



Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018

Jahrbuch Familiäre Pflege

1. Jahrgang 2018

Herausgeber*innen

Prof. Dr. Katharina Gröning

M.A. Carina Schiller

M.A. Jan-Willem Waterböhr

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

September 2018, Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Editorial	7
<i>Katharina Gröning</i> Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	9
<i>Katharina Gröning, Katharina Niedling</i> Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	32
<i>Carina Schiller</i> Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	55
<i>Jan-Willem Waterböhr</i> Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	79
<i>Sonja Bergenthal</i> Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen	109
<i>Susanne Johannes</i> Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten	124
<i>Martina Klewitz</i> Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf	133
<i>Frank Görden</i> Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Fliedner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.	140

Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten

Abstract

*Vorgestellt wird, wie das Modellprojekt „Familiale Pflege“ als ‚Fremdkörper‘ im Krankenhaus integriert wurde. Synergieeffekte bildeten sich speziell mit einem weiteren Projekt („Der Blaue Punkt“) zur Früherkennung von Demenzpatient*innen und Delirrisiken als Antwort auf die Herausforderungen des demographischen Wandels. Wie beide Ansätze zusammengebracht wurden, welche Systemwiderstände entstanden und wie diese überwunden werden konnten, ist Hauptanliegen des Artikels. Dabei entsteht ein Plädoyer, Demenzpatient*innen im Krankenhaus nicht zu ignorieren.*

Krankenhäuser benötigen Versorgungskonzepte und gut geschulte Mitarbeiter, um sich den Herausforderungen moderner Medizin und dem wirtschaftlichen Druck in Zeiten des demographischen Wandels stellen zu können. Diese Versorgungskonzepte müssen mit den Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement vernetzt werden.

Wir haben 2007 das Versorgungskonzept Demenzmanagement „Blauer Punkt“ im Bereich unserer Patienten mit Demenz im gesamten Krankenhaus eingeführt und weiterentwickelt. Das Team des Blauen Punktes kümmert sich um die besonderen Bedürfnisse und alle Belange unserer Patienten, die eine Demenz als Nebendiagnose mitbringen.

Einen völlig neuen Blickwinkel hat uns im Verlauf das Modellprogramm „Familiale Pflege“ eröffnet und damit einen unerwarteten Verstehensaspekt und An Schub für diesen und viele neue Bereiche beschert.

Wir vertreten die These, dass Patienten mit Demenz statt Ignoranz eine besondere Beachtung im Krankenhaus geschenkt werden muss, weil sie sich nicht dem „normalen“ Krankenhausalltag anpassen können.

Warum gerade im Bereich Demenz ?

Demenzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters. In Deutschland sind nach Angaben der Alzheimer-Gesellschaft derzeit ca. 1,2 Millionen Menschen betroffen. Entsprechend ist auch die Zahl derjenigen Patienten in den Krankenhäusern steigend, die neben ihrer Erkrankung, wegen der sie ins Krankenhaus kommen, die Nebendiagnose Demenz aufweisen. Auch durch den demografischen Wandel werden in den Krankenhäusern verstärkt ältere, multimorbide Patienten aufgenommen, bei denen sich hier erstmals eine kognitive Einschränkung zeigt, z. B. nach einem operativen Eingriff. Im Verlauf einer Demenzerkrankung verändern sich das Verhalten, die emotionale Kontrolle und die Persönlichkeit des Betroffenen. Das führt zu Orientierungsschwierigkeiten und verminderter Anpassungsfähigkeit an neue und unbekannte Situationen oder Umgebungen, wie sie die Einweisung in ein Krankenhaus mit sich bringt. Es erzeugt bei vielen Betroffenen oft Angst, Unruhe und Aggressionen. Der Pflegeaufwand ist dementsprechend höher und der Anspruch an das gesamte Behandlungsteam deutlich größer.

