

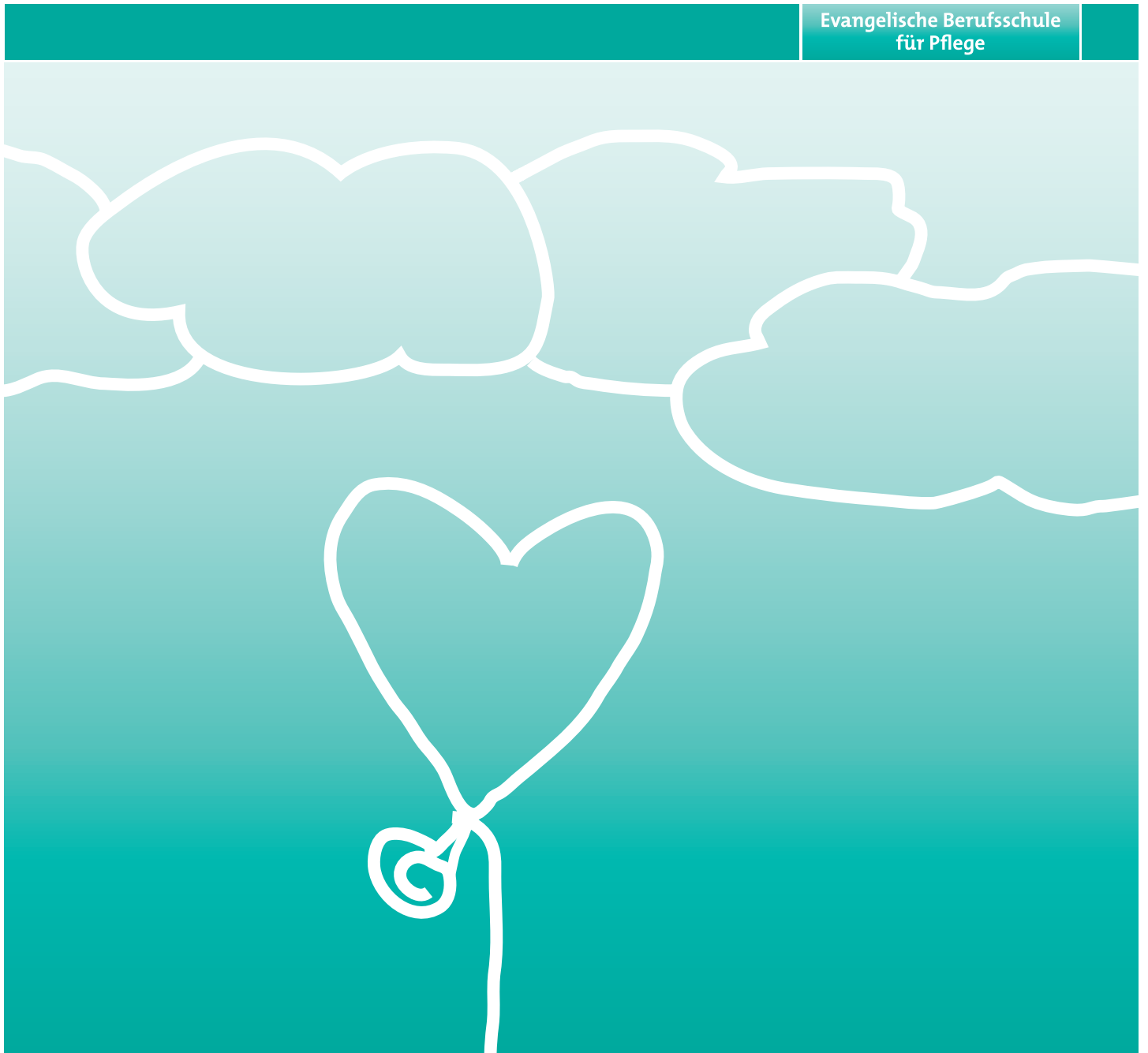
Luft und Liebe

Zur Weiterentwicklung der Angebote für
Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen

Handreichung
für Mitarbeitende und Führungskräfte

DAS RAUHE  HAUS

Evangelische Berufsschule
für Pflege



Handreichung zum Modellprojekt
Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz
1. Auflage



**LEBEN MIT
DEMENTZ IN
HAMBURG**

Ein Projekt im Rahmen der
Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg



Hamburg

Gefördert von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg

Herausgeber:
Stiftung Das Rauhe Haus
Evangelische Berufsschule für Pflege
Weidestraße 126, 22083 Hamburg
www.ev-berufsschule-hh.de

Verfasserin: Sandra Eisenberg, Diakonische Fort- und Weiterbildungsakademie gGmbH
Redaktion: Jörg Heinsohn und Carsten Mai, Evangelische Berufsschule für Pflege

Hamburg im April 2017

Luft und Liebe

Zur Weiterentwicklung der Angebote für
Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen

Handreichung
für Mitarbeitende und Führungskräfte

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

schon heute ist der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften groß. Und dieser Bedarf wird in Zukunft, nicht nur aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, weiter wachsen. In der Pflege ist es möglich, fachliches und menschliches Engagement mit einer sicheren und erfüllenden Berufslaufbahn zu verbinden. Egal ob Sie bereits in der Pflege arbeiten, sich speziell für die Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen interessieren oder dort in der Leitung Verantwortung tragen: Mit dieser Broschüre möchten wir Sie bei ihrem Engagement unterstützen.

Menschen mit Demenz sind bereits heute keine Randgruppe in den Pflegeeinrichtungen, sondern bilden die Mehrheit unter den rund 16.000 Bewohnerinnen und Bewohnern. Und ihre Zahl wird steigen. Sie sind auch keine einheitliche Gruppe. Denn auch eine Demenz macht Menschen, die vorher sehr unterschiedlich waren, einander nicht ähnlicher.

Im Rahmen der Hamburger Landesinitiative „Leben mit Demenz“ hat sich eine Arbeitsgruppe mit der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen beschäftigt, ein entsprechendes Projekt ins Leben gerufen und begleitet. Elf Hamburger Einrichtungen haben in diesem Projekt neue Wege zur Unterstützung, Betreuung und Pflege ihrer Bewohnerinnen und Bewohner entwickelt und erprobt. Dabei wurden zahlreiche Erfahrungen gesammelt, die nicht nur für die teilnehmenden Einrichtungen wichtig sind. Diese Erfahrungen können auch für andere Einrichtungen, in denen sich die Pflegenden Gedanken zur Verbesserung des Angebots machen, hilfreich sein.

In Hamburg wird schon seit Jahrzehnten daran gearbeitet, die Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen zu verbessern. Diese Tradition dürfen und werden wir nicht abreißen lassen. Es gibt ständig neue Erkenntnisse zu den Demenz verursachenden Erkrankungen und zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Diese erfordern Veränderungen der Rahmenbedingungen in der Organisation und auch in der Finanzierung. Einrichtungen müssen bereit sein und sich darauf einstellen, ihre Konzepte und Angebote zu überprüfen und anzupassen. So wie die Einrichtungen im Projekt dazu bereit waren. Deren Erfahrungen sollen nun allen Interessierten, egal ob Pflegekräften oder Verantwortlichen in den Einrichtungen, eine Hilfe sein.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg

Liebe Leserinnen und Leser,

schön, dass Sie Interesse daran haben, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz weiter zu verbessern. Dabei soll Ihnen diese Handreichung weiterhelfen. Die Handreichung richtet sich an Führungskräfte und Mitarbeitende gleichermaßen. Sie ist kein Lehrbuch im üblichen Sinn. Auch muss die Handreichung nicht von Anfang bis Ende durchgearbeitet werden. Vielmehr möchten wir Sie zum Stöbern einladen. Es gibt daher keine inhaltlich aufeinander aufbauende thematische Gliederung. Die Handreichung bearbeitet in den einzelnen Kapiteln unabhängig voneinander wichtige Fragen, die sich stationäre Einrichtungen stellen, wenn sie ihre Angebote für Menschen mit Demenz weiterentwickeln wollen. Welche der Fragen für Sie besonders wichtig ist, wissen wir nicht. Daher lesen Sie, was Sie spontan anspricht!

Wundern Sie sich nicht: Vieles ist kurz und knapp dargestellt, manches – vielleicht – provozierend, gelegentlich werden Sie widersprechen wollen. Über Ihre Rückmeldungen, Anmerkungen, Ergänzungen freuen wir uns und werden diese in späteren Auflagen berücksichtigen.

Die einzelnen Kapitel haben jeweils die gleiche Struktur. Zu Beginn steht ein Gedanke oder eine These, die im Projekt „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz“ in den Einrichtungen bearbeitet wurden und sich als wesentlich für das jeweilige Ergebnis herausgestellt haben. Im Anschluss folgt eine Kernfrage, die direkt aus den am Projekt beteiligten Einrichtungen stammt.

Diese wird dann jeweils bearbeitet. Mit Erkenntnissen aus dem Projekt, ergänzt durch wissenschaftliche und praxisnahe Hinweise, Anregungen und Erkenntnisse (ohne den Anspruch auf Vollständigkeit oder Exklusivität) sowie über „Links und Literaturangaben“.

Jedes Kapitel schließt mit weiterführenden Fragestellungen. Sie sind als Anregung für die zukünftige fachliche Diskussion gedacht.

Wer über diese Handreichung hinaus weitere Informationen zu dem dreijährigen Modellprojekt „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz“ wünscht, dem empfehlen wir die Lektüre des Abschlussberichtes. Dort werden die unterschiedlichen Vorgehensweisen, die einrichtungsbezogenen Entwicklungen sowie die zentralen Projektergebnisse detailliert beschrieben.

Zum Titel

Der Titel dieser Handreichung ist „Luft und Liebe“ und er erinnert an die dazugehörige Redewendung „nur von Luft und Liebe leben“. Beides allein reicht zum Leben nicht. Ohne beides aber, können Menschen auch nicht leben. Und damit auch – und vielleicht besonders – Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen sowie Mitarbeitende und Führungskräfte in den Einrichtungen.

