

Umgang mit typischen Spannungsfeldern in der Betreuung und Begleitung von SeniorInnen

gefördert vom



bmask

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

Anregungen zur Verbesserung der Lebensqualität

Verein ‚Mediation



ohne Barrieren‘

Für den Inhalt verantwortlich:

Drⁱⁿ. Elvira Hauska, Mag^a. Gerda Ruppi-Lang, Mediation ohne Barrieren

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	3
2 Lebensqualität und Konflikte in der Betreuung von SeniorInnen	4
2.1 Materielle Ressourcen	6
2.2 Immaterielle Ressourcen	8
2.3 Physische Gesundheit	11
2.4 Psychische Gesundheit	13
2.5 Soziale Kontakte und Beziehungen	14
2.6 Gesellschaftliches Umfeld	16
3 Möglichkeiten zur Konfliktbearbeitung	18
3.1 Mediation	18
3.2 Sicherheits- und Gesundheitsmanagement	20
3.3 Validation nach Naomi Feil	22
3.4 Dementia Care Mapping (DCM)	24
3.5 Mentoring bzw. Patenschaften	26
3.6 Kollegiale Beratung	28
3.7 Ethische „Fall“-Besprechungen	29

1 Vorwort

Diese Arbeit ist das Ergebnis einer Erhebung, die 2008 durchgeführt und vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz gefördert wurde.

Ziel der Erhebung war eine Bestandsaufnahme vorhandener Spannungsfelder in unterschiedlichen Betreuungssituationen von SeniorInnen. Die Autorinnen wollten mit der Arbeit einen Überblick über mögliche Schwierigkeiten in dem Bereich geben. Weiters wurde beschrieben, welchen Anteil Konfliktsituationen an der Lebensqualität von SeniorInnen haben. Die Kriterien für die Lebensqualität leiteten sich dabei von den Antworten der befragten ExpertInnen ab.

Die Ergebnisse beinhalten Meinungen und Rückmeldungen aus 39 Interviews und 98 beantworteten Fragebögen. Die befragten Personen wurden aus folgenden Organisationen ausgewählt:

- v Anlaufstellen, wie Pflegeaufsicht, Pflegetelefon, Pensionistenverbände, Sachwaltervereine, usw.
- v Selbsthilfegruppen
- v Forschungsorganisationen zum Thema SeniorInnen
- v Betreuungseinrichtungen mit speziellen Schwerpunkten
- v SeniorInnen bzw. deren Angehörigen selbst

Ein persönliches Resümee aus der Arbeit eines Jahres möchten wir folgendermaßen ziehen: es gab großes Interesse, an dem Projekt aktiv mitzuarbeiten. Vor allem bei persönlichen Gesprächen entstand der Eindruck, dass viele das Bedürfnis hatten, von den anfallenden Schwierigkeiten zu erzählen. Es wurde positiv bewertet, dass jemand da war, der zuhörte und das Gehörte zusammenfasste. Eine sehr häufig gestellte Frage seitens der InterviewpartnerInnen war: „Was sagen denn die anderen zu dem Thema?“ Das erweckte den Eindruck, dass es wichtig und notwendig ist, über anstehende Probleme sprechen zu können. Auch der Erfahrungsaustausch über Lösungsmöglichkeiten war ein zentrales Anliegen der ExpertInnen.

Die hier gegebenen Anregungen stellen eine Auswahl dar und sollen dazu dienen, Diskussionen zu beleben. Die Auswahl wurde aufgrund der Einschätzung der befragten ExpertInnen getroffen und ist beliebig erweiterbar.

2 Lebensqualität und Konflikte in der Betreuung von SeniorInnen

Grundlage für die weitere Betrachtung ist die Begriffsabgrenzung von ‚Betreuung‘ und ‚Pfleger‘. Unter ‚Pfleger‘ verstanden die meisten ExpertInnen Maßnahmen am oder mit dem Körper der betroffenen Person. Das kann Körperpflege, Nahrungsverabreichung, Verabreichung von Medikamenten, Wundversorgung, Windeln wechseln usw sein.