Demenzpatienten im Krankenhaus

In traditionell geprägten Krankenhausstrukturen müssen die Patienten sich den Abläufen im Klinikalltag unterwerfen. Die örtliche, personelle und situative Veränderung, Medikamentenumstellungen und zahlreiche weitere krankenhaustypische Faktoren lösen bei 50 % der kognitiv eingeschränkten Menschen ein Delir aus (Flanagan u. a. 2010). Das Delir ist die häufigste, folgenreichste und teuerste Nebenwirkung eines Krankenhausaufenthaltes und als Komplikation und Prognose verschlechternder Faktor vergleichbar einer Sepsis auf einer Intensivstation (Leslie & Inouye 2011). Menschen mit einer Demenz sind besonders gefährdet ein Delir zu entwickeln, mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen und um ein Vielfaches erhöhte Kosten. Die immer kürzer werdende Krankenhausverweildauer und die zunehmende Technisierung verschärfen die Situation für die Betroffenen. Das Thema Demenz und Delir wird allgegenwärtig.

Auswirkung hat das auf alle Bereiche des Krankenhauses, besonders jedoch auf die ärztliche und pflegerische Betreuung dieser Patienten. Hier sind mehr Zeit, besondere menschliche Zuwendung und anders organisierte Abläufe erforderlich. Dem steht der ablaforientierte Krankenhausalltag gegenüber, mit immer kürzer werdenden Liegezeiten. Das derzeitige DRG-System lässt keinen Handlungsspielraum für besondere Aufwendungen durch erhöhten Personaleinsatz, der hier nötig wäre, um mehr Zeit und Ruhe in den Ablauf der Betroffenen zu bringen, z. B. durch personenzentrierte Pflege. Pflegerische Tätigkeiten lassen sich hier nicht abbilden, da ausschließlich ärztliche Tätigkeiten bezahlt werden. Dies hat enormen Einfluss auf die Krankenhäuser, die dem wirtschaftlichen Druck geschuldet der Pflege weniger Bedeutung zumessen – sowie den Patienten, die die Demenz nur als nicht abrechenbare Nebendiagnose mitbringen. Demenz wird oft als *Nursing Disease* bezeichnet, da es keine Therapie für diese Erkrankung gibt und damit allein die pflegerischen Interventionen Wirkung zeigen.

Oft sind es Kleinigkeiten, die den Umgang mit dem Erkrankten erleichtern oder erschweren. Kleinigkeiten, die den Aufenthalt in der ungewohnten Krankenhausumgebung erträglicher machen und Vertrauen schenken. Das alles kostet viel Zeit und Ruhe. Beides ist im laufenden Klinikalltag

durch die Pflege allein nicht zu leisten.

Die Folgen eines Aufenthaltes in einem nicht an die Demenz angepassten Akutkrankenhaus sind für die Betroffenen oft weitreichend. Erhöhte Mortalität, verlängerte Liegezeit, Verschlimmerung der Demenz, dauerhafte Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbstständigkeit können daraus resultieren. Im Klartext bedeutet das für viele Betroffene keine Rückkehr mehr ins eigene Zuhause, sondern eine Einweisung in eine stationäre Einrichtung.

In Krankenhäusern ohne ein spezielles Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz oder Delirrisiko gehen diese Patienten völlig unter, werden nicht gesehen oder bewusst übersehen, weil es kein Konzept im Umgang mit dieser Patientengruppe gibt. Erst wenn extreme Verhaltensauffälligkeiten oder dramatische Verschlechterungen auftreten, z. B. durch lautes Rufen oder nächtliche Unruhe, wird dem Thema zwangsweise Beachtung geschenkt. Ich wage sogar zu behaupten, dass Menschen mit Demenz im Krankenhaus diskriminiert werden. Sie erhalten oft kein oder deutlich weniger Schmerzmittel als gleichaltrige Leidensgenossen ohne Demenz. Nach dem Motto: Wer nichts sagt, hat keine Schmerzen.

