



KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Lebenswelten für Bewohner/innen, Angehörige und Mitarbeitende schaffen

Zusammenfassung

Um Menschen mit Demenz eine person-zentrierte Lebensumgebung zu schaffen, setzt das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit (KZU) verstärkt auf interprofessionelle Teams (ipT). Auf der weglaufgeschützten Pflegegruppe A OG wurde im Jahr 2021 das neue Betreuungskonzept umgesetzt, welches das ipT als wichtigsten Erfolgsfaktor nennt, um den zunehmenden Syndromen wie BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) und Delir (bei Menschen mit Demenz) menschenwürdig begegnen zu können. Das ipT versteht und löst die komplexen Aufgaben umfassender.

Als wichtigen Seiteneffekt erhofft sich die Leitung, die Attraktivität der Jobprofile der Pflegefachpersonen zu steigern. Gleichzeitig werden Pflegefachpersonen durch das Einbringen anderer qualifizierter Fachberufe entlastet.

Ausgangslage

Eine fortschreitende Demenz verändert die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen auszudrücken. Diese reduzierte Mitteilungsfähigkeit führt dazu, dass ein Bedürfnis oder Mangel nicht ausreichend erkannt wird. Entsprechend steigt das Risiko einer Unterversorgung. Daraus können sich BPSD oder ein Delir entwickeln. Beide Syndrome sind für die Betroffenen, deren Angehörige sowie das Betreuungs- und Behandlungsteam eine grosse Belastung. Es ist evident, dass die Versorgung von BPSD-Betroffenen ein spezialisiertes Behandlungsteam braucht (Savaskan et al., 2014). Das ipT vom A OG besteht aus Vertreter/innen den Berufsgruppen Pflege (Klinische Pflegefachspezialistin, Pflegefachpersonen HF, Fachangestellte Gesundheit, Pflegeassistenz), Therapien (Physio-, Ergo-, Kunst- und Musik-Therapeutinnen und Therapeuten) und dem ärztlichen Dienst (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, FMH Allgemeine Innere Medizin, spez. Geriatrie, Assistenzärztinnen und -ärzte). Ferner werden Mitarbeitende aus dem Bereich Hotellerie (Ökonomie, Gastronomie, Technischer Dienst) einbezogen. Externe wie die beiden Seelsorgerinnen der Landeskirchen ergänzen das ipT.

Das ipT ändert damit den traditionellen Ansatz von Pflege und Betreuung. Es entwickelt ein eigenes Verständnis für die innere Haltung, welches als «hinführendes Verhalten» versprachlicht wurde. Als selbst entwickeltes Sinnbild dient ihnen ein Baum, dessen Wurzeln Sitz der Kraft, Erfahrung und Professionalität sind. Der Stamm steht für die Orientierung in jeder Hinsicht und die individuellen Lösungen wo das, was aus den Wurzeln kommt gebündelt wird. Die Baumkrone versinnbildlicht das übergeordnete Ziel, damit die Individualität aller Beteiligten (=Bewohner/in, Angehörige, IpT) blühen kann. Ferner definierte das ipT den Begriff «Behandlung» als Sammelbegriff für alle pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Interventionen.

Ziele

Die Bewohner / der Bewohner erlebt eine person-zentrierte Betreuungs-, Pflege- und Lebensumgebung. Das ipT erlebt den Rückhalt und Mehrwert durch gemeinsam getroffene Entscheidungen.

Vorgehen

Das Betreuungskonzept und dessen Kernprozesse orientieren sich am «Person Centered Practice Model» (PCP-Modell) nach Grossmann, Barandun Schäfer and Frei (2018). So wurden beispielsweise

die Arbeitszeiten den Bedürfnissen der Bewohner/innen angepasst. Das ipT erarbeitet gemeinsam mit den Angehörigen die Biografie der Bewohner/innen. Mit den daraus resultierenden Werten und Überzeugungen schaffen sie den Bewohner/innen eine Identität. Ferner bildet die Bedürfnisblume und die 12 positiven Interaktionen nach Tom Kitwood die Richtschnur für den Aufbau einer emotionalen Beziehung und die tägliche, sinnstiftende Beschäftigung, drinnen wie draussen. Beide Modelle prägen den Standard «engagiert im Kontakt sein», der für alle Mitarbeitenden des ipT verbindlich ist.

Einbezug der Angehörigen

Das ipT ist sich bewusst, dass sie gemeinsam mit den Angehörigen über die besten Grundlagen verfügen, um die Lebensqualität der Bewohner/innen zu beeinflussen. Angehörigen wird Verständnis als Mitbetroffene in einer vorgezogenen und verlängerten Trauerphase entgegengebracht. Übergeordnet prägt das Angehörigenkonzept vom KZU den Umgang. Die Angehörigen sind eingeladen, bereits vor dem Eintritt, in der Abklärungsphase durch die Klinische Pflegspezialistin, in Kontakt zu sein. Spätestens mit dem Eintrittstag beginnt eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Während dem Aufenthalt geht das ipT aktiv auf die Angehörigen zu und bezieht sie partnerschaftlich zu interprofessionellen Angehörigengesprächen und im Rahmen der Alltagsgestaltung ein.