Luft und Liebe
Luft nach oben ...
Luft zum Atmen ...
An der frischen Luft ...
Alles heiße Luft ...
Tief Luft holen ...

Wo die Liebe hinfällt ...
Es ist was es ist sagt die Liebe ...
Liebe – ein zu starkes Wort für pflegerische Arbeit?
Liebe – eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Menschen mit Demenz?

Beide Begriffe können Sie auch gerne frei mit Ihren Überlegungen dazu besetzen. Nehmen Sie sie beim Lesen mit und schauen, wo sie für Sie eine Rolle spielen, was Sie kritisch dazu finden und was für Sie passt. In Rahmen von „Luft und Liebe“ bewegen sich die Ausführungen dieser Handreichung.

Wir wünschen eine angenehme, spannende und bereichernde Lektüre!

Inhalt

- 1. Hand aufs Herz – Haben Sie Lust auf Demenz?** 8
Was braucht unsere Einrichtung grundsätzlich, um sich im Sinne von Menschen mit Demenz zu verbessern?
- 2. Jeder weiß es besser!** 12
Wer bestimmt eigentlich die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und wie gehen wir am besten in unserer Einrichtung mit den Themen Lebensqualität und Wohlbefinden um?
- 3. Immer noch – nur zu zweit ...** 14
Wir haben nicht genug Mitarbeiter (Fluktuation, allg. Personalknappheit)! Haben wir schon alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um alte Mitarbeiter zu halten und neue zu gewinnen?
- 4. Gute Demenzarbeit auf langen Fluren, in zu kleinen Räumen, mit zu wenig Tageslicht – unmöglich** 17
Die Baulichkeit in unserer Einrichtung ist nicht gut für Menschen mit Demenz geeignet, was können wir trotzdem tun, um ein passendes Milieu zu schaffen?
- 5. Angehörige ☹ Angehörige 😊 Angehörige 😊! Angehörige?** 20
Was brauchen Angehörige und wozu brauchen Menschen mit Demenz in Einrichtungen und Pflorgeteams eigentlich Angehörige?
- 6. Herausforderndes Verhalten – von Mitarbeitenden** 22
Machen unsere Mitarbeiter nur das Nötigste für Menschen mit Demenz? Zeigen sie Engagement und Interesse, oder sind sie „müde“ und vergreifen sich im Ton? Was können wir tun?
- 7. Frontotemporale Demenz, laufen, rufen, schlagen – nicht auszuhalten!** 25
Müssen wir in unserem Haus alle Menschen mit Demenz betreuen können?
- 8. 7 Tage arbeiten, 7 Tage frei? – Das kann ich nicht!** 27
Warum sollte ich mich ernsthaft mit neuen Dienstplanmodellen beschäftigen?
- 9. Die Bewohner bestimmen den Tag, aber „der Wagen muss um 13h in der Küche sein“.** 29
Wie kommen wir weg von institutionellen Strukturen, hin zu nutzerorientierten Tagesabläufen?
- 10. Das Führungskräftekarussell dreht sich schnell – jedes Jahr neue Verantwortliche!** 32
Was brauchen Führungskräfte, um länger (mind. 3-5 Jahre – so lange braucht jede erfolgreiche Konzeptentwicklung und -umsetzung) und möglichst zufrieden auf ihren Positionen zu bleiben und damit die Fluktuationsraten zu senken bzw. eine Beruhigung des Systems zu erreichen?
- 11. Viele Pflegeeinrichtungen vermeiden das Thema Demenz scheinbar immer noch.** 34
Wie kommt das?
- 12. Alles eine Frage der Haltung, klar. – Versteh ich nicht.** 36
Warum arbeiten wir uns am Thema „Haltung der Mitarbeiter“ meist so erfolglos ab?

1. Hand aufs Herz – Haben Sie Lust auf Demenz?

Was braucht unsere Einrichtung grundsätzlich, um sich im Sinne von Menschen mit Demenz zu verbessern?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

Um die oben gestellten Fragen positiv zu beantworten, brauchen Sie:

- echtes Demenzinteresse und Fachleute im Haus
- mehr „Beweger“ als „Bewahrer“ (im Team) – aber beide sind unerlässlich und müssen entdeckt werden
 - Beweger = Mitarbeitende, die z. B. Veränderungsprozesse aktiv und überwiegend positiv gestimmt mitgestalten
 - Bewahrer = Mitarbeitende, die Bewährtes erhalten und darauf achten, dass Veränderung sorgsam mit wertvoller Substanz (Haltungen/Einstellungen, Regeln, Werte, Rituale, Erfahrungen, Erkenntnisse etc.) umgeht
- Mitarbeitende mit starkem Frontalhirn = Durchhaltevermögen und Gelassenheit, also mit der Fähigkeit zur Selbstregulation /Selbststeuerung (s. u.)
- gerontopsychiatrisch versierte und durchsetzungsstarke Führungspersönlichkeiten mit Ausdauer, mindestens auf Wohnbereichs- und Pflegedienstleitungsebene
- ein wohlwollendes Demenzgrundverständnis bei Geschäftsführung und Vorstand!
- Bedingungen, die es Mitarbeitenden ermöglichen, sich selbst zu motivieren. Gemeint sind:
 - Anerkennung und Rückhalt von Leitung
 - Freiräume und Möglichkeiten der Mitwirkung (nicht nur auf dem Papier!)
 - Talente einsetzen können und dürfen
 - Handhabbarkeit des Alltags – Vermeidung ständiger Überforderung!
 - Anerkennung und Sinnerleben
 - die Möglichkeit, gute, tragende Beziehungen (im Team) aufbauen zu können
- ein auf Prozesse und Ergebnisse ausgerichtetes (mindestens in Teilen auf Demenz spezialisiertes) Qualitätsmanagement, welches eng und alltagsnah mit den Wohnbereichen bzw. den Führungsebenen zusammenarbeitet
- Mut und Rückgrat zur Umsetzung guter Ideen, aber auch zur Auseinandersetzung im fachlichen Diskurs mit MDK und Wohn-Pflege-Aufsicht

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

Externe Beratung ist von Bedeutung

Externe Beratung ist oft sinn- und wertvoll. Sie gibt Impulse, lenkt Aufmerksamkeit, moderiert komplexe Zusammenhänge und zeigt, wie diese Elemente auch nachhaltig in den Einrichtungen fort- bzw. einzusetzen sind. Sie ist wichtig für den Anstich und nicht für Kontinuität. Diese umzusetzen ist Führungsaufgabe!

Aber: kein Haus arbeitet „dauerbegeistert nach vorne“. Vieles ist und bleibt anstrengender, langweiliger, ermüdender Alltag, der Durchhaltevermögen und Kraft erfordert.

„Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne ...“ (H. Hesse)

aber/oder

„Ein erfolgreiches Projekt braucht Begeisterung am Anfang und Disziplin bis zum Ende.“ (Joachim Löw)

Das bedeutet auch: Die Pflege muss neben der Nutzung guter und belebender Impulse von außen lernen, ruhig und kontinuierlich weiterzuarbeiten und trotz teilweise großer Belastungen gesund zu bleiben!

Zu Selbstregulation und Resilienz befähigen

Um gesund und handlungsfähig zu bleiben, müssen Mitarbeitende und Führungskräfte fähig sein oder befähigt werden:

- sich bei emotionaler Aufruhr selbst zu beruhigen
- sich zu erholen und zu entspannen
- die Aufmerksamkeit zu richten und zu halten
- Impulse zu fühlen, zu kontrollieren und gegebenenfalls zurückzustellen
- mit Frustrationen umzugehen
- Absichten zu verwirklichen und Ziele zu verfolgen
- positive Beziehungen aufzubauen

(vgl. Charf, 2016)

Zudem ist es hilfreich, Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Einflusses zu kennen und zu lernen, aktiv Probleme zu lösen und sie nicht nur passiv zu bewältigen (sonst fehlt Wesentliches zur Resilienz).

Es lohnt sich, hierzu passende Maßnahmen und Strategien zu entwickeln und im Haus gemeinsam zu üben. Noch ein Hinweis dazu von Joachim Bauer:

„Das Gehirn des Menschen verfügt über zwei Fundamentalsysteme: Ein bottom-up arbeitendes Triebsystem, das auf jeden Reiz reagieren, jeder Versuchung sofort nachgeben und jeden Frust sofort herauslassen will. Und ein top-down wirkendes, im präfrontalen Cortex beheimatetes System, das uns befähigt, aufsteigende Impulse zu bremsen, innezuhalten, abzuwägen und zu überlegen, was wir langfristig aus unserem Leben machen wollen. Die Aufgabe guter Selbststeuerung liegt darin, beide Systeme in Balance zu halten. Alle Gesundheitsstatistiken und von uns selbst ausgeführte Untersuchungen zeigen, dass wir hier ein echtes Problem haben.“

(Joachim Bauer über Selbststeuerung, in: Neue Zürcher Zeitung, Mai 2015)

Menschen mit Demenz verlieren im Verlaufe ihrer Erkrankung auch die Fähigkeit zur Selbstregulation. Wenn das sie tragende System aus und in Pflegeeinrichtungen sich nicht regulieren und steuern kann, ist ein würdevolles Leben von Menschen mit Demenz nicht möglich.

Zentrale Managementaufgaben (Führung) gut erfüllen

- Für Ziele sorgen
- Organisieren
- Entscheiden
- Kontrollieren, Messen, Beurteilen
- Menschen fördern

Dabei: „Das Unternehmen den Menschen anpassen und nicht den Menschen das Unternehmen.“ (Fredmund Malik)

Die oben genannten Aufgaben klingen selbstverständlich, werden in der Praxis jedoch häufig nur eingeschränkt umgesetzt (vgl. z.B. Malik 2011). Wissen und Erkenntnisse allein verändern nichts! Notwendig für eine erfolgreiche Veränderung sind positive Emotionen und Übung (vgl. u.a. Hüther).