Im Gegensatz dazu wurde ‚Betreuung‘ oft sehr allgemein umschrieben mit:

- v Sich um jemanden kümmern
- v Unterstützung und Motivation zu erhöhter Selbständigkeit
- v Hilfestellung in alltäglichen Situationen
- v Gesellschaft leisten, begleiten beim Einkaufen, ...
- v Gemeinsame Unternehmungen
- v Gespräche führen
- v Persönlichen Kontakt halten, Beziehungen gestalten
- v Dafür Sorge tragen, dass die Lebensqualität stimmt
- v Da-Sein, als Ansprechpartner zur Verfügung stehen

Daraus resultiert bereits ein erstes Spannungsfeld. Es gibt eine große Zahl an Betreuungsaktivitäten von unterschiedlichsten Anbietern. Oft kennen diese das Handlungsspektrum anderer Anbieter nur eingeschränkt. Manchmal stehen sie auch zueinander in Konkurrenz.

Die Frage nach Lebensqualität hat unterschiedliche Aspekte. Es gibt einige wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit den speziellen Fragen der Lebensqualität im Alter beschäftigen. Oft wird zwischen subjektiver und objektiver Einschätzung unterschieden. In dieser Arbeit wurde darauf verzichtet. Die Basis der Betrachtung ist das Modell von Penz (‚Lebensqualität von pflegenden Angehörigen alter Menschen‘, Diplomarbeit, Universität Wien, 2001). Der Grund für diese Wahl war eine weitgehende Übereinstimmung der in dem Modell vorhandenen Dimensionen und den Antworten der befragten Personen in der Erhebung.

Die Autorinnen betrachten eine Wechselwirkung als wesentlich: Die Lebensqualität der betreuenden Personen hat direkte und unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensqualität der betreuten Personen. Betreute Personen fühlen, wenn sie betreuende Personen belasten. Dieses Wissen bedeutet eine große Einschränkung der Lebensqualität beider Gruppen.

Bezeichnend sind auch die komplexen Zusammenhänge der Betreuungssituation selbst. Durch den sehr weit gefassten Begriff der Betreuung, ist es durchaus vorstellbar, dass Betreuende und Betreute – vor allem im privaten Bereich – immer wieder einen Rollentausch vornehmen. Auch eine kranke Mutter kann für ihre Tochter da sein und sie in diesem Sinne auch betreuen.

Der dritte betrachtete Aspekt beschäftigt sich mit der Tatsache, dass ein großer Teil der häuslichen Betreuung auch von SeniorInnen durchgeführt wird. Geht es also um

die Betrachtung der Lebensqualität von SeniorInnen allgemein, muss auch die Betreuerrolle berücksichtigt werden.

Eine spezielle Qualität in der Diskussion hat die Zeit. Eine häufige Antwort auf die Frage: ‚Was geschah dann?‘ war ‚Die Person ist inzwischen verstorben.‘ Verbesserungen in konkreten Situationen müssen schnell umgesetzt werden, wenn sie die betroffene Person noch selbst erleben soll.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Lebensqualität allgemein besser wird, wenn es gelingt, vorhandene Konflikte zur Zufriedenheit aller zu lösen. Wenn es sich um nicht lösbare kritische Situationen handelt, gilt es als Verbesserung, wenn die Beteiligten leichter damit umgehen können. Ein Beispiel für ein nicht lösbares Spannungsfeld ist das Grundsatzthema von Leben und Tod. Auch wenn das Sterben unausweichlich ist, ist es einfacher, wenn das Verabschieden in Würde erfolgt.

Die Aufzählung der Indikatoren der Lebensqualität kann beliebig erweitert werden. Überschneidungen weisen auf die große Komplexität des Themenkreises hin. Auch die gegebenen erläuternden Beispiele sind beliebig erweiterbar. Sie dienen dem besseren Verständnis einzelner Kriterien.

Die Beschreibung der Spannungsfelder resultiert aus den Berichten der ExpertInnen. Diese punktuellen Betrachtungen sind nicht verallgemeinerbar. Der Leser selbst soll entscheiden, ob ein angesprochenes Thema für ihn selbst von Relevanz ist oder nicht.

