren und diese zu befolgen. Wir beziehen die Bewohner in den Alltag mit ein und versuchen diese zu motivieren. Es ist uns wichtig keine „klugen“ Rat-Schläge oder falschen Trost zu geben. In monatlichen Visiten mit der Psychiaterin bieten wir professionelle, medikamentöse Behandlungen an. Wir sind fordernd durch Förderung, wir ermuntern zu körperlichen Bewegungen kennen die Biographie der Bewohner und können diese somit im Alltag einsetzen. Bei Suizidgefahr wird sofort gehandelt. Die Pflegedienstleitung wird in Kenntnis gesetzt und es wird durch sie sofort professionelle Hilfe dazu geholt.

7. Unser Hygieneverständnis bei der Körperpflege

Das Waschen am Morgen ist ein eigentliches „Aufsteh-Ritual“. Der Tag beginnt. Die heutigen und „damaligen“ Gelegenheiten, sich regelmässig zu waschen sind allerdings äusserst gegensätzlich. Diese Unterschiedlichkeit zeigt sich oftmals in ablehnenden Äusserungen der Bewohner gegenüber unseren körperorientierten Hygienebemühungen. Hygiene stellt für uns allerdings nicht nur eine Funktionalität dar. Je nach der Art und Weise, wie wir die Bewohner während des Waschvorgangs berühren, erzeugen wir damit auch ein Wohlgefühl: nämlich wirklich „berührt“ zu werden. Darin eingeschlossen kann auch eine leichte Massage (basale Stimulation) sein. Je nachdem machen wir (von uns aus gesehen) bestimmte Abstriche oder Konzessionen und passen uns dem Hygieneverständnis der Bewohner an. Wird die Körperausdünstung (z. B. aufgrund von Inkontinenz) für andere Bewohnerinnen zu einem Problem, resp. anstössig, dann fühlen wir uns mehr gedrängt, unserem Hygieneverständnis mehr Nachdruck zu verleihen. Auf der anderen Seite erkennen wir auch ein Problem innerhalb des Teams: Definieren wir „gut“ pflegen mit gründlich waschen? Wenn wir Pflege so „definieren“, dann entwerfen wir ein sehr funktionales Bild der Körperpflege, das wir im Grunde genommen auch nicht gutheissen. „Allen Leuten recht getan“, ..., das wird uns wohl nie gelingen. Deshalb streben wir an, in der täglichen Körperpflege ein angepasstes und vernünftiges Mass an Hygieneansprüchen anzuwenden.

8. Nachtbetreuung & Schlaf

Ein abendliches Hopp-hopp vor dem Zubettgehen hat sich schon oft unangenehm bemerkbar gemacht durch unruhige Nächte (viele Glockengänge), weshalb wir bewusst versuchen, am Abend eine ruhige Arbeitsatmosphäre zu verbreiten und uns Zeit nehmen, bestimmten Bewohnerinnen besondere Zuwendung zu geben, ähnlich einem Ritual von früher (Mutter-Kind-Beziehung). Das kann unter anderem begleitet sein durch ein Lied, ein ruhiges Gespräch über den vergangenen Tag oder ein einfaches (freies oder ritualisiertes) Gebet. Ebenso unterstützen wir alte Schlafgewohnheiten wie das Tragen von Bettso-

cken oder das Auflegen einer Bettflasche. Dies dient der Förderung des Wohlbefindens und macht letztlich nicht Umstände. Wenn eine Bewohnerin am Morgen länger liegen bleiben möchte, respektieren wir dies als ein zu achtendes und zu verstehendes Bedürfnis, selbst wenn uns dies von den betrieblichen Abläufen nicht sonderlich gefällt.