Instrumente der Interprofessionalität

Tägliche interprofessionelle Fachgespräche thematisieren einheitliche, zielgerichtete, optimale und individuelle Behandlung. Sie dauern ca. 30 Min., täglich teilnehmende Berufsgruppen sind die Pflege und die Therapien. Weitere Professionen werden nach Bedarf hinzugezogen.

Wöchentlich finden interprofessionelle Fallbesprechungen im Tagsteam statt. Diese dauern ca. 30 Min., teilnehmende Berufsgruppen sind neben der Pflege und den Therapien auch die Seelsorge, die Ökonomie und der ärztlichen Dienst. Die Erkenntnisse aus der Fallbesprechung dienen als Grundlage für die ebenfalls wöchentlich stattfindende interprofessionelle Visite. Diese dauert ca. 40 Min. und thematisiert Fragestellungen wie Fortschritte und Möglichkeiten um Ressourcen gezielt zu fördern. Überprüft aber auch, ob die Bewohnerin/ der Bewohner dieses Setting noch benötigen. An den Visiten nehmen die tagesverantwortliche Pflegefachperson mit Vertreter/innen der Therapien und des ärztlichen Diensts teil. Ferner wird im gesamten KZU die elektronische Dokumentation interprofessionell geführt.

(Teil-) Ergebnisse

Plätze für Menschen in besonders herausfordernden Situationen: Die Bewohner/innen und Angehörigen erleben eine partizipative Zusammenarbeit und umfassende Versorgung, was ihr Vertrauen stärkt.

Entwicklung von Spezialistinnen: das ipT erarbeitet sich eine Leadership Kultur. Die Zusammenarbeit berücksichtigt die Persönlichkeit aller Beteiligten, fördert das Voneinander-Lernen und stärkt das gegenseitige Vertrauen.

Das ipT stützt die betreuungs- und behandlungssensiblen neuen Arbeitszeiten. Beispiel: Eine Gruppenaktivität (Therapien) entspannte die Abendstunden. Hierdurch entstehen bei der Pflege Ressourcen, um individuellen Pflegemassnahmen umzusetzen.

Gedanken zu Stolpersteinen:

Bekanntheitsgrad: Im breiten Fachkreis ist das Angebot noch zu wenig bekannt.

Finanzierung: Herausforderndes Verhalten ist weiterhin schwer abzubilden und deshalb unterfinanziert.

Ausblick

In einer ersten Phase ist es uns gelungen, ein ipT aufzubauen. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. phil. Marion Huber, um spezifische Stärken herauszuschälen und neue Instrumente zu entwickeln. In der Fachwelt (bspw. IP-Health-Tagung) stiess das Projekt bisher auf grosses Interesse. Ferner stiessen wir betriebsintern andere Formen einer Zusammenarbeit an. Ein Rekrutierungsvorteil hat sich noch nicht eingestellt. Die Auswertung geschieht im Zuge einer Masterarbeit an der Universität Basel durch Angelika Rüttimann.

Bezug zu Covid und Pandemie

Die Pandemie erschwerte die Rahmenbedingungen für die Umsetzung unserer Projektidee grundsätzlich. Die stark gesunkenen Auslastungszahlen veränderte die Bettensituation markant. So wurde unerwartet Platz frei, um die Idee reifen zu lassen und «trotz allem» umzusetzen. Es gelang uns, den nötigen Mut zu sammeln, intern motivierte Mitarbeitende für die Idee zu gewinnen und unsere Energien zu bündeln um diese Situation als Chance zu nutzen.

Die hohen Ansprüche, die das Konzept stellt, benötigt konstante Teammitglieder. Die Pandemie führte aufgrund von Krankheits- und Quarantänesituationen zu einer Verknappung der personellen Ressourcen. Um einen Minimalstandard aufrecht zu erhalten, wurden zeitweise Aushilfen aus anderen Bereichen eingesetzt. Für Aushilfen ist der Lernfortschritt des ipT in kurzer Zeit schwer nachvollziehbar.

Der Beziehungsaufbau zu den Angehörigen war durch die Order der Gesundheitsbehörde («Shut Down») gehemmt, was bis heute spürbar ist. Vieles wurde in den virtuellen Raum verlegt, der nicht alle Bedürfnisse zu kompensieren vermochte. Ferner besteht die hemmende Angst, dass pflegebedürftige Menschen in Pflegezentren weggeschlossen werden könnten.

Bassersdorf, 29. September 2021



Karin Schaller

Leiterin Pflegegruppe A OG
Pflegefachfrau HF



Caroline Hauri

Mitarbeiterin A OG
Physiotherapeutin HF



Katharina Straubel

Leitende Ärztin KZU
Med. pract. FMH Psychiatrie
und Psychotherapie

Bemerkung: Aufgrund der Platzverhältnisse verzichten wir auf ein Quellenverzeichnis, liefern das bei Bedarf aber gerne nach.