2.1 Materielle Ressourcen

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

- v **Geregelte und akzeptierte Verteilung und Verwendung von Vermögen**
 - Die Familienangehörigen sind sich einig, wie das vorhandene Vermögen verwendet wird
 - Der/die SachwalterIn ist sich mit der betreuten Person über die Verwendung des Vermögens einig
 - Die Angehörigen eines/r HeimbewohnerIn und die Heimleitung sind sich einig über den finanziellen Aufwand für das Heim

- v **Zugang zu vorhandenen materiellen Unterstützungsleistungen**
 - Ausreichend hohe PflegegeldEinstufung, um die Betreuungsleistungen abzudecken
 - Vorhandene Zuschüsse, wie Heizkostenzuschuss, usw. sind bekannt und zugänglich
 - Bewilligung notwendiger Heilbehelfe

- v **Ausreichende eigene Erwerbseinkünfte für betreuende Angehörige**
 - Genügend betreuungsfreie Zeit für bezahlte Arbeit außerhalb des Betreuungsverhältnisses
 - Möglichkeit der Anstellung und Bezahlung von betreuenden Angehörigen

- v **Vorhandensein von ausreichend ausgestatteten Wohnmöglichkeiten**
 - Daheim-Gefühl in der aktuellen Wohnumgebung
 - Zugänglichkeit und Benützbarkeit von Bad, WC, usw.
 - Barrierefreiheit von Ein- bzw. Ausgängen zum problemlosen Verlassen des Wohnbereichs

Langfristige Lebensqualitätsbetrachtung

- v **Gesichertes, ausreichendes Grundeinkommen**
 - Grundbedürfnisse wie Nahrungsmittel, Wohnung, Heizung können mit Basiseinkommen abgedeckt werden
 - Lebensnotwendige Anschaffungen, wie Kühlschrank, Waschmaschine können mit Basiseinkommen angeschafft werden
 - Mehr Wahlmöglichkeiten bei der Betreuungsart bzw. bei der Lebensgestaltung

- v **Ausreichende sozialrechtliche Absicherung**
 - Verordnete Behandlungen werden finanziert
 - Eigene Pension bietet ausreichendes Grundeinkommen

v **Ausreichend adäquate Einrichtungen**

- SeniorInnenwohnungen bzw. Heime in der Nähe der früheren Wohnumgebung bzw. in der Nähe von betreuenden Angehörigen
- Generelle barrierefreie Zugänglichkeit von Immobilien
- Einrichtungen zur Förderung von Kontakten, Krisenintervention, ...

Die zu dem Thema genannten Konfliktfelder sind vielfältig. Die finanzielle Komponente wurde oft mit der höchsten Priorität versehen. Ein zentraler Aspekt waren die Probleme der MindestpensionistInnen durch die **gestiegenen Lebenshaltungskosten**. Immer wieder genannt wurde, dass **Ersatzinvestitionen** für kaputte aber lebensnotwendige Haushaltsgeräte finanziell nicht leistbar waren. Die ExpertInnen berichteten von Anfragen, in denen Bewilligungen für Rehabilitation bzw. Hilfsmittel, wie Hörgeräte, schwer durchsetzbar waren. Das Pflegegeld konnte somit nicht für die dafür vorgesehenen Zwecke verwendet werden. Daraus resultiert, dass Personen ohne gesichertes Grundeinkommen immer wieder als **Bittsteller** auftreten müssen.

Die **Pflegegeldeinstufung** ist generell gekoppelt an körperliche Beeinträchtigungen. Aufwendungen für Motivationsleistungen, speziell bei Menschen mit psychischer oder geistiger Beeinträchtigung werden nur sehr eingeschränkt durch das Pflegegeld abgedeckt. Motivationsleistungen sind für diese Personengruppen notwendig für ein normales Leben. Oft ist es überhaupt schwierig, die kranke Person dazu zu bewegen, den Pflegegeldantrag zu stellen. Tragen betreuende Angehörige selbst zum Lebenserhalt der betreuten Person bei, sind sie dadurch doppelt belastet.