Zusätzlich benötigen Veränderungs- bzw. Entwicklungsprozesse zur jeweiligen Einrichtung in Art und Umfang passende Pausen, damit sich Übungserfolge neuronal setzen können (merken und feiern, was man erreicht hat!). Nur so besteht eine Chance auf Nachhaltigkeit.

Wenn das Tempo und die Art der Veränderung (z. B. intensive Konzeptentwicklungsprozesse bei akutem Personalmangel) nicht zum eigenen Haus passen, ist Veränderung an sich noch lange keine Verbesserung! Darüber hinaus steigt mit zunehmendem Druck die Bereitschaft zum „(Selbst-)Betrug“.

Beispiele:

Wenn durch eine Konzeptänderung ab morgen „alle Bewohner im Tagesraum ihr Brot selbst schmieren sollen, ich aber dann keine Zeit mehr habe, um in den Zimmern essen zu reichen, werfe ich einen Teil des zu reichenden Essens weg“. (Mitarbeiterin)

oder

„Die Trinkmengen der Bewohner dokumentieren wir jeden Morgen vor.“ (Mitarbeiterin)

Gelingende Veränderung/Weiterentwicklung braucht also einen maßvollen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen.

Weiterführende Fragen

Wie lässt sich konkret die Kooperation von MDK, Wohn-Pflege-Aufsicht, ext. Beratung und Einrichtungen weiter verbessern und auf die Bedarfe/Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abstimmen?

Wie lassen sich Fluktuations- und Krankheitsraten auch auf Führungsebene reduzieren?

Warum machen Einrichtungen so selten praxis- bzw. mitarbeiter-nahe Konzeptarbeit?

Links und Literatur

www.gerald-huether.de (Kulturwandel in Unternehmen, auch: www.kulturwandel.org)

www.damicharf.com (Trauma und Selbstregulation)

Bauer, Joachim (2015):
Selbststeuerung – Die Wiederentdeckung des freien Willens, München (Blessing)

Bauer, Joachim (2008):
Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren, Frankfurt/M. (Hoffmann und Campe)

Malik, Fredmund (2011):
Führen, Leisten, Leben. Wirksames Management für eine neue Zeit, Frankfurt/M. (Campus)

MDS (2009):
Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen.

2. Jeder weiß es besser!

Wer bestimmt eigentlich die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und wie gehen wir am besten in unserer Einrichtung mit den Themen Lebensqualität und Wohlbefinden um?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Lebensqualität und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz schätzen Angehörige, Pflegende, Wissenschaft/Forschung sowie der MDK und die Wohn-Pflege-Aufsicht jeweils unterschiedlich ein – und alle haben irgendwie Recht.
- Menschen mit Demenz äußern sich oft selbst noch sehr gut! Sprachlich, mimisch, gestisch. Und trotzdem: Lebensqualität und Wohlbefinden werden wir vermutlich nie zufriedenstellend „messen“ können. Die Einrichtungen brauchen aber mindestens ein nachvollziehbares Konzept bzw. Ansätze dazu, wie sie in der täglichen Arbeit mit diesen Themen umgehen und an welchen Kriterien sie sich orientieren wollen (DCM, QUALIDEM, H.I.L.DE etc., auch Mischungen, eigene Ansätze o.ä.).
- Die elf leitenden Prinzipien in diesem Projekt bilden eine gute und auch weitgehend wissenschaftlich fundierte Grundlage für die Arbeit an und mit den Themen Lebensqualität und Wohlbefinden. Sie lauten:
 - Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner
 - die Schaffung geeigneter, überschaubarer Milieus
 - eine flexible Tagesstruktur
 - individualisierte Beschäftigungs- und Bewegungsangebote
 - eine personenzentrierte Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - personelle Kontinuität (inkl. eindeutiger Verantwortung), um Versorgungs- und Beziehungsqualität sicher zu stellen
 - Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine kompetenzorientierte Personalstruktur
 - Zufriedenheit und eine aktive Beteiligung der Angehörigen
 - eine mitarbeiternahe Konzept- und Personalentwicklung
 - bedarfsgerechter Einsatz des Personals

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

Lebensqualität und Wohlbefinden (auch die Gründe für Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz) diskutieren Fachleute heute vor allem auf vier Ebenen:

Ebene 1 (medizinisch-klinisch)

Stichworte: Demenzform (Menschen mit frontotemporaler Demenz brauchen oft viel Freiraum, Menschen mit Lewy-Body-Demenz besondere Maßnahmen zur Sturzprophylaxe usw.), Abgrenzung Delir-Demenz-Depression, Schmerzen, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten, weitere Diagnosen, Trauma

Ebene 2 (personbezogen)

Stichworte: Biografie, Personsein, Schlüsselerlebnisse, Identität (gesehen und bestätigt sein), Bindung

Ebene 3 (anthropologisch/menschheitsgeschichtlich)

Stichworte: Menschsein, die „Herde“ brauchen, Angriff/Flucht/Erstarrung, Gehen können, eine sichere Höhle suchen

Ebene 4 (milieubezogen/soziale Umgebung/Lebensraum)

Stichworte: Verhalten der Mitmenschen, Kontakte und Begegnungen, Licht, Luft und Natur, bedeutungsvolle Aktivitäten, Orientierung und Sicherheit

*„Wir haben in dieser Arbeit kein Erkenntnisproblem, sondern ein Infiltrationsproblem.“
(Facharzt für Neurologie und Gerontopsychiatrie)*

Weiterführende Fragen

Was brauchen wir, um aushalten zu können, dass wir Lebensqualität und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz nicht zufriedenstellend messen können?

Was brauchen wir, um uns trotzdem in unseren Pflegeeinrichtungen ernsthaft und fortwährend mit Lebensqualität und Wohlbefinden zu beschäftigen?

Links und Literatur

www.demenz-support.de

www.deutsche-alzheimer.de

www.dgn.org (S3-Leitlinie Demenzen 2016)

www.dzne.de (Forschung)

www.alzheimer.ch

www.wegweiser-demenz.de (Seite des Bundesministeriums BMFSFJ)

www.uni-wh.de (DZD – Dialogzentrum Demenz)

www.alterundtrauma.de

www.soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/demenzundschmerz_2015_web.pdf

(Demenz und Schmerzen, Dr. Christoph Roth/Magdalene Roth-Brons)

www.zeit.de/angebote/senioren-ratgeber/leben-im-alter/lebensqualitaet-im-pflegeheim/index/seite-2

Wojnar, Jan (2007):

Die Welt der Demenzkranken – Leben im Augenblick, Hamburg

3. Immer noch – nur zu zweit ...

*Wir haben nicht genug Mitarbeiter (Fluktuation, allg. Personalknappheit)!
Haben wir schon alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um alte Mitarbeiter zu halten
und neue zu gewinnen?*

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Fluktuation vermeiden! Die „Guten“ halten! Sie ziehen oft andere an.
Wichtig hier: konsequent Bedingungen für Motivation schaffen! (s. Kapitel 1)
- Aber: Nicht um jeden Preis alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter halten (auch wenn der Markt leer ist) – „Wer sich aufgrund der Personalknappheit alles bieten lässt, wird oft vom Rest des Teams als Führungskraft nicht mehr ernst genommen – das führt ggf. zu weiteren Kündigungen.“ (Einrichtungsleiter, 2016)
- Rücken stärken und Vorbild sein! Eine sporadische bzw. stundenweise Mitarbeit der Pflegedienstleitung in der Pflege kann dabei helfen (ohne, dass dadurch die krankheitsbedingten Ausfälle mehr werden, da PDL „immer ein-springt“).
- Status quo der Arbeitsorganisation hinterfragen: Abläufe überprüfen, Arbeitsspitzen sichtbar machen, zeitliche Ressourcen herausarbeiten (ggf. so für Entlastung sorgen) und neue Arbeitszeitmodelle ausprobieren (ggf. mit externer Unterstützung).
- Eine kompetenzorientierte Personalstruktur schaffen und evtl. Rotationsmöglichkeiten etablieren und mit besonderen Angeboten (auch konzeptionell) sowie Aktionen nach innen und außen auffallen und ein Magnet für gute Fachkräfte werden/bleiben.
- Konsequenz an einem guten Ruf arbeiten (z. B. Netzwerkarbeit aufbauen oder passende/ermutigende Konzepte für die Kooperation mit Angehörigen und Ehrenamtlichen erarbeiten).

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

Faktoren kennen, die Mitarbeitende allgemein in Betrieben halten, wie zum Beispiel:

- Pull-Faktoren
 - Individuelles Stresserleben – Bewertung von Belastungen und Ressourcen
 - gelingende Beziehungen
 - Gestaltungsspielräume
 - Sinnerleben/Bedeutung
 - Arbeitszeiten
 - Emotionale Identifizierung mit der Einrichtung

- Engagiert Personalentwicklung betreiben, auch Inhouse durch Seminare, Coachings, Fallarbeit/kollegiale Beratung, Teamentwicklungsmaßnahmen etc.
- Probearbeiten ermöglichen und Einarbeitungszeit absichern!
- „Bindung und Wachstum“ (Hüther) vor Ort ermöglichen, z.B. durch gezielte und ggf. extern begleitete Teamentwicklungsprozesse, Fallarbeit, Supervision usw.
- Die Zusammenarbeit der Pflege- und Betreuungsteams (§43bSGB XI) stärken und den Wachstumsprozess beider Gruppen nicht sich selbst überlassen – Konflikte an dieser Stelle führen oft zu Brüchen und Unzufriedenheit im Gesamtteam, gute Kooperationen hingegen halten oft Mitarbeitende im Haus.
- Praktika ermöglichen, Schulklassen einladen, übergeordnete Projekte nutzen (z. B. Alzheimer & You!) oder eigene entwickeln
- Networking/Kooperationen ausbauen z.B. zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder zur Stärkung von Menschen mit Migrationshintergrund (Sprachkurse) etc.
- Gehälter optimieren! Zum Beispiel in den Häusern eigene finanzielle Anreizsysteme schaffen (Bonuszahlungen etc.).
- Von anderen lernen – warum gehen Bewerberinnen und Bewerber dorthin und nicht zu mir?