9. Humor ist wenn man trotzdem lacht

Was haben Humor und Heiterkeit mit Gesundheitsbeeinträchtigungen zu tun? Antwort: Humor trotz(t) Krankheit! Wir möchten durch unser Lachen und unseren Humor den Bewohnern zeigen, dass auch im Pflegeheim die „Alten noch etwas zu lachen haben“. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Eine Bewohnerin mit Diabetes-Kost isst auf der Herbstmesse genussvoll Pommes frites. Eine Pflegende fragt sie spasshaft, was sie da im Mund habe. Die Bewohnerin darauf: „Zähn dängg!“ So kann Situationskomik sehr zu einer entspannten Atmosphäre beitragen, was Bewohnerinnen wie Personal sehr schätzen.

10. Aktivierung

Niemand wird zu einer Aktivierung gedrängt. Wir ermuntern dazu, akzeptieren jedoch auch, wenn jemand sagt, dass sie das ganze Leben gearbeitet habe. Im Vordergrund der Aktivierung versuchen wir in erster Linie den gegenwärtigen Lebensalltag mit sinnfüllenden Aufgaben zu gestalten. In der Vergangenheit wurden verschiedentlich Aktivierungen in den Bereichen Kochen und Backen durchgeführt. Aber wie das so geschieht: Gerade solche erwähnten Alltagsfähigkeiten dienen dazu, an Vergangenes aus dem gelebten Leben anzuknüpfen und das Gemeinschaftserlebnis zu fördern. Wir informieren die Bewohner immer wieder über Veranstaltungen und motivieren sie, daran teilzunehmen. Die 10-Minuten-Aktivierung erachten wir als sehr geeignete Beschäftigungsform auf den jeweiligen Stationen. (Aktivierungskoffer)

11. Förderung der Mobilität

Die Beweglichkeit ist für alle Aktivitäten des Lebens notwendig. Je beweglicher ein Mensch ist, desto vielfältiger und selbständiger kann er sein Leben gestalten. Tatsache ist, dass die Mobilität bei unseren Betagten abnimmt und sie mit der Zeit immer mehr auf Fremdhilfe (Hilfsmittel, Personal) angewiesen sind. Durch geeignete Massnahmen versuchen wir dieser Entwicklung soweit es zumutbar ist, entgegenzuwirken. Dies beinhaltet je nachdem folgende Massnahmen: Wir versuchen zuerst den Rollator einzusetzen, bevor der Rollstuhl zum Zug kommt. Wir achten darauf, dass wir die Bewohner im Bett mit Bewegungsübungen fit halten. Durch den Einsatz kinästhetischer Prinzipien ermutigen wir den Bewohner sich selber zu bewegen. In regelmässigen Einbezug von Therapeuten (Eurythmie, Physio) versuchen wir optimale Lösungen anzustreben.

12. Musik & Gesang / Tanz

Mit Musik als gezieltem Reizangebot können Stress und Angst reduziert werden. Wir setzen Musik zeitlich begrenzt, aber zielgerichtet ein, um die Stations- oder Zimmeratmosphäre günstig zu beeinflussen. Wir lehnen eine musikalische „Dauerberieselung“ durch ungerichtete Radioprogramme ab. Im Weiteren

beachten wir die „Musikbiografie“ der Bewohner. Wir betrachten Musik und Gesang als eine bereichernde und entspannende Begegnungsmöglichkeit auch in alltäglichen Pflegeverrichtungen. Aus diesem Grund ist es bei uns üblich, während der Pflege zu singen, zu summen.