Geld bietet **Wahlmöglichkeiten** in der Betreuung. So sind finanziell schlechter gestellte Personen eher an leistbare, geförderte Kontingenzplätze gebunden. Die intensive, langfristige Betreuung zu Hause ist an vorhandene Eigenressourcen gekoppelt. Geld ermöglicht Kontaktpflege gegen die Vereinsamung. Kaffeehausbesuche oder gemeinsame Reisen mit FreundInnen sind abhängig von der finanziellen Situation der Beteiligten. Es wurde auch von Fällen berichtet, in denen sich Ehepartner die Scheidung überlegten, damit sie € 500 pro Monat mehr bekommen.

Beim Thema Finanzen ging es auch um die **Verteilung von verfügbarem Vermögen**. Innerhalb der Familie muss geklärt werden, wer welche Betreuungsleistungen für welche Gegenleistungen übernimmt. Die Einbindung anderer Berufsgruppen, wie SachwalterInnen, Pflegepersonal, usw. wurde üblicherweise mit einer erhöhten Komplexität der Spannungsfelder verbunden.

Alte Menschen verbringen viel mehr Zeit in den eigenen vier Wänden. Daher ist die **Wohnumgebung** für sie sehr wichtig. Sie sollten sich dort, wo sie sind, zuhause fühlen. Aber auch die funktionelle Ausstattung, wie barrierefreie Zugänge, benützbare Badezimmer und Toiletten sind eine Voraussetzung für gute Lebensqualität. Ein Experte berichtete, dass 5 % der Wohnungen der Hochbetagten in Wien nicht geheizt sind. Auch BewohnerInnen von Kleingartensiedlungen verfügen oft nicht über die notwendige Infrastruktur wie schneefreie Zufahrtsstraßen, geeignete Heizmöglichkeiten, usw.

2.2 Immaterielle Ressourcen

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Ausreichendes Wissen über generelle Rahmenbedingungen**

- Wissen über Entstehungsursachen und Konsequenzen von Krankheiten
- Wissen über Methoden zur Erleichterung bzw. Verbesserung der Betreuung
- Wissen über mögliche Formen der Betreuung

v **Ausreichendes Wissen über rechtliche Fragen**

- Wissen über Patientenverfügung, Angehörigenvertretung und Vorsorgevollmacht
- Wissen über Sachwalterschaft
- Wissen über sozialrechtliche Absicherung

v **Ausreichendes Wissen von Anlaufstellen**

- Wissen, wohin man sich bei Fragen zu speziellen Krankheiten wenden kann
- Wissen, wohin man sich bei rechtlichen bzw. finanziellen Fragen wenden kann
- Wissen, wohin man sich bei persönlichen Problemen wenden kann

v **ausreichende Teilhabe am Leben**

- Das tun können, was man tun will
- Ausgleich von Defiziten statt Ersatzhandlungen
- Begleiten beim Einkaufen statt Essen bringen

v **Vorliegen von klaren und akzeptierten Vereinbarungen über Betreuungsleistungen**

- Individuelle Beiträge der einzelnen Beteiligten in der Betreuung sind aufeinander abgestimmt
- Klar definierte Grenzen der (professionellen) Betreuung
- Geregelte Arbeitsaufteilung unter den (professionellen) Betreuungspersonen
- Klare Anweisungen durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht bzw. Angehörigenvertretung

Langfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Vernetzte, bedarfsorientierte Beratungs- und Betreuungsstellen**

- Aktiver Zugang zu Menschen mit Betreuungsbedarf
- Anpassung des Leistungsangebots an veränderliche Bedürfnisse
- One-Stop-Shops – alles zum Thema ist an einer klar definierten Anlaufstelle verfügbar

v **Ausreichend sicher sein**

- Sich am Abend noch hinaustrauen
- Am öffentlichen Leben teilnehmen können, wie zB Bahn fahren können, usw.
- Keine Angst vor Gewalt

v **Ausreichend verfügbare Zeit**

- Verbesserungen werden noch erlebt
- Genügend Zeit der Betreuungspersonen für die betreute Person
- Genügend Auszeit von der Betreuung

Ein zentraler Aspekt in diesem Themenkreis ist die **zeitliche Überforderung** der Betreuenden. Dies resultiert aus der Tatsache, dass die betreuten Personen oft wesentlich mehr Zeit zur Verfügung haben als die betreuenden Personen. Das betrifft gleichermaßen professionelles Pflegepersonal und betreuende Angehörige. Das Spannungsfeld wird verstärkt, wenn es mit dem Gefühl gekoppelt ist, nie fertig zu werden und immer wieder von vorne anfangen zu müssen.