Insgesamt: positiv über Pflege berichten, Erfolge zeigen und das eigene Haus zu einer „Marke“ machen!

Und: Perspektivwechsel vornehmen – nicht Mitarbeiter bewerben sich beim Unternehmen, sondern umgekehrt.

Als zentrales Pull-Kriterium (für das Bleiben der Mitarbeiter) zeigt sich zunehmend die emotionale Bindung an die Einrichtung.

Attraktive Arbeitgeber

Ambulant

„Die Ambulante Hauskrankenpflege Kremer GbR in Hammersbach gehört nun zu den begehrtesten Arbeitgebern in der Pflege im Main-Kinzig-Kreis. Am 05. Februar 2016 wurde der Pflegedienst als ATTRAKTIVER ARBEITGEBER PFLEGE 2016 (Vincentz Network) ausgezeichnet.“

Stationär

www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ipm/pmm/Broschuere_Attraktiver_Arbeitgeber_in_der_Pflege.pdf

Weiterführende Fragen

Was müssen wir noch lernen über die Attraktivität von Pflegeeinrichtungen als Arbeitgeber?

Wie geht „Leben im Mangel“ (Personalknappheit) auf Dauer?

Welche Klagen sind berechtigt, welche nicht (und wer entscheidet darüber) und welches „Leiden“ ist evtl. auch hausgemacht?

Links und Literatur

www.attraktiver-arbeitgeber-pflege.de

www.altenheime-mkk.de (Altenpflegepreis 2016)

www.alzheimerandyou.de (für Jugendliche)

www.pflegedienst-kremer.de

www.altenheim.net/Infopool/Videos/Best-Practice/Auslaendische-Mitarbeiter-erfolgreich-gewinnen-und-integrieren

www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ipm/pmm/Broschuere_Attraktiver_Arbeitgeber_in_der_Pflege.pdf

4. Gute Demenzarbeit auf langen Fluren, in zu kleinen Räumen, mit zu wenig Tageslicht – unmöglich

Die Baulichkeit in unserer Einrichtung ist nicht gut für Menschen mit Demenz geeignet, was können wir trotzdem tun, um ein passendes Milieu zu schaffen?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Lange Flure, kleine Räume und wenig Tageslicht sind ein Problem – aber irgendwas geht immer!
- Auch eine Tischgruppe (Bewohner) ist kleinräumig – manchmal muss man Kleinräumigkeit improvisieren.
- Mitarbeitende – dafür gibt es wissenschaftliche Hinweise – brauchen Übersichtbarkeit (Sicherheit/Handhabbarkeit); für Menschen mit Demenz fehlen im Hinblick auf die Empfehlungen bestimmter Gruppengrößen noch solide wissenschaftliche Erkenntnisse. Wenn also der eine mir nicht gefällt, gehe ich zum nächsten. In kleinen (Wohn-) Gruppen kann ich oft nicht wählen, unter anderem deswegen haben auch größere Bereiche ihre Berechtigung.
- Lange Flure brauchen optische Unterbrechungen und damit meist auch echte(!) farbliche Kontraste. Blickbezüge: Was sehe ich, wenn ich mich bewege, wo bin ich, was kenne ich, wo ist es hell und wo sind die anderen? Blickbezüge bzw. Ankerpunkte (optische und ggf. auch akustische) zu schaffen, ist für die Orientierung und das Sicherheitsgefühl von Menschen mit Demenz wesentlich.
- Vertrautheit entsteht auch dadurch, dass ich als Mensch mit Demenz immer wieder (unabhängig von Wohnbereichsgrößen) Dingen begegne, die ich kenne und Menschen, die MICH kennen und die mich immer wieder freundlich an mich erinnern („Moin, Maria Johanna Wolf – Hamburger Deern!“).

„Menschen mit Demenz – besonders auch in fortgeschrittenen Stadien – profitieren oft von Beziehungsvielfalt. Es ist nicht die Anzahl der Bezugskräfte wichtig, sondern die Vertrautheit und Beziehungsdefinition: „Da sind Menschen, die es gut mit mir meinen.““ (M. Hamborg, Berater im Projekt).

- In überschaubaren Räumlichkeiten, nimmt das „wandering“ (das suchende Umherwandern von Menschen mit Demenz) tendenziell ab, weil sie schneller „ankommen“ können – aber: große Flure bieten auch Platz, besonders für diejenigen, die gerne laufen oder vom RCN-Walker (o. ä.) profitieren und somit freiheitseinschränkende Maßnahmen (FEM) reduziert bzw. vermieden werden können.
- Raumnutzung überdenken, neue Raumkonzepte probieren – unterschiedliche, attraktive Aufenthaltsflächen schaffen (Pflegeoase, ein neues Bad, Dachterrasse usw.)
- Auch aus großen Wohnbereichen (z.B. 40 Bewohner) kann man kleinere Einheiten machen und sie differenzieren, etwa in eine Wohngemeinschaft, einen „normalen“ Wohnbereich und einen kleinen Bereich für Menschen mit Demenz in späten Stadien der Erkrankung (z.B. Pflegeoase).

- Ein „Zuhause“ muss man sich aneignen dürfen – Türen/Schränke öffnen, in alle Räume gehen, interessante Dinge finden, benutzen und mitnehmen können und „mein Wichtigstes“ (Fotos, Kuscheltier, Puppe o.ä.) immer bei mir haben.
- Möglichkeiten schaffen! Konzepte zwischen Normalisierung (Wohngemeinschaft) und Spezialisierung (Besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz, Pflegeoase) kombinieren, Durchlässigkeiten beschreiben und beobachten (wer fühlt sich wo wohl?).
- Schatz und Aussicht: Lieblingsplätze schaffen – besonders durch passende Sitz-/Liegemöbel, mit denen ich ggf. auch liegend und schlafend bei den anderen sein kann (kippbare Hochlehner, Wohnzimmerstuhl, Sofa, Therapiestuhl u. ä.).

*“Place is security, space is freedom: we are attached to the one and long for the other.”
(Yi-Fu Tuan, Geograph, 2008)*

Und: Das Verhalten der Mitarbeitenden und die Atmosphäre (freundlich, angstfrei) ist zentraler Bestandteil des Milieus!

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

- (Tages-)Licht ist eine gute Investition.
- Die jeweilige „Sehaufgabe“ in den einzelnen Räumen muss Berücksichtigung finden. Licht bietet Orientierung, beruhigt, lindert Depression, beeinflusst herausforderndes Verhalten, macht Essen und Trinken auf dem Tisch sichtbar. Je nach Aufgabe variiert die Beleuchtungsstärke (lux).
- Die „alte“ BestDem 500lux-Empfehlung gilt weiterhin als Richtwert. Die Tendenz geht zu „hell“ und „möglichst viel Tageslicht“, aber ob überall und wo welche Luxzahl zu empfehlen ist, ist zur Zeit des Projektabschlusses noch nicht zufriedenstellend geklärt.
- Licht muss möglichst die Farbwiedergabe verstärken, um Ankerpunkte (Farbkontraste, Möbel etc.) gut sehen zu können.
- Eine weitere Empfehlung ist, hohe Beleuchtungsstärken (1000 lux und mehr) phasenweise über den Tag zu gewährleisten, oft gelingt das aber auch schon in gut beleuchteten „Tagesräumen“. **Am besten ist es, mit den Menschen nach draußen zu gehen!**
- Menschen mit Demenz sollten auf ihren Wegen möglichst keine Ängste entwickeln, „die anderen“ finden können und spüren, dass Tag ist. Sie sollten Abwechslung erleben, die Umgebung durch gute Kontraste „unterscheiden“ und selbständig nach draußen (in einen Garten oder auf eine Terrasse) gehen können. Dies alles sollte das Lichtkonzept unterstützen.
- Insgesamt betrachtet, sollte man den modernen Technikeinsatz prüfen (GPS etc., s. Links und Literatur), um max. Bewegungsfreiheit zu ermöglichen.

Eine Expertengruppe des Department of Health in Großbritannien entwickelte 2015 Gestaltungsprinzipien von Wohneinrichtungen für Menschen mit Demenz

- Sichere Gestaltung der Umgebung
- Optimales Maß an Stimulation
- Optimale Belichtung und Kontraste

- Unterstützung von Orientierung
- Unterstützung des Wegfindens
- Gute Sichtverhältnisse und visueller Zugang (Blickbezüge)
- Nicht-institutionelle(r) Maßstab sowie Umweltgestaltung
- Zugang zu Natur und Außenraum
- Förderung von sozialen Kontakten
- Privatheit, Würde und Unabhängigkeit
- Bewegung und bedeutungsvolle Aktivitäten
- Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Ziel ist ein zulassendes/gewährendes sowie freundliches Milieu, das vertraut und benutzbar ist.

Wer Zeit, Lust und Geld hat, kann gerne auch mit modernem Schallschutz experimentieren (Beratung und Hinweise dazu geben u.a. die Kolleginnen und Kollegen des Hauses Sonnweid in der Schweiz, www.sonnweid.ch). Gerade in sehr unruhigen Wohnbereichen, zeigen sich offenbar positive Effekte.

Weiterführende Fragen

Gibt es ein „neutrales Milieu“ für Menschen mit Demenz (ein „Ferienhaus“ dessen Räume, Regeln und Ausstattung im Prinzip für alle funktionieren – so wie in Dänemark – und in das man nur noch seine persönlichsten Dinge mitbringen muss)?