Versorgungskonzepte für Patienten mit Demenz

Durch Etablierung des Teams des „Blauen Punktes“ ist es uns gelungen, mit einem niederschweligen Demenz- und Delirscreening und dem Einsatz einer Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz erste Schritte in Richtung eines umfassenden Demenzmanagements zu gehen.

Feste lokale Netzwerkstrukturen und die Zusammenarbeit mit weiteren Dienstleistern wurden gegründet. So haben wir eine Zusammenarbeit mit einem geriatrischen Kooperationspartner geschlossen und ausgebaut.

Es folgte die Einführung eines Betreuungsmodells für Demenzpatienten und Patienten im Delir. Dieses Konzept umfasst die Erhebung besonderer Bedürfnisse unserer Patienten ab dem 65. Lebensjahr bei Aufnahme durch ein Screening und lenkt den Fokus auf den dementen Patienten mit seinen besonderen Bedürfnissen. Das Screening entspricht den Forderungen des Krankenhausplans NRW und wurde um die Bereiche Demenz und Delir erweitert. Dieses Konzept umfasst neben Standards und Handlungsanweisungen die Begleitung von Demenzpatienten und den Einsatz von Kreativtherapie, direkt am Krankenbett des Betroffenen.

Schnell wurde auch das Informationsdefizit über die Erkrankung Demenz und einen adäquaten Umgang deutlich. Um dem entgegenzuwirken, wurden Beratungsangebote für Betroffene und Schulungen für unsere Mitarbeiter aller Bereiche eingeführt.

Systementwicklung und die Integration des Programms „Familiale Pflege“

Durch den traditionellen Auftrag der Krankenhäuser bestand bis zur Einführung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ fast ausschließlich der Patient in unserem Fokus. Durch das Projekt hat sich der Blickwinkel auf die pflegenden Angehörigen, Freunde und Nachbarn ausgedehnt, die den Patienten helfen, im häuslichen Umfeld zurechtzukommen. Es war mir immer bewusst, dass das Umfeld des Menschen mit Demenz und deren Umgang mit dem Erkrankten eine sehr wichtige Rolle spielt, damit es dem Menschen mit Demenz gut geht, die Versorgung klappt und Risiken minimiert werden. Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht: Geht es den Angehörigen gut, geht es den Betroffenen gut. Doch trotz allem haben wir als Krankenhaus und ich als Pflegekraft, die direkten Kontakt zu dem Umfeld und den Angehörigen hat, dem kaum bis keine Beachtung geschenkt und sind in diesem Bereich nicht aktiv geworden. Das hat das Projekt völlig verändert. Nach und nach ist mir klar geworden, wie wenige Informationen über diese Erkrankung bei den pflegenden Angehörigen vorhanden sind. Woher auch, sie haben ja nicht meine Ausbildung und die 26 Jahre Erfahrung mit diesem Krankheitsbild. Die meisten Angehörigen mussten sich bisher nicht damit auseinandersetzen. Dazu kommt, dass Demenz noch immer ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist.

In der Beratung und in den Kursen erhalten Angehörige die Möglichkeit die Erkrankung zu verstehen und einen gelungenen Umgang mit ihren betroffenen Angehörigen zu erlernen. Viele Angehörige fühlen sich unsicher und haben Angst, etwas falsch zu machen. Da es kein Patentrezept im Umgang mit dieser Erkrankung gibt, muss jeder von ihnen seinen eigenen individuellen Weg und Umgang damit finden und leben. Wir können ihnen nur ein Netzwerk spinnen und ein Hilfspaket mit Angeboten mitgeben. Wir haben spezielle Beratungs- und Schulungsangebote entwickelt, die möglichst allen pflegenden Angehörigen angeboten werden.