Besonders Angehörige haben oft das erste Mal mit einer bestimmten Erkrankung zu tun. Daher trifft sie diese Situation unvorbereitet. Sie können noch auf **keine Handlungsroutinen** zurückgreifen. Daraus kann eine ständige Alarmbereitschaft entstehen. Eine kurzfristige Spitalsentlassung einer pflegebedürftigen Person kann Angehörige unter Druck setzen, wenn sie nicht wissen, wie sie welche Hilfe organisieren können. Manchen Angehörigen fällt es auch sehr schwer, Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen.

Ein weiteres Spannungsfeld, das angesprochen wird, ist die **Zersplitterung der Organisationen**, die Unterstützung im Rahmen der Betreuung anbieten. Nicht immer kennt eine Förderstelle die anderen Anlaufstellen, die auch wichtig sein könnten. Man braucht daher mehr Zeit, sich umfassend zu informieren. Zeit, die nicht immer verfügbar ist.

Manchmal gibt es die **Verpflichtung für Angehörige**, die Betreuung zu übernehmen. Das kann dadurch begründet sein, dass es tatsächliche keine passenden Alternativen gibt. Diese Verpflichtung kann auch entstehen, wenn die betreute Person keine andere Betreuung akzeptiert oder dass Familienmitglieder Druck ausüben, die Betreuung zu übernehmen. Bei anhaltender Unwissenheit und mangelnder Unterstützung kommt es häufiger zu Konflikten.

Aber auch wenn **Unklarheit** besteht, was konkret die **vereinbarte Betreuungsleistung** umfasst, kann das zu Komplikationen führen. Ein genanntes Beispiel war das Anhalten des professionellen Pflegepersonals zur ‚Maßregelung‘ von HeimbewohnerInnen durch deren Angehörige. Umgekehrt wurde auch der Fall eingebracht, bei dem HeimbewohnerInnen das Personal auffordern, Angehörige aufzuklären, was sie zu tun oder zu lassen haben. Gibt es diese unausgesprochenen Erwartungen, kann es zu Komplikationen führen. Weiters wurde vermutet, dass das Wissen über mögliche rechtlich bindende Vorsorgemaßnahmen, wie Patientenverfügung noch nicht ausreichend vorhanden ist.

Ein Punkt, der im Rahmen von Spannungsfeldern bei immateriellen Ressourcen immer wieder genannt wurde, ist die Einschränkung der **Autonomie**. Die Einschränkung kann durch unterschiedliche Rahmenbedingungen hervorgerufen werden: Angehörige, die besser wissen, was einer Person gut tut, Sachwalter, die über den Kopf einer betreuten Person Entscheidungen treffen oder kaum verhandelbare Rahmenbedingungen hinsichtlich der Lebensumgebung. Einige ExpertInnen wiesen auf die Gratwanderung zwischen Autonomie und Vernachlässigung hin. Als Beispiel stand die Frage ‚Wie sauber muss jemand sein?‘

Das Thema Autonomie ist verwandt mit der **Vereinbarkeit von Freiheit und Sicherheit**. Es gibt Situationen, in denen die Sicherheit erhöht wird, wenn die Freiheit eingeschränkt wird. Ein Angurten oder Einsperren kann die eigene bzw.

fremde Sicherheit erhöhen, hat aber massive Einschränkungen der Freiheit zur Folge. Im Gegenzug wurde von Fällen berichtet, in denen die Freiheit einer Person – beispielsweise einer aggressiven demenzerkrankten Person - die Sicherheit mehrerer anderer gefährdet.

Mehrere ExpertInnen berichteten von Situationen, in denen die Teilhabe durch das **Ersetzen von Handlungen** eingeschränkt wurde. Eine Person bekommt beispielsweise fertiges Essen serviert, obwohl sie lieber beim Kochen helfen würde. Eine Einschränkung der Teilhabe sah man auch bei technischen Neuerungen. Es gibt SeniorInnen, die mit EDV, Handy oder Fahrscheinautomaten nicht entsprechend umgehen können.