Was brauchen wir, um uns noch besser um die Lebenssituation von Menschen mit Demenz in späten Stadien (mit Mobilitätsverlust und am Lebensende) kümmern zu können und ausreichend passende Konzepte vorzuhalten?

Verliert Pflege an Wert, Identität oder Bedeutung, wenn man sie auf den Wohnbereichen weniger „sieht und hört“ (keine Pflegewagen, Desinfektionsspender, Dienstkleidung, Klingelpiepen etc.)?

Links und Literatur

www.bundesbaublatt.de (Ausgabe 04/14, Thema „Kontrast-Reich“)

www.demenz-support.de

(u.a. *dessjournal* 2010 „Licht“ sowie konkrete Bau- und Gestaltungsbeispiele aus Einrichtungen europaweit, z. B. Wohngemeinschaften und Pflegeoasen)

www.rcn-medizin.de

www.werdenfelser-weg-original.de

www.redufix.de

www.stattbau-hamburg.de (Wohn-Pflege-Gemeinschaften)

demenz. DAS MAGAZIN 27/28 2015 „Technik“

Marquardt, Gesine (2007): *Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur*, Berlin

Radzey, Beate (2014): *Lebenswelt Pflegeheim*, Frankfurt/M. (Mabuse)

5. Angehörige 😞 Angehörige 😊 Angehörige 😊! Angehörige?

Was brauchen Angehörige und wozu brauchen Menschen mit Demenz in Einrichtungen und Pflgeteams eigentlich Angehörige?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Keine Einrichtung hat sich im Projekt dem Thema „Angehörige“ in besonderem Maße zugewandt. Auf Nachfrage in den Einrichtungen wurde von den Führungskräften häufig bestätigt, dass Angehörige nicht im prioritären Fokus des Projektes stünden, weil die Einrichtung mit dem Status Quo der Angehörigenarbeit sehr zufrieden sei und/oder davon ausgegangen werde, dass die Zufriedenheit von Angehörigen sich primär über zufriedene Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitende herstellt.
In Fortbildungen (z.B. im Projektverlauf zum Thema „Haltung“), in Fallbesprechungen und auch in anderen Gesprächen, zeigte sich jedoch das Thema „Demenz und Zusammenarbeit mit Angehörigen“ als ein wichtiges und als eines, das viel Freude aber auch große Belastungen (Konflikte, Umgang mit Ängsten und Schmerz der Familien usw.) im Alltag der Einrichtungen mit sich bringt.
- Das Bild, welches Leitungen von den Angehörigen haben, spiegelt sich in der direkten Arbeit wider und es ist gut, dieses Phänomen einmal insgesamt im Haus zum Thema zu machen.

Folgende Thesen wurden im Projektverlauf mit Expertinnen und den Einrichtungsberatern diskutiert und sollen hier –ohne weitere Lösungsansätze– vorgestellt werden und zur weiteren Diskussion in den Einrichtungen anregen:

Zehn Thesen zur Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen

1. Die meisten Angehörigen haben eher wenig Interesse an der Mitarbeit in Pflegeeinrichtungen.
2. Angehörige sind zu verschieden, um allgemein gültige Konzepte der Zusammenarbeit zu entwickeln.
3. Angehörige brauchen ermutigende Konzepte.
4. Angehörige beschweren sich und werden nicht gehört.
5. Angehörige weichen den Einrichtungen aus und beklagen sich an anderen Stellen.
6. Die Einrichtungen tun längst genug.
7. Einrichtungen haben den Fokus nicht auf Angehörige sondern auf Mitarbeiter und Bewohner.
8. Eine hohe Angehörigenzufriedenheit führt mittelfristig zu einer hohen Bewohnerzufriedenheit.

9. Pflege ist heute ausreichend kompetent, um Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen mit Demenz besser einzuschätzen, als die Angehörigen.
10. Wissenschaft und Forschung wirken zurzeit nicht unterstützend bei der Weiterentwicklung gelingender Kooperation mit An- und Zugehörigen.

Es bleibt die Frage, woran man zukünftig erkennen kann, dass sich die Zusammenarbeit mit den Angehörigen verbessert? Wer sind die Akteure? Wo sind die Einflussgrößen? Wer sind die „Kümmerer“ vor Ort?

Diese Fragen jeweils individuell zu klären und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ernst zu nehmen und sie aktiv zu gestalten, kann für alle Beteiligten wertvoll sein:

„Rund 80 % aller Demenzkranken werden von ihren Angehörigen versorgt und begleitet – von Ehepartnern, Kindern und Schwiegerkindern, Enkeln oder anderen Familienmitgliedern oder von Freunden.

Die Bezugspersonen übernehmen eine schwere und verantwortungsvolle Aufgabe, die sich in der Regel über viele Jahre hinzieht. Es gibt aber viele Möglichkeiten, aus der Zeit mit der Krankheit wertvolle und erfüllte gemeinsame Jahre zu machen.

Wichtig dafür ist es:

- Wissen über die Krankheit und den Umgang mit den Erkrankten zu erwerben.
- Die persönliche Würde der Erkrankten zu wahren und ihre Eigenständigkeit so weit wie möglich aufrecht zu erhalten.
- Frühzeitig Unterstützung in Anspruch zu nehmen, bevor die Belastung zu groß wird.“

(Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2017)

Unbestritten bleibt: Beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung, wird diese zu einem wichtigen Unterstützungsfaktor.

*„Pflegebedürftige und Angehörige stehen mit dem Einzug in die Pflegeeinrichtung einer neuen, verunsichernden Situation gegenüber und brauchen den Halt des anderen.“
(Daneke, 2010)*

Weiterführende Fragen

Können transparente und offensiv nach außen kommunizierte Rooming-in-Konzepte helfen, die Zusammenarbeit mit Angehörigen zu verbessern?

Welchen Beitrag können Wissenschaft und Forschung im Bereich der Angehörigenarbeit leisten?

Links und Literatur

www.deutsche-alzheimer.de
www.alzheimer-hamburg.de
www.aktion-demenz.de

www.angehoerigenhilfe.de
Daneke, Sigrid (2010): Achtung, Angehörige!
Hannover (schlütersche)

6. Herausforderndes Verhalten – von Mitarbeitenden

Machen unsere Mitarbeiter nur das Nötigste für Menschen mit Demenz? Zeigen sie Engagement und Interesse, oder sind sie „müde“ und vergreifen sich im Ton? Was können wir tun?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Hand aufs Herz – Haben SIE Lust auf Demenz? Wenn nicht, werden Sie ähnliche Gründe dafür bei Ihren Mitarbeitenden/Kollegen finden.
- *„Wer mit Leben beschäftigt ist, hat Kraft zu geben. Wer mit Überleben beschäftigt ist, nicht.“ (Mitarbeiterin)*
Bedeutet: Wenn die Belastung ständig zu hoch ist, wird die „Haut dünner“ und Mitarbeitende reagieren zunehmend in unerwünschter Weise.
- *„Pflege jammert aus Gewohnheit und zum Selbstschutz. Wenn alles gut wäre, würden Leistungsdefizite ggf. stärker auffallen und das soll verhindert werden.“ (PDL)*
- Herausforderndes Verhalten von Mitarbeitenden kann auch ein Zeichen inneren Widerstands sein. Und Widerstand will immer zwei Dinge:
 - etwas schützen (Ängste, Unsicherheiten, Schwächen, alte Verletzungen)
 - mehr Mitbestimmung (mehr einbezogen, ernst genommen oder selbst verantwortlich sein wollen)
- Es lohnt sich immer, die jeweils individuellen Gründe für das Verhalten der Mitarbeitenden mit ihnen gemeinsam herauszuarbeiten und im Rahmen der Möglichkeiten (Psychotherapie kann eine Einrichtung z.B. nicht leisten) Auswege zu finden.
- Die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz setzen oft starke Reize (Schreien, Schlagen, Kotschmierer etc.). Manche Mitarbeitende können das irgendwann nicht mehr ertragen und brauchen vielleicht die Chance auf einen Wohnbereichswechsel.
- Das Milieu ist schuld! Lautstärke (Schall), Hektik, Gestank, zu kleine Räume etc.

Hinweis: Unter anderem dieser Umgebungsstress steigert die Pulsfrequenz. Ab einem Puls von etwa 100 verlieren Menschen zunehmend ihre Empathiefähigkeit und der Körper schaltet auf Angriff, Flucht oder Erstarrung. Und das findet sich dann im Verhalten der Mitarbeitenden entsprechend wieder.

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

- Mitarbeitende brauchen eine spürbare und individuelle „Anerkennung“ ihrer Leistung
- Regelmäßig Mitarbeitergespräche führen (Jahresgespräche, Gesundheitsgespräche, Teamfeedbacks etc.), entlastende Fallarbeit und Supervision anbieten – parallel dazu wissen und annehmen, dass ein gewisses Maß an Ärger, Streit und Unlust immer ist und sein wird und auch normal und in Ordnung ist.
- Betriebliche Gesundheitsförderung ernst nehmen (Roller auf langen Fluren einsetzen, Massagen finanzieren usw.)
- Gefestigte Haltungen (Verhaltensweisen) und Einstellungen zu verändern dauert ähnlich lange, wie ihre Entstehung (s. Kap. 12).

Mitarbeitende müssen mit anderen, neuen Verhaltensweisen gute, stärkende Erfahrungen machen. Wenn ich beispielweise als Mitarbeiterin merke, dass es mir gut tut, wenn ich übe ruhig zu bleiben und auch noch positives Feedback dazu bekomme, übe ich vielleicht weiter. Wichtig auch hier: Im Team an Selbstregulation (s. Kapitel 1) arbeiten und individuelle Strategien dazu entwickeln.