13. Zusammenarbeit mit Angehörigen

Wir schätzen es, wenn Angehörige uns aufsuchen, ohne dass wir uns deswegen gestört fühlen. Aus diesem Grund suchen wir die Zusammenarbeit mit ihnen durch spontane oder vereinbarte Gespräche, Aktivitäten oder organisierte Anlässe. Die grosse Chance liegt im aufeinander zugehen. Angehörige haben ihren „Patienten“ oft lange selber intensiv betreut, weshalb ihre Skepsis gegenüber „fremder Pflege“ durchaus nachvollziehbar ist. Aus diesem Grund gilt für uns: Gut informierte Angehörige werden zu kompetenten Angehörigen. Kompetente Angehörige können kooperative Angehörige werden. Daraus lässt sich ableiten wie wichtig der Erstkontakt mit ihnen am Eintrittstag der Bewohnerin ist. Hier kann der Grundstein für eine gute Zusammenarbeit gelegt werden. Wir betrachten Angehörige als „biografische Spezialisten“, denn sie kennen „ihren Bewohner“ mit all seinen Gewohnheiten, Eigenheiten und Besonderheiten am besten.

14. Sterben und Sterbebegleitung

Wenn wir erkennen, dass Bewohner in eine terminale Phase eintreten, streben wir in erster Linie die palliative Pflege an. Dabei achten wir auf eine schonungsvolle Pflege in der Grundversorgung, indem wir die Sterbende nicht unnötig belastenden Pflegeverrichtungen aussetzen. (z. B. Lagerungen, Waschungen) Unser Handeln muss notwendig sein, dies im Sinne des Wortes Not wenden. (6.10 Konzept Palliativ Care und Sterbebegleitung)

15. Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Es ist oberstes Ziel, den Bewohnern die bestmögliche Sicherheit zu bieten. Allerdings darf diese, wenn möglich, nicht auf Kosten der persönlichen Freiheit gehen. Wir stehen manchmal in einem Dilemma der beiden erwähnten Werte. In Absprache mit den Angehörigen versuchen wir zu einer Klärung zu gelangen, wobei wir eher der Freiheit den Vorrang geben. Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden nur nach Ausschöpfen aller anderen Möglichkeiten und nur nach gut reflektierter Abwägung gegenüber der Sicherheit der Bewohner angewendet. Diese werden zeitlich ausschliesslich begrenzt und gut dokumentiert. Wir nutzen dazu das im ePDok vorgedruckte Formular. Im Übrigen verweisen wir auf die Broschüre „Freiheit und Sicherheit - Richtlinien zur Anwendung freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen“. Auf jeder Station befindet sich eine Informationsbroschüre (Freiheit und Sicherheit Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen. Überarbeitete Auflage 2017) zum Thema. Zusätzlich sind auf jeder Station Fragen zum Thema Freiheitseinschränkenden Massnahmen, (laminierte Karten) um die Mitarbeiter auf die Einschränkungen zu sensibilisieren.

16. Umgang mit Aggressionen

Für viele Bewohner war der Entscheid den Lebensabend im Heim zu verbringen mit einem hohen Grad an Unfreiwilligkeit verbunden. Zusammen leben mit Menschen, die man sich nicht ausgesucht hat, konfrontiert mit der „Endlichkeit des eigenen Lebens“, strukturelle Abläufe hinnehmen, die nicht den individuellen Bedürfnissen entsprechen, das Verkräften von Verlusterlebnissen usw. – all das führt unweigerlich zu Aggressionen im Heim. Aus diesem Verständnis heraus, versuchen wir verbale oder nonverbale Aggressionen, die gegen uns als betreuendes Personal gerichtet sind, nicht als Angriff auf unsere Person zu werten. Vielmehr erkennen wir, dass wir als Blitzableiter einer unbefriedigenden Situation herhalten oder stellvertretend für jetzt nicht (mehr) anwesende Angehörige emotionale Ausbrüche aushalten müssen. Manchmal sind solche Verhaltensweisen auch versteckte Wünsche nach Zuwendung. Wir nehmen Vorwürfe der Bewohner ernst und versuchen durch ein klärendes Gespräch wieder die Ruhe einkehren zu lassen. Bewohner, welche sich schlechter gegen andere Bewohner wehren können oder „unter die Räder kommen“, schützen wir ganz bewusst vor Attacken anderer. Aggressionen Demenzkranker begegnen wir durch einen möglichst ruhigen Umgang und durch das Fernhalten von Störungen oder Ablenkungen. Manchmal ist es für den Moment auch vernünftiger, das Zimmer zu verlassen und einen Augenblick später wieder zu erscheinen, da dann sehr oft eine neue Situation besteht.