2.3 Physische Gesundheit

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Ausreichender Zugang zu vorhandener medizinischer Versorgung**

- Bewilligungen für Behandlungen
- Sofortige Schmerztherapien bei massiven Schmerzen
- Kardiologen als ambulante Kassenärzte

v **Adäquate, bedarfsgerechte Pflege- und Betreuungsleistungen**

- Gesunde und schmackhafte ‚Essen auf Rädern‘ Versorgung
- Leistbare persönliche Betreuung
- Adäquate Inkontinenzversorgung

v **Ausreichender Zugang zu vorhandenen Hilfsmitteln**

- Hebehilfen für betreuende Personen zur Verringerung der physischen Belastungen
- Bewilligungen für Brillen
- Wissen über finanzierende Stellen

Langfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung**

- Entwicklung weiterer Leistungen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit
- Kenntnis unterschiedlicher gesundheitsförderlicher Alternativen
- Zusammenarbeit unterschiedlichster Berufsgruppen zur Förderung der Versorgung

v **Erhaltung und Erweiterung der Leistungsfähigkeit**

- Erhaltung und Erweiterung der Mobilität
- Betrachtung der Leistungsfähigkeit abhängig von vorhandenen Fähigkeiten
- Umfassende Unterstützung von pflegenden Angehörigen

v **Ausreichende Auseinandersetzung mit dem Thema Endlichkeit des Lebens**

- Natürlichen Tod und körperlichen Verfall als Teil des Lebens akzeptieren können
- Adäquate, umfangreiche Sterbe- und Trauerbegleitung

Pflege und Betreuung können **physische Belastungen** beim/bei der Pflegenden verursachen, wenn die betreute Person gehoben, gezogen oder gestützt werden muss. Dies betrifft professionelles Personal wie ‚unbetreute‘, pflegende Angehörige, die selbst in gesundheitlicher Gefahr sind.

Die **Konfrontation mit dem Tod und dem Sterben** ist ein unmittelbarer Bestandteil einer Betreuungssituation. Dazu gehört der körperliche und geistige Verfall aber auch die Endlichkeit des menschlichen Lebens. Damit verbundene Probleme können Ekelgefühle durch körperliche Gebrechen sein. Es wurde aber auch von Angehörigen berichtet, die Schwierigkeiten haben, wenn sie mit dem Tod konfrontiert werden. Dann kann es sein, dass das Ableben als etwas Übles, Unnatürliches erlebt

wird. In Folge werden Fehler oder **Schuldige** gesucht, auch wenn alles korrekt gelaufen ist.

In diesem Zusammenhang genannt wird auch der **erschwerte Zugang** von SeniorInnen **zu medizinischen Leistungen oder Heilbehelfen**. Es wurde von Beispielen erzählt, wo Bewilligungen aufgrund des Alters abgelehnt wurden. Manchmal ist der (schnellere und bessere) Zugang zu einer medizinischen Leistung auch mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden. So wird es HerzpatientInnen beispielsweise empfohlen, zum/r KardiologenIn zu gehen. Diese sind aber – entsprechend der Aussage eines Experten - außerhalb von Krankenhäusern meist nur ohne Kassenverträge verfügbar. Mehrere ExpertInnen nannten die mangelnde Zeit bei Arztgesprächen. Dadurch kann es zu einem fehlenden Vertrauensverhältnis und einer daraus resultierenden suboptimalen Versorgung kommen.

Die physische Gesundheit hängt auch sehr stark mit der Pflegesituation zusammen. Bei **nicht adäquaten Pflegemaßnahmen** kann es zum Wundliegen bzw. zu anderen Beeinträchtigungen der Gesundheit führen. Dies kann durch mangelndes Wissen über die Pflegemöglichkeiten, durch Widerwillen, etwas zu tun aber auch durch zeitliche Überforderung entstehen. Eine Situation, die immer wieder als sehr schwierig beschrieben wurde, ist die Pflege des Vaters durch die Tochter im Schambereich.