*„Hinter jedem unangenehmen Gefühl, steckt ein unbefriedigtes Bedürfnis.“
(M.B. Rosenberg)*

Hilfreich ist es also, mit Mitarbeitenden gemeinsam zu verstehen, welche Bedürfnisse sie bei der Arbeit eigentlich befriedigen wollen (Spaß, Zugehörigkeit, Erfolg, Ruhe, Sinn, Ordnung, Bewegung usw.) und was davon möglich ist und was nicht. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Bedürfnisse nicht gut genug. Unterstützung kann hier sinnvoll sein und belebend wirken. Weiterhin zeigen Mitarbeitende in Pflege und Betreuung häufig eine gewisse „Kränkungsbereitschaft“ (sind schnell verletzbar) und hinter Konflikten oder herausforderndem Verhalten verbergen sich oft alte, noch immer aktive Kränkungen. Diese gilt es aufzuspüren und – so weit möglich – zu „heilen“.

Auch die Hinweise von Hans Jellouschek zu gelingenden Partnerschaften unterstützen die Arbeit im Team und kommen somit Menschen mit Demenz zugute:

„Liebe“ auf Dauer – Die Kunst „ein Paar (ein Team)“ zu bleiben

1. Achte auf gute Kommunikation (1 x Kritik, 5 x Positives)
2. Achte auf Fairness und Sorge für Ausgleich und Gerechtigkeit (Absprachen einhalten, Geben-Nehmen-Ausgleich etc.)
3. Räume für „Intimität“ schaffen, heißt hier: wertvolle Begegnungen schaffen, persönliche Rückmeldungen geben
4. Alltagsrituale pflegen
5. Lernen, Verletzungen wieder gut zu machen: ansprechen, annehmen, wieder gut machen
6. Lernen, Krisen als Entwicklungschancen zu begreifen
7. Erschließen von gemeinsamen Sinnquellen

(Jellouschek 2012)

Abschließend bleibt festzuhalten: Alle Empfehlungen der Rahmenrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz (s. Kapitel 7) sind auch in der Arbeit mit Mitarbeitenden (und der Suche nach Gründen für ihr Verhalten) hilfreich:

1. Verstehende Diagnostik (Mitarbeitende verstehen lernen und Grenzen kennen)
2. Einsatz von Assessmentinstrumenten (hier: Mitarbeitergespräche u.ä.)
3. Validation
4. Erinnerungspflege (z. B. Kennenlernen der Historie eigener Haltungen und Einstellungen und evtl. Überarbeitung)
5. Berührung, Basale Stimulation und Snoezelen (gezielte An-Reize setzen und individuelle Umgangsweisen mit Mitarbeitenden finden)
6. Bewegungsförderung (Rotation im Haus, Gesundheitsförderung)
7. (Pflegerisches) Handeln in akuten psychiatrischen Krisen (Unterstützung bei Überforderung und anderen Belastungssituationen)

Weiterführende Fragen

Halten viele Pflegekräfte ihre Arbeit – bewusst oder unbewusst – vielleicht für überflüssig (das Leben ohne so viele hochaltrige Menschen wäre kostengünstiger und überhaupt einfacher)?

Warum „schafft“ Pflege die Arbeit – auch bei ungünstiger Personalbesetzung – scheinbar immer irgendwie?

Welches Verhalten können wir – bei aller Unterschiedlichkeit von Menschen – von Mitarbeitenden in der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen bzw. Demenzkranken tatsächlich verlangen? Was ist angemessen?

Welche Mitarbeitende haben Lust auf Demenz und warum?

Links und Literatur

s. Kapitel 1 (in Teilen)

Weitere interessante Stichworte: Gewaltfreie Kommunikation (nach Rosenberg)

www.bundesgesundheitsministerium.de (Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz)

www.dgn.org (S3-Leitlinie Demenzen 2016)

7. Frontotemporale Demenz, laufen, rufen, schlagen – nicht auszuhalten!

Müssen wir in unserem Haus alle Menschen mit Demenz betreuen können?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- NEIN, müssen Sie nicht, wenn Sie nicht Angehörigen und Mitarbeitern etwas anderes versprechen und erklären, wie Sie ggf. – gemeinsam mit allen Beteiligten – zu anderen Entscheidungen (z. B. Umzug) kommen.
- Die Grenzen zu finden (was ist zumutbar?) ist schwierig – es sind immer Einzelfallentscheidungen, die oft Zeit und Kraft kosten.
- Es lohnt sich, Konzepte zu differenzieren, wenn das Haus die Kraft dazu hat (WG, Besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz, Pflegeoase usw., Durchlässigkeiten und die damit zusammenhängenden Prozesse beschreiben).

Kraft = gutes Einzugs- (oder sogar Case- bzw. Care-)management, engagierte Angehörigenarbeit, Fallarbeit, geringe Fluktuations- und Krankheitsraten.
- Menschen z. B. mit frontotemporalen Demenzen brauchen unseren Mut, etwas auszuprobieren. Außerdem benötigen sie kreative Einzelfalllösungen und den Bericht über Erfahrungen und Erkenntnisse.
- Wenn das bauliche Milieu herausforderndes Verhalten noch verstärkt (Enge, Schall etc.) brauchen Bewohner und Mitarbeitende die konsequente Unterstützung der Führungsebene beim Umbau oder beim Umzug der Bewohnerin/ des Bewohners.

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

- Die Zusammenarbeit mit gerontopsychiatrischen Fachärzten ist oft schwer zu organisieren, aber äußerst hilfreich (Krankenhauseinweisungen vermeiden!). Ähnlich ist es mit Schmerztherapeuten.
- Krankenhauseinweisungen möglichst vermeiden (Delir-Gefahr, Trauma etc.)
- Gerontopsychiatrisch fort- und weitergebildete Fachkräfte – und mindestens eine echte Demenzexpertin / ein echter Demenzexperte – im Haus entlasten oftmals kritische Situationen (direktes Handeln, Unterstützung des Teams, Fallarbeit).
- Das Thema „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ ist ein Dauerbrenner in Aus, Fort- und Weiterbildung sowie in Fallarbeit vor Ort – hier werden auch noch die nächsten Generationen von Pflegenden praxisnahe (und ggf. externe) Unterstützung brauchen.
- Zentrale Kompetenzen in den Häusern: Grenzen erkennen und gemeinsam Entscheidungen treffen – auch gemeinsam eine Situation auszuhalten, ist eine Entscheidung!

■ Die Ursachen für das Verhalten von Menschen mit Demenz findet man meist auf den in Kapitel 2 genannten vier Ebenen:

- medizinisch-klinisch (körperlich)
- personbezogen
- anthropologisch (menschheitsgeschichtlich)
- milieubezogen

(vgl. Kap. 2)

„Die Suche nach Gründen gilt als oberste Handlungsmaxime.“
(Rahmenempfehlungen des BMG, s. Kap. 6)

Das Verhalten und auch das Leiden von Menschen mit Demenz ist uns oft nur schwer erträglich und doch ist es unserer Aufgabe, ihnen ein gewährendes, zulassendes Milieu zu schaffen.

Und: Viele Menschen mit Demenz können mehr Wahrheit vertragen (und brauchen keine „Scheinwelten“ z.B. künstliche Bushaltestellen), als wir denken. Sie fordern sie oft sogar direkt oder indirekt ein.

Daher prüfe immer, wie viel Wahrheit kann der Mensch mit Demenz gerade vertragen und probiere im Kontakt aus, was gut tut (z. B. mehr Fakten „Sie wohnen jetzt bei uns“ oder mehr Validation „Ihr zu Hause fehlt Ihnen, Sie fühlen sich so allein hier“).

Weinen, rufen, leiden, klagen sind auch Teil des Lebens (Schmerzen und Ängste sind ggf. natürlich zu behandeln) und haben ihre Berechtigung.

Weiterführende Fragen

Wie können wir weiterhin – trotz Personalknappheit und zu wenigen Häusern mit selbständig begehbaren Außenflächen – den Einsatz von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (inkl. Medikamenten) gering halten?

Wie finden wir in den Teams einen passenden Umgang mit den individuellen Grenzen der Bewohner und der Mitarbeiter (z.B. bei drohender Gewalt)?

Welche Formen der Fort- und Weiterbildung bzw. der Begleitung vor Ort sind wirklich nützlich und hilfreich?

Links und Literatur

www.deutsche-alzheimer.de (Frontotemporale Demenz)

www.bosch-stiftung.de

www.bundesgesundheitsministerium.de (Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz)

www.dgn.org

Urselmann, Hans Werner (2013): Schreien und Rufen. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Mannheim (Huber)

8. 7 Tage arbeiten, 7 Tage frei? – Das kann ich nicht!

Warum sollte ich mich ernsthaft mit neuen Dienstplanmodellen beschäftigen?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Neue Dienstplanmodelle (z.B. mit 10 h- bzw. 12 h-Schichten) werden bereits in einigen Häusern diskutiert und erprobt.
- Mitarbeitende sind offen für Vorschläge, zeigen sich aber in der konkreten Umsetzung dann doch skeptisch oder negativ überrascht („Das habe ich mir so nicht vorgestellt.“; z. B. lange Dienste oder eine ungleichmäßige Arbeitsdichte im Monat durch- bzw. auszuhalten).
- Pflegende sind oft sehr an ein 3-Schichten-System gewöhnt und haben ihr Leben darauf eingestellt, Veränderungen sind oft schwergängig („Ich weiß gar nicht, was ich mit so viel freier Zeit machen soll.“).
- Einzelne Mitarbeitende berichten von deutlich positiven Effekten für ihr Leben (z. B. bei Ganztagesgeschichten „alles im Blick zu haben und sich die Zeit einteilen zu können“ und dann „lange frei zu haben“, was eine echte Erholung möglich mache und auch für die Familie gut sei).
- Das Prinzip Freiwilligkeit spielt eine wesentliche Rolle, besonders bei Neueinstellungen. („Diese Modelle sind nichts für jeden“ – Mitarbeiterin).
- Auch Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen sind zu überzeugen!
- Die Dienstpläne umfangreicher umzustellen, kostet Zeit (mind. 6 Monate) und Kraft (z. B. möglichst wenig Fluktuation im Haus).
- Es empfiehlt sich, einen Projektwohnbereich einzurichten.
- Eine ernsthafte Anpassung des Tagesablaufes an die tatsächlichen Bedürfnisse/Rhythmen der Bewohner erfordert eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den Dienstzeiten.
- Es gibt externe Beraterinnen und Berater mit viel Erfahrung in diesem Bereich, ohne Unterstützung geht es an dieser Stelle i.d.R. nicht!