Neben den kognitiven Einschränkungen bringt die Demenz nicht selten auch ein verändertes Bewegungsverhalten mit sich und somit einen steigenden Bedarf an Unterstützung bei der Körperpflege und der Alltagsgestaltung. Das erfordert zunehmend Unterstützung durch die Angehörigen, zum Beispiel beim Aufstehen aus dem Bett sowie vom Stuhl. Bekannt ist heute, dass mit Bewegung positiver Einfluss auf die noch vorhandenen Gedächtnisleistungen genommen werden kann. Somit ist die Erhaltung von Kraft und Beweglichkeit ein anzustrebendes Ziel und oft der einzige Weg, um eine Rückkehr ins eigene Zuhause zu ermöglichen. Das entspricht auf der einen Seite den Wünschen fast aller Menschen und ist auf der anderen Seite deutlich kostengünstiger als eine stationäre Unterbringung jeglichen Settings.

Um der kognitiven und motorischen Förderung gerecht zu werden, arbeiten wir eng mit den Stationen und unseren Bewegungstherapeuten zusammen. Im Rahmen dieser therapeutisch aktivierenden Pflege werden die Bewegungsressourcen bestmöglich gefördert. Hier haben wir ein Netzwerk gebildet mit gegenseitigem Austausch, bei dem auch schon unsere Schüler in der Ausbildung zum Physiotherapeuten eingebunden werden. Sie werden in unserem Team eingesetzt, um in ihrer späteren Tätigkeit den adäquaten Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen in den Therapien umsetzen zu können.

Die Erfolge wurden schnell sichtbar. Patienten wurden in Bewegungsabläufe hineingeführt, erinnerten sich und fanden zu eigenen Bewegungsmustern zurück.

Es werden speziell ausgerichtete Pflegekurse zum Thema Demenz in regelmäßigen Abständen veranstaltet:

1. Demenz – Umgang und Kommunikation
2. Bobath-Konzept – Demenz und Bewegung

Ein Beispiel dafür ist die Aspirationspneumonie. Menschen mit Demenz können im Verlauf ihrer Erkrankung Schluckstörungen entwickeln. Die Angehörigen sind damit überfordert aus Unwissen und aus Angst, der Patient nimmt zu wenig Nahrung auf. Essen spielt oft eine große Rolle für die Angehörigen, denn Nahrungsaufnahme bedeutet Leben und Lebenselixier. „Wer nicht mehr isst, der stirbt“, ist in vielen Köpfen und bereitet enorme Angstgefühle. Können Menschen mit Demenz nicht mehr schlucken, wird das Anreichen der Nahrung seitens der pflegenden Angehörigen nötig. Hier kommt es oft zum Verschlucken von Speise in die Luftröhre und als Folge zur Pneumonie. Laut Statistischem Bundesamt ist die Pneumonie in Deutschland eine der häufigsten Todesursachen des höheren Lebensalters. Die Form der Aspirationspneumonie ist so gefährlich, weil wir die Speisereste nicht mehr aus der Lunge entfernen können und damit die Ursache in der Lunge verbleibt als dauerhafter Entzündungsherd. Eine gute Anleitung und aufrechte Positionierung, wie z. B. der stabile Sitz im Bett mittels eines Rumpfwickels, ist dabei enorm wichtig. Diese Techniken müssen erst erlernt und geübt werden.

Leider haben wir am Anfang die Erfahrung gemacht, dass wir viel Zeit verschwendet haben, um Patienten und deren Angehörige mit Beratungsbedarf ausfindig zu machen. Wir waren abhängig vom jeweiligen Personal der Stationen, die uns diese Angehörigen melden sollten. Viele Faktoren wie ständig wechselndes Personal und falsche Einschätzungen etc. führten dazu, dass dies nicht umgesetzt wurde. Wir sind Stunden unserer wertvollen Arbeitszeit auf der Suche nach Angehörigen gewesen.