Auch das Thema **körperliche Gewalt** hat viele Aspekte. Die Palette reicht von der unfreiwilligen Essensverabreichung bis hin zum Einsperren, Schlagen oder Verstecken. Ein Experte bezeichnete Gewalt als eine Handlung gegen den Willen eines Betroffenen. Das wahre Ausmaß an Gewalt ist schwer einschätzbar. Die offiziellen Statistiken des Bundeskriminalamts zeigen Opferzahlen im Promillebereich. Internationalen Schätzungen zufolge liegen Gewalthandlungen bei älteren Personen bei ungefähr 10 %. Dazwischen liegt ein sehr großer Graubereich, der sicher auch davon abhängt, wie Gewalt definiert wird.

2.4 Psychische Gesundheit

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

- v **Ausreichender Zugang zu vorhandener psychosozialer Versorgung**
 - Zugang zu Therapien zur Förderung und Erhaltung psychischer Gesundheit
 - Opferhilfe nach Gewaltverbrechen
 - Angebot und Annahme von Hilfeleistungen

- v **Vorhandensein von klaren und akzeptierten Regeln des Zusammenlebens**
 - 'Nein' sagen und akzeptieren können
 - Regeln für den Umgang mit kritischen Konfliktfeldern definieren

Langfristige Lebensqualitätsbetrachtung

- v **Vorhandensein von Lebenssinn**
 - Gebraucht werden
 - Freude am Leben haben
 - Sinnvolle Beschäftigung haben

- v **Wertschätzender Umgang in der Gesellschaft**
 - Ernst genommen werden
 - Ehrlicher Umgang miteinander
 - Im Mittelpunkt sein dürfen

Zu diesem Aspekt zählt die ganze Bandbreite der von vielen ExpertInnen genannten **Überforderung**. Darunter kann die psychische Gesundheit leiden, vor allem, wenn die Betreuung nicht freiwillig übernommen wird. Ein häufig genannter Punkt dazu war die mangelnde Fähigkeit, ‚Nein‘ sagen zu können. Dadurch können notwendige Grenzen nicht gesetzt werden. Das betrifft sowohl betreuende als auch betreute Personen.

Genannte Problemsituationen bei professionellem Pflegepersonal waren **Überstunden**, schlechtes **Arbeitsklima** oder Burn-Out nach mehrjähriger Tätigkeit. Eine Hauptursache für diese Schwierigkeiten sahen die ExpertInnen in der Personalsituation.

Auch **psychische Gewalt** kann eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit verursachen. Hier wurde eine große Bandbreite an Beispielen von den ExpertInnen eingebracht. Die Beispiele umfassten Erniedrigungen, in denen einer Person klargemacht wurde, dass sie nichts mehr wert ist. Ein weiteres Beispiel war Unehrllichkeit, wenn beispielsweise einer/m HeimbewohnerIn nicht gesagt wurde, wo er/sie sich befindet. Aber auch ein nahe tretendes ‚Du‘ oder ein vereinnahmendes ‚Wir‘ in der Ansprache wurde als möglicher Hinweis auf psychische Gewalt gesehen. Oft hängt psychische Gewalt auch mit der Einschränkung der Selbstbestimmung zusammen. Ein genanntes Beispiel war ein Sohn, der seine Mutter solange im Hof sitzen ließ, bis sie jemand abholte. Oder die umgekehrte Situation, wo die Mutter immer schreiend auf die Straße lief, wenn die Tochter ihr einen Wunsch verweigerte.

2.5 Soziale Kontakte und Beziehungen

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Intaktes Familienleben**

- Gute Gesprächskultur zwischen noch lebenden Familienangehörigen
- Aufteilung der familiären Betreuung statt Konzentration auf eine Hauptbetreuungsperson
- Möglichkeit von regelmäßigen Treffen engster Familienangehöriger

v **Ausreichende Möglichkeit neue Kontakte zu finden**

- Ausreichende Gelegenheit zur Begegnung mit Gleichgesinnten
- Ausreichend Personen, die qualifizierte Kontakte vermitteln können
- Ausreichender finanzieller Rahmen

v **Abgestimmte Betreuungsleistungen zwischen professionellen BetreuerInnen und Familienangehörigen**