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

- Durch verlässliche Dienstpläne und innovative Dienstplanmodelle lassen sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern und Ausfallquoten im Betrieb reduzieren.
- Es lohnt sich, verbindliche Vertretungsregelungen festzulegen („Damit die Pflegedienstleitung nicht ständig damit beschäftigt ist, Dienstplanlücken zu stopfen“ – Mitarbeiterin).
- Die Überprüfung und ggf. Veränderung der Dienstzeiten und Tagesabläufe schafft oftmals zeitliche Ressourcen für Pflege und Betreuung.

Weiterführende Fragen

Wer kann Pflegeeinrichtungen am besten in der Veränderung von Dienstzeiten und Tagesabläufen unterstützen?

Wer würde eine Langzeitstudie dazu finanzieren, wie sich die Arbeitsqualität der Mitarbeitenden sowie die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bei veränderten Dienstzeiten entwickeln?

Links und Literatur

König, Jutta/Raiß Manuela (2015): Dienstplangestaltung - Was Pflegekräfte wissen müssen: Ein Ratgeber für die tägliche Praxis, Hannover (schlütersche)

Ganz, Wolfgang (2014): Strategisches Dienstplanmanagement, Hannover (vincentz)

9. Die Bewohner bestimmen den Tag, aber „der Wagen muss um 13 h in der Küche sein“.

Wie kommen wir weg von institutionellen Strukturen, hin zu nutzerorientierten Tagesabläufen

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Die Küchen haben oft großen Einfluss auf den Tagesablauf. Und es ist eine Führungsentscheidung, die bestehenden Einflüsse zu belassen oder zu verändern.
 - Die Regeln der Küche sind im Haus oft eine akzeptierte Selbstverständlichkeit.
 - Die Mahlzeiten geben auch Mitarbeitenden eine vertraute (oft wohltuende) Struktur.
 - Alleine die Veränderung der Mahlzeiten braucht etwa sechs Monate Planungs- und Probezeit, gesteuert und begleitet von einer Projektgruppe im Haus.

Von den Bewohnern aus zu denken scheint eine Selbstverständlichkeit zu sein. Ist es aber nicht!

Viele Strukturen in den Häusern richten sich nach fraglichen Traditionen oder auch nach scheinbaren Anforderungen der Prüfvorgaben (MDK, Wohn- und Pflegeaufsicht, auch HACCP u.ä. wie z.B. Vorgaben des Qualitätsmanagements).

Den tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu folgen, braucht den ernsthaften Versuch, gemeinsam deren Perspektive einzunehmen und Konsequenzen abzuleiten. Meist ergibt sich dann ein anders Bild vom Tag als bisher.

Weitere fachliche Hinweise und Empfehlungen

- Alte Strukturen sitzen fest und haben in „Pfleugehirnen“ feste neuronale Bahnen gelegt („Seit 100 Jahren sitzen alle sauber um 9 Uhr beim Frühstück“ - Mitarbeiterin).

Die Herausforderung: Die alten Bahnen nach und nach mit neuen Erfahrungen (Duschen um 11 Uhr ist auch ok) zu überschreiben.

- Missverständnisse vermeiden!

„QM und PDL haben gesagt, dass wegen der Tagesstruktur und genug Trinken und Medis alle um 9 Uhr beim Frühstück sein müssen.“ (Mitarbeiterin)

Qualitätsbeauftragte und PDL hatten tatsächlich gesagt: „Bis ca. 9.30h sollen alle Bewohner zu Essen/Trinken und ihre Medikamente angeboten bekommen haben.“ (ggf. auch im Zimmer und im Bett)

- Wenn Führung konsequent vorgeht und wirklich nach und nach alte Strukturen aufbrechen will, zeigen sich meist die „Beweger“ im Team (s. Kap.1) noch deutlicher und es entsteht eine positive Stimmung für Veränderung.

- Rückschläge passieren häufig, wenn die Belastung im Alltag zu hoch ist, denn dann besteht die Gefahr, in alte Muster zurückzufallen.
- Tagesstrukturen und Abläufe, die von Bewohnern, Mitarbeitenden und Angehörigen als sinnhaft (oder als angenehm) empfunden werden und die in Kooperation entstanden sind, helfen allen Beteiligten, die emotionale Bindung an das Haus zu stärken.

*„Die Heime müssen sich zum Thema Tagesstruktur endlich bewegen. – Nicht: Wecken 6 Uhr und um 9 Uhr muss die Station klar sein, keine Selbstbestimmung und keine Atmosphäre! Das muss sich ändern, sonst wird es dort bald weder Mitarbeiter noch Bewohner geben.“
(M. Schleede-Gebert, Beraterin im Projekt)*

Noch etwas Grundsätzliches zum Thema Essen (Exkurs):

1. Es ist nicht wichtig, wie Menschen mit Demenz essen, sondern DASS sie essen.
2. Es gibt viele Gründe, warum Menschen mit Demenz nicht essen. Vor allem nicht essen *können*, nicht nicht essen *wollen*. Denn sterben wollen vermutlich die wenigsten.

Menschen mit Demenz können zum Beispiel nicht essen, weil:

Irgendwo noch ein Zahn fault
 Es zu laut ist
 Ich einfach keinen Hunger habe
 Die anderen am Tisch komisch aussehen oder mich ablenken
 Ich nichts erkennen kann
 Mein Rücken weh tut
 Ich verstopft bin
 Ich nicht weiß, was ich soll
 Medikamente meinen Mund trocken machen
 Ich das Essen nicht mit den Fingern greifen kann
 Ich Angst habe
 Mir schwindelig ist
 Ich so müde bin
 Ich dauernd überlege wo ich hier bin
 Ich nicht weiß, welches ich zuerst nehmen soll
 Ich nicht weiß, warum die anderen nicht essen
 Ich hier niemanden kenne
 Mich hier niemand kennt
 Ich nicht(s) verstehe
 Ich mich im Rollstuhl kaum halten kann
 Meine Füße in der Luft baumeln und ich keinen Halt habe
 Ich mich eh kaum noch spüre
 Meine Hose nicht richtig sitzt
 Ich zur Arbeit muss
 Irgendwas in mir nicht funktioniert
 Es bitter schmeckt und
 Ich eigentlich nur noch Süßes mag ...

Weiterführende Fragen

Was brauchen wir, damit Essen/Trinken rund um die Uhr und auf die jeweils persönliche Weise (eat by walking etc.) mit nur wenig einenger Strukturvorgabe durch die Institution möglich ist?

Sind Menschen mit Demenz (oder andere) im Bademantel um 11 Uhr beim Frühstück schlechte Pflege?

Ist die Anpassung des Tagesablaufes an Bedarfe und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner tatsächlich eine Frage der Personalbesetzung?

„Warum ist eine vom Haus vorgegebene Struktur schlecht? Ich habe doch im Privatleben auch eine oft fremdbestimmte Tagesstruktur, die mir Halt gibt und ich kann sowieso nicht alles im Leben selbst bestimmen.“
(Mitarbeiterin)

Links und Literatur

www.demenz-support.de

www.wegweiser-demenz.de

www.uni-wh.de (DZD – Dialogzentrum Demenz)

www.zeit.de/angebote/senioren-ratgeber/leben-im-alter/lebensqualitaet-im-pflegeheim/index/seite-2

10. Das Führungskräftekarussell dreht sich schnell – jedes Jahr neue Verantwortliche!

Was brauchen Führungskräfte, um länger (mind. 3-5 Jahre – so lange braucht jede erfolgreiche Konzeptentwicklung und -umsetzung) und möglichst zufrieden auf ihren Positionen zu bleiben und damit die Fluktuationsraten zu senken bzw. eine Beruhigung des Systems zu erreichen?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt und weitere fachliche Empfehlungen

- Führungskräften ermöglichen, sich in Netzwerken zu engagieren und ggf. parallel stundenweise als DozentInnen zu arbeiten (intern und extern) – das macht das Haus bekannt bzw. interessant und zeigt die Kraft eines Hauses, das auch mal einen Tag auf seine Führungskräfte verzichten kann.
- Mitarbeitende (auch Führungskräfte) gehen meist nicht weg von der Einrichtung, sondern von der/dem direkten Vorgesetzten.
- Die emotionale Bindung an die Einrichtung ist auch für Führungskräfte von großer Bedeutung.
- Der Druck „von oben und von unten“ muss erträglich und handhabbar sein.
- Der Umgang mit Fehlern von Führungskräften (und Mitarbeitenden) im Haus muss klar sein (z. B. alle dürfen Fehler machen auch Führungskräfte).
- Die Arbeitszusammenhänge müssen verstehbar und im eigenen Erleben sinnvoll sein.
- Auch Führungskräfte brauchen Anerkennung – wer ist dafür zuständig?
- Oft fehlen klare Kompetenzen (Befähigung und Befugnis).

Und mit Blick auf Menschen mit Demenz: Keine Angst!

Eigene, persönliche Fragen zum Thema Demenz zu klären und Unsicherheiten abzubauen, hilft der Arbeit in der Einrichtung. Oft sprechen Führungskräfte aber nicht gerne darüber.

Mutig sein!

Die fachliche Fassade (Angst und Unkenntnis nicht zugeben mögen) ablegen. Demenz in der Ausbildung (Grundausbildung, Leitungsausbildung) war meist nur ein Thema von vielen und es fehlen oft vertiefte Kenntnisse.