Möchte man Qualität in der Medizin und Pflege bieten, darf es kein Zufall sein, dass diese Angebote die Menschen erreichen, sondern sollen allen zur Verfügung stehen. Dazu benötigen wir Versorgungskonzepte, die mit den Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement vernetzt werden. Wir haben das durch die Implementierung der Familialen Pflege in unserem Krankenhausinformationssystem (KIS) erreicht. Dies erfasst unsere Zielgruppe und deren Bedarf bei der Aufnahme in unser Krankenhaus und stellt den Pflegetrainern gleich eine Liste mit den Patientendaten und Bedarfen bereit. Zudem sind wir Pflegetrainer für alle Bereiche über ein „Familiale Pflege“-Konsil oder über unser mobiles Telefon anforderbar. All das war eine Systementwicklung, um unsere Prozesse rationaler und transparenter gestalten zu können.

Daraus sind neue Synergien entstanden, die wir zu diesem Zeitpunkt nicht erwogen haben. Es haben sich Netzwerkstrukturen im Bereich Demenz und Pflege gebildet, z. B. mit den Pflegeberatern der Krankenkassen und der Stadt und den anderen Akteuren im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz. Es haben sich darüber hinaus in unserem Krankenhaus interdisziplinäre Strukturen gebildet wie alterstraumatologische Visiten, bei denen immer wieder der Bedarf an Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen besonders berücksichtigt wird.

Entstanden ist auf jeden Fall eine deutliche Sensibilisierung für das Thema Demenz, Delir und die veränderten Bedürfnisse älterer Patienten im Krankenhaus.

Auf der einen Seite haben wir nun diese Patienten wahrgenommen, aber auf der anderen Seite entstand die Frage, was wir jetzt mit diesen Informationen machen, natürlich möglichst ohne Mehrkosten zu produzieren. Die systemseitige Erfassung und Kennzeichnung dieser Patientengruppe ermöglicht das Erstellen von Listen im KIS, um eine besondere Betreuung und Beschäftigung bieten zu können. Wir stellen diese Patientenliste unserer ehrenamtlichen Alltagsbegleitung, der Kreativtherapie und den Seelsorgern zur Verfügung, um so Beschäftigung in den monotonen Klinikalltag zu bringen. Sichtbar wird die Demenz und ein Delir für alle an der Behandlung Beteiligten – von den Ärzten bis hin zum Physiotherapeuten, damit alle ihre Therapien darauf abstimmen und den Umgang anpassen können. Es ist für die OP-Planung entscheidend, demente Patienten möglichst früh morgens einzuplanen. Die Nervosität durch das Warten und die Flüssigkeits- und Nahrungskarenz tragen enorm zur Delirneigung bei. Auch für unsere Anästhesisten ist die Kenntnis, ob ein Patient schon einmal ein Delir erlitten hat oder eine Demenzerkrankung vorliegt, für die Narkose, die Narkoseform und für die vorhergehende Prämedikation unerlässlich, da die Narkosemittel enormen Einfluss auf die Kognition und die Entstehung eines Delirs haben. Viele der Medikamente haben eine anticholinerge Wirkung und können damit delirogene Effekte haben. Die Röntgenabteilung kann Wartezeiten auf dem hektischen Flur für diese Patienten vermeiden oder diese Patienten vorziehen. Unsere Servicemitarbeiter wissen, dass sie das Tablett mit dem Essen nicht einfach abräumen dürfen und erst eine Rückmeldung an das Pflegepersonal geben müssen. Türen werden beschildert und Orientierungshilfen im Zimmer aufgestellt, wie eigene Fotos, eine Uhr mit Datum etc. Schmerzen werden mittels eines Beobachtungsassessment für Menschen mit Demenz (BESD) erfasst und dokumentiert. Das Thema Schmerz fand vorher kaum Beachtung, da diese Patienten ihre Schmerzen meistens nicht mehr adäquat äußern können.