17. Verabreichung von Medikamenten

Ist jemand in der Lage selbständig die Medikamenteneinnahme auszuführen und zu kontrollieren, dann unterstützen wir dies. Andernfalls verabreichen wir die Medikamente, allerdings nur dann, wenn diese freiwillig eingenommen werden. An und für sich „schmuggeln“ wir Medikamente nicht ins Essen. Trotzdem sehen wir bei nicht oder nur beschränkt urteilsfähigen Bewohnern gar keine andere Möglichkeit als die Medikamente dem Essen beizumischen. So vermeiden wir unter anderem psychisch unheilvolle Folgeentwicklungen. Um aber aus medizinischer Sicht in Erfahrung zu bringen, was die ärztliche Verordnung letztlich nützt, ist eine sorgfältige Dokumentation im Pflegebericht unabdingbar. Deshalb halten wir es schriftlich fest, wenn ein Bewohner die Medikamente ausspuckt, wegwirft oder sonst wie nicht einnimmt. In einem Dilemma stehen wir dann, wenn ein demenzkranker Bewohner die Medikamente als „Fremdkörper“ im Mund wahrnimmt und diese deshalb nicht schluckt. Hier versuchen wir durch eine Besprechung mit dem zuständigen Arzt und den Angehörigen einen ethisch vertretbaren Weg zu vereinbaren. Während der Einnahme von Medikamenten bei Demenzkranken bleiben wir anwesend und kontrollieren den Schluckvorgang.

18. Fehlverhalten von Bewohnerinnen gegenüber dem Personal

Macht zum Beispiel ein Bewohner ganz eindeutig rassistische Äusserungen gegenüber ausländischem Personal und reagiert nicht positiv auf unsere Interventionen, melden wir dies der Heimleitung, um von dort aus korrigierende Massnahmen einzuleiten. Dasselbe gilt auch für erniedrigende und anzügliche Aussagen („unterhalb der Gürtellinie“) gegenüber dem weiblichen Geschlecht.

19. Unsere Esskultur

Es ist uns wichtig, dass wir die Essenszeiten einhalten und nicht vor der Zeit schon servieren. Das Frühstück wird ab 07.30h mit individuellem Angebot serviert. Um 11.30h wird das Mittagessen, um 17.30h das Abendessen und um ca. 14.00 Uhr werden Kaffee und Dessert serviert. Die Bewohner sind nach

Wunsch, gleichzeitig am Tisch. Wir achten auf eine schöne Raum- und Tischgestaltung (sauberer Tisch / Hygieneregeln), es soll eine ruhige Atmosphäre herrschen. Es ist uns wichtig, dass der Bewohner mit einer guten Sitzhaltung am Tisch/im Bett sitzt. Wir informieren vor dem Verteilen, was es zum Essen gibt, somit kann sich jeder Bewohner nochmals informieren, was er und wieviel er möchte. Das Essen wird somit individuell angerichtet, wir achten uns auf genug Zeit zwischen den Gängen. (keine Hektik aufkommen lassen) Die Portionen sind eher klein gehalten, dafür bieten wir Nachservice auf Wunsch (Beachtung von Diäten!) Nach dem Essen werden die Bewohner befragt, wie das Essen geschmeckt hat (Essensauswertung) Die Getränkewünsche wie Bier, Coca Cola werden separat verrechnet, der Kaffee, der Tee, das Wasser, das Mineralwasser, der Orangenjus werden zum Essen serviert und Sonntags wird der Wein zum Essen offeriert. Auffälliges Essverhalten wird schriftlich im ePDok dokumentiert.

Basel, den 24.April 2019