Gute Fort- und Weiterbildungen suchen! Gütekriterien sind:

- Dozentinnen und Dozenten verfügen über eine Mischung aus theoretischen Kenntnissen und Praxisnähe.
- Fortbildungen in den Bereichen Demenz- und Gerontopsychiatrie passen zum Anspruch von Führungskräften bzw. sind explizit inhaltlich an Führungskräften ausgerichtet.

- Bildungsträger haben ein (möglichst bundesweites) Kompetenznetz im Themenfeld Gerontopsychiatrie.

Auch Konzeptentwicklungsprozesse gemeinsam mit dem Team stärken häufig die Kompetenzen der Führungskräfte und schenken in der Folge Kraft und Begeisterung für die tägliche Arbeit.

Geplante und konsequente Konzeptarbeit (Konzept = Idee + Plan: wer sind wir, wo stehen wir, was wollen wir, was können wir, wie machen wir das usw.) findet in stationären Pflegeeinrichtungen auffallend selten statt.

Weiterführende Fragen

Welche Menschen suchen sich die Position der Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Einrichtungsleitung als berufliche Perspektive aus? Was wissen wir über diese Gruppe?

Warum wechseln in einigen Einrichtungen häufig die Führungskräfte und in anderen eher die Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung?

Wer erhebt Fluktuationsraten bzw. Ausfallquoten auf Führungsebene und wertet die Ergebnisse aus?

Was leitet Leitende in der Arbeit mit Mitarbeitenden?

Welches Menschenbild legen wir Führungsarbeit in der Pflege zugrunde?

Was ist wichtiger in der Führungsarbeit: Psychologie oder Managementlehre?

Links und Literatur

www.mg-heute.de/2017/02/03/personalfluktuation-in-der-stationaeren-pflege-loesungen-werden-gesucht/

www.ffg.tu-dortmund.de/cms/de/Projekte/Arbeit_Wirtschaft_und_Technik/Personalfluktuation-in-Einrichtungen-der-pflegerischen-Versorgung_-_eine-Analyse-von-Ursachen-und-Loesungsmoeglichkeiten/170201_Presseinformation-Projekt-Personalfluktuation.pdf

(laufende Studie zum Thema Fluktuation)

www.leuphana.de/fileadmin/user_upload/Forschungseinrichtungen/ipm/pmm/Broschuere_Attraktiver_Arbeitgeber_in_der_Pflege.pdf

(Studie der Universität Lüneburg zum Thema Pflege als Arbeitgeber)

11. Viele Pflegeeinrichtungen vermeiden das Thema Demenz immer noch.

Das ist so, als ob der Lebensmittelhandel so tun würde, als hätte er nichts mit Lebensmitteln zu tun. Wie kommt das?

Ergebnisse und Hinweise aus dem Projekt

- Demenzmüdigkeit – „alles schon 1000-mal gehört.“ (Mitarbeiterin). „Schon 1000-mal gehört“ verändert aber offenbar nicht die Praxis.
- Die Kenntnisse der Leitenden reichen nicht aus.
- Die Motivation der Leitenden reicht nicht aus (s.o.).
- Empfundene Sinnlosigkeit: Das Vergessen hemmt die Motivation („Wozu das alles? Die meisten vergessen das doch sowieso.“ – Mitarbeiterin).
- Führungskräfte fühlen sich fachlich unsicher (mögen dies aber nicht sagen).
- Auch Ärzte haben scheinbar oft wenig Interessen an Menschen mit Demenz (nicht „heilbar“).
- Demenz ist also für viele nicht „attraktiv“!
- Die Einrichtungen sind der Auffassung, sie tun bereits genug für Menschen mit Demenz oder sie sind/fühlen sich überfordert.
- Demenz ist scheinbar selbstverständlicher Alltag, „nicht mehr der Rede wert“.
- Verbindliche, demenzspezifische Qualitätskriterien liegen noch nicht in ausreichendem Maße vor.
- Unterschiedliche Einstellungen/Positionen übergeordnet (Gesetzgeber, MDK/Wohn-Pflege-Aufsicht, Vorstände und Geschäftsführungen) spiegeln sich in der Unklarheit der Praxis wider.
- Demenz zu kennen, heißt nicht Demenz zu können.
- Einige Einrichtungen fühlen sich überfordert, dabei sind auch kleine Schritte sinnvoll.

Weiterführende Fragen

Welche Mitarbeitenden und Führungskräfte haben Lust auf Demenz und warum?

Wie viel „Wahrheit“ ist Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen der deutschen Pflegeeinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär) zumutbar?

Wie viel „Wahrheit“ ist erforderlich, um eine konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten zu ermöglichen?

Und wer ist dafür zuständig, mit diesen „Wahrheiten“ im Alltag umzugehen?

Links und Literatur

Zu diesem Thema sind uns keine weiterführenden Links oder Literaturempfehlungen bekannt.

Hinweise dazu nehmen wir gerne entgegen.

12. Alles eine Frage der Haltung, klar. – Versteh ich nicht.

Warum arbeiten wir uns am Thema „Haltung“ meist so erfolglos ab?

- Haltungen sind veränderbar – auch wenn das nicht ganz einfach ist.

„Weil ja individuell erworbene Haltungen durch entsprechende Erfahrungen entstanden sind, können andere Haltungen auch nur durch andere Erfahrungen gemacht und im Hirn verankert werden. So einfach ist das.“ (Hüther, 2012)

- Kaum eine/r kann beschreiben, was eigentlich eine Haltung oder eine Einstellung genau ist.
- Lässt man Pflegende in einer Szene ihre „Haltung“ zu Menschen mit Demenz darstellen, öffnen sie häufig die Arme, lächeln, legen den Kopf schief – oder eben all das nicht.
- Haltung und Einstellung zeigen „wie ich zu den Dingen stehe“.
- Haltungen und Einstellungen finden sich in der Körpersprache wieder und sie sind meist fast so alt, wie der Mensch selbst.
- „Haltungen zeigen sich im Verhalten“ (Wohnbereichsleiterin).
- Leitungskräfte gehen meist davon aus, dass Mitarbeitende gelernt haben, sich selbst, ihre Wirkung und ihr Verhalten zu reflektieren – das stimmt aber oft nicht und diese Fähigkeiten sind nicht oder in nur geringem Maße vorhanden.
- Wie man selbst wirkt und wo das herkommt bzw. warum ich mich in „meiner“ Weise verhalte, ist vielen nicht klar.

Das bedeutet: Mitarbeitende müssen über einen längeren Zeitraum neue, gute Erfahrungen mit veränderten Verhaltensweisen machen, „trainieren“ und gutes Feedback bekommen, damit sich neue Haltungen entwickeln können.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die lange im Beruf sind haben es daher hier oft schwerer und brauchen häufig mehr Verständnis für die oft routinierte Arbeit ihrer über lange Jahre geprägten Hirnstrukturen.

„Wenn du jahrelang auf deiner Autobahn im Gehirn in eine Richtung fährst, zügig und sicher, dann ist es schwer – mal eben – auf den kleinen Feldweg rechts abzubiegen. Wenn du dann auf dem Feldweg bist, dauert es wieder eine längere Zeit – Monate, Jahre – bis du ihn zu einer festen Straße ausgebaut hast.“ (Dami Charf)

Es sei denn, jemand macht dir Angst oder stellt dir große Freuden in Aussicht, dann geht es möglicherweise etwas schneller. Wobei „Dressurmethoden“ (Hüther) in der Regel keinen nachhaltigen Erfolg haben. Also: Wer schnelle Haltungsänderungen von Mitarbeitenden erwartet, wird schnell enttäuscht sein. In Wohnbereichen mit Freude an der Sache, demenzkompetenten Leitungen und wenig Leitungswechseln (mind. 3-5 Jahre – ohne Anspruch auf wiss. Überprüfbarkeit) festigen sich meist auch zu dieser Arbeit passende „Haltungen und Einstellungen“ und Menschen mit Demenz profitieren davon.

Und: lernen Sie Körpersprache (auch ihre eigene) zu lesen, sie erzählt viel über „Haltungen“.

Weiterführende Fragen

Welche Haltungen erwarten wir von Führungskräften und Pflegenden? Wie sollen sie sich ihrer Arbeit zuwenden?

Wie wollen wir arbeiten: Mit Liebe und Hingabe oder als professioneller Dienstleister? Oder beides? Und geht das?

Wo gibt es Einrichtungen, die sich mit diesen Fragestellungen beschäftigen?

Links und Literatur

<http://www.zeit.de/2013/41/demenzkrank-klinik-schottland/seite-2>
(ZEIT online)

www.gerald-huether.de

Das Wichtigste zum Schluss – gibt es einen kleinsten gemeinsamen Nenner?

*Um welche Themen muss ich mich mindestens mit Blick auf Demenz
in unserer Einrichtung kümmern?*

LUFT ...

Licht

Lebensgefährten

Lust

Liegen

Lebendigkeit

Laufen

Loslassen

Leichtigkeit

Liebungsplätze

Lecker

Langsam

Lachen

und

LIEBE.

Luft und Liebe

Diese Handreichung bearbeitet – kurz und knapp – wichtige Fragen, die sich stationäre Einrichtungen stellen (sollten), wenn sie ihre Angebote für Menschen mit Demenz weiterentwickeln wollen.

Holen Sie sich Anregungen über die Themen:

- Lebensqualität
- Baulichkeit und Milieu
- Nutzerorientierte Tagesabläufe
- Fluktuation und Personalmangel
- Personaleinsatzplanung
- Haltung

Profitieren Sie von Hinweisen und Ergebnissen aus den Erfahrungen des Modellprojekts „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz“, von ergänzenden fachlichen Empfehlungen aus der langjährigen Beratungsarbeit sowie von Literaturhinweisen und weiterführenden Fragestellungen.

Stiftung Das Rauhe Haus

Evangelische Berufsschule für Pflege

Weidestraße 126, 22083 Hamburg,
berufsschule-pflege@rauheshaus.de
www.ev-berufsschule-hh.de