Das Zusammenspiel dieser Neuerungen und veränderten Ausrichtung unserer Tätigkeit machen die erfolgreiche Einführung des Programms „Familiale Pflege“ aus. Eine Entwicklung in viele Richtungen. Unsere Ärzte und unser Pflegepersonal haben schnell die vielfältigen Vorzüge entdeckt und die automatisierten Prozesse, die nicht wieder zu einer Mehrbelastung des Personals führen, begrüßt. Das hat die Einführung deutlich erleichtert, weil wir nicht als Belastung gesehen werden und somit nicht gegen Widerstände kämpfen mussten.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die deutlich schnellere Erfassung der Zielgruppe am Tag nach der Aufnahme in das Krankenhaus, der wir dadurch schneller die Möglichkeit bieten können, zu Hause gut versorgt zu werden und somit eine schnellere Entlassung ermöglichen. Je eher wir wissen, wo Probleme bestehen, umso eher können wir handeln. Als Beispiel bedeutet das in Zahlen für unsere Alterstraumatologie, dass wir diese Patienten im Durchschnitt am fünften bis sechsten postoperativen Tag entlassen können, weil wir am Aufnahmetag schon die Entlassung vorbereiten können. Neben diesem enormen wirtschaftlichen Aspekt ist auch Zahl der Wiedereinweisungen gesunken.

Obwohl wir viel umsetzen konnten, haben wir durch den „Stein, den wir damit ins Rollen gebracht haben“, viele „neue Baustellen“ eröffnet. Es tun sich immer neue Probleme auf, denen wir uns dann weiter annehmen müssen. In unserer Vorstellung war die Umsetzung klarer begrenzt. Ein Beispiel ist, dass wir durch die Erfassung der Patienten und die Sensibilisierung der

Bedürfnisse festgestellt haben, dass diese Patienten häufig ihre Zimmer wechseln, aus den unterschiedlichsten Gründen, wie Streitigkeiten mit Mitpatienten, veränderter Zuständigkeitsbereich, Notaufnahmen und damit verbundene Zusammenlegungen etc. Durch diese Verlegungen produzieren wir Orientierungsverluste und erhöhen das Delirrisiko. Das ist jahrelang nicht aufgefallen. Aktuell haben wir dazu eine Verfahrensanweisung verfasst, die in beiden Häusern verbindlich wirksam wird. Diese Verfahrensanweisung muss nun geschult und umgesetzt werden. Das bindet viel Zeit. Ich bin sicher, es gibt auch in Zukunft in diesem Bereich noch viel zu tun.

Diese Systementwicklung beinhaltet allerdings auch Kosten, die durch unsere Geschäftsführung erst kritisch beobachtet wurden. Hierbei war die Unterstützung der Mitarbeiter des Modellprogramms der Universität Bielefeld von enormer Bedeutung. Durch die Informationen und den Wissenstransfer durch die Weiterbildungen des Projektes und die wissenschaftliche Begleitung habe ich gelernt, gezielt zu argumentieren und notwendige Forderungen zu stellen, auch an Bereiche wie die Geschäftsführung, zu der es vorher keine Berührungspunkte gab.

Ich habe eine persönliche Entwicklung durchgemacht, von der einzelkämpfenden Krankenschwester zur Pflegetrainerin. Das Projekt hat es mir ermöglicht, mir selber den Stress zu nehmen, wenn ich beratend bei einer Patientin und deren Angehörigen sitze, keine Sorge zu haben, dass meine Kollegen das nicht als gleichwertige Arbeit ansehen. Ich habe eine Legitimierung und Anerkennung erhalten, die sich auch in dem Erhalt von abrechenbaren Pflegetrainings und Kursen widerspiegelt. Das ist in einem DRG-System, bei dem ausschließlich ärztliche Tätigkeiten bezahlt werden, ein wichtiges Statement. In diesem Modellprogramm wird der Bereich Pflege und der Wissenstransfer dieser Profession hervorgehoben und gestärkt. Was nur kostet und nichts einbringt, zählt wenig. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Entlohnung und Wertschätzung durch das Projekt uns Anerkennung und dadurch Freiräume ermöglicht. So arbeiten wir heute im Team mit freigestellten Mitarbeitern, haben ein eigenes Anleitungsbüro mit vielen Büchern und Informationsmaterial.