- Übereinstimmung hinsichtlich vorgenommener Maßnahmen
- Gegenseitige Akzeptanz von Grenzen der Betreuungsleistung
- Anerkennung des Leids der Familienangehörigen durch professionelle BetreuerInnen

v **Ausreichende Qualität vorhandener Kontakte**

- Miteinander lachen können
- Sich aufeinander verlassen können
- Schöne Situationen gemeinsam erleben

Ein zentrales Spannungsfeld im sozialen Bereich ist die drohende **Vereinsamung**. Je älter man wird, umso weniger lebende Freunde oder Angehörige gibt es. Verstirbt ein nahe stehender Angehöriger, kann das für die betroffenen Personen ein schwerer Verlust sein, der nicht durch andere Kontakte zu ersetzen ist. Speziell bei Pflegebedürftigkeit gibt es auch die Tendenz von sonst nahe stehenden Personen, sich zurückzuziehen. Hat sich jemand in der Einsamkeit verloren, gibt es auch kaum Wege heraus. Eine Expertin berichtete von einer einsamen Frau, die sich in einer virtuellen Welt, dem Second Life, ein zweites Leben aufbaute. Diese Frau war trotz aller Möglichkeiten der virtuellen Welt auch dort einsam. Sie hatte sich quasi ihre Einsamkeit selbst geschaffen.

Auch die **Einschränkung der Mobilität** kann dazu beitragen, dass Einsamkeit auftritt. Diese Einschränkung kann sich durch physische und psychische Barrieren äußern. Physische Barrieren können Hindernisse sein, die ein Verlassen der Wohnung erschweren. Als psychische Barrieren wurden **Angstgefühle** genannt. Hier ging es um Unsicherheiten, was alles passieren kann, wenn das gewohnte Umfeld verlassen wird. Angstgefühle können durch Vertrauenspersonen reduziert werden. Daher sind konstante Beziehungen sehr wichtig.

Ebenfalls ist bei bestehenden Familienstrukturen eine Neuorientierung unumgänglich, wenn Personen Fähigkeiten und Gesundheit verlieren. Das Gefühl in dieser Situation wurde beschrieben mit dem **Verlust der Beziehung** zu dem/r PartnerIn bzw. zum Elternteil. Sie werden Fremde und nichts ist, wie es einmal war.

Viele ExpertInnen berichteten von der Tatsache, dass es **oft nur eine Hauptbetreuungsperson** gibt. Andere Familienmitglieder ziehen sich zurück, sobald die Betreuung geregelt ist. Diese einseitige Belastung wurde als sehr groß eingeschätzt. Noch größer wurde die Belastung gesehen, wenn die Hauptbetreuungsperson entweder nicht die Person erster Wahl für die Betreuung ist oder selbst das Gefühl hat, nicht genug Anerkennung zu bekommen.

Bestehende soziale Kontakte werden massiv belastet, wenn in einer Situation akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung **keine rasche adäquate Unterstützung** von außen geholt werden kann. Einige ExpertInnen erzählten auch von anderen Folgebeeinträchtigungen durch die Betreuung. Ehefrauen, die viel Zeit für die Betreuung eines Elternteils aufwenden, laufen Gefahr, selbst in die Isolation getrieben zu werden. Ein genanntes Beispiel ist der Ehemann, der seine Frau verlässt, die ihn aufgrund der Betreuung ihrer Mutter vernachlässigt.

Verständnisprobleme können zur Ausgrenzung führen. Diese Schwierigkeiten können durch die Einführung Verwendung neuer Worte und Begriffe verursacht werden, die verwirrend sein können. Die ExpertInnen erwähnten aber auch die Beeinträchtigung sozialer Kontakte durch die Scham vor der eigenen Hilflosigkeit. Die betroffenen Person betont, dass alles noch in Ordnung ist, obwohl die betreuenden Personen dringenden zusätzlichen Unterstützungsbedarf sehen.

Ein besonderes Thema im Zusammenhang mit sozialen Kontaktmöglichkeiten ist die **Sexualität**. Im Alter wird dieses Grundbedürfnis gern ausgeklammert. Beeinträchtigte Menschen haben es durch Vorurteile schwerer