Dazu kommt, dass sich meine Rolle weiterentwickeln durfte. Ich habe vor dem Projekt ausschließlich Patienten mit Demenz und unser Personal beraten und geschult, obwohl mir klar war, dass es den Betroffenen nur gut geht, wenn zu Hause alles gut läuft und die Angehörigen gut mit der Erkrankung umgehen können. Angehörige spielen in einem regelhaften und ablauforientierten Krankenhausalltag keine Rolle. Sie werden nicht gesehen oder eher als störend empfunden. Aber gerade im Zeitalter von Einsparungen und Personalknappheit ist es wichtig, die Angehörige als unterstützenden Partner mit einzubeziehen und ein gemeinsames Arbeitsbündnis einzugehen, von dem alle Seiten profitieren:

- Die Patienten, weil das Personal so wichtige Informationen erhält und sie eher ins gewohnte Umfeld zurückkehren können.
- Die Mitarbeiter, weil sie wichtige Informationen und Hilfestellungen erhalten, z. B. ein beruhigendes vertrautes Gesicht am Bett des Erkrankten beim Aufwachen aus der Narkose oder als Sozialkontakt im monotonen Klinikalltag.
- Die Angehörigen, weil sie von den Profis wichtige Informationen und Hilfestellungen erhalten.

Das Projekt hat uns einen Blickwechsel beschert, hin zu den Angehörigen und häuslichen Bedürfnissen. In der Entwicklung dieser neuen Rolle haben mich die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projektes sehr unterstützt. Wichtig sind dazu die Entwicklungsgruppentreffen. Hier erhalten wir Neuigkeiten aus dem Projekt und besprechen einzelne Pflegetrainings und Beratungssituationen. Dadurch lernen wir voneinander oder erhalten Inspiration für die weitere Entwicklung unserer Tätigkeit. Auch das Jahresgespräch trägt zur Weiterentwicklung bei. Es ist ein Unterschied, ob die gewünschten Systementwicklungen auch seitens des Projektes gewünscht werden und dies in aller Deutlichkeit ausgesprochen wird. Ich habe dabei viel von Frau Prof. Gröning gelernt, die in diesen Themen immer sehr mutig voran schreitet.

Ich bin persönlich auch schon einmal in eine sehr unangenehme Situation gekommen, bei der man versucht hat mich einzuschüchtern, weil Beratungsinhalte für vorgesetzte Mediziner un bequem waren. Die Behandlung von immer älter werdenden Patienten bringt auch neue ethische Entscheidungen mit sich, die durchaus verschiedene Perspektiven beinhalten, auch die in der letzten Zeit häufiger diskutierte Frage nach dem sogenannten Benefit. Das ist eine sehr schwierige und nervenaufreibende Situation, da wir alle ja auch Arbeitnehmer sind und abhängig von unseren Arbeitgebern. Ich habe in dieser Situation viel Rückhalt und Informationen von den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projektes erhalten. Dafür bin ich sehr dankbar. Auch das ist für die Stärkung und Entwicklung meiner Rolle als Pflegetrainerin sehr wichtig gewesen.

Um diesen Blickwechsel vollziehen zu können, bedarf es Menschen, die weitergebildet und entwickelt werden zu Pflegetrainern, die ihre anwaltschaftliche Rolle für Patienten und deren Angehörigen, die dies nicht selber tun können, annehmen. Hier schließt sich der Kreis zu dem Menschen mit Demenz.

Literaturverzeichnis

Flanagan, J. L., Simmons, P. A., Vehige, J., Willcox, M. D. P. & Garrett, Q. (2010). Role of Carnitine in Disease. URL: <https://doi.org/10.11>

Leslie, D. L. & Inouye, S. K. (2011): The Importance of Delirium. Economic and Societal Costs. J Am Geriatr Soc. 59 (Suppl 2), 241-143.
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415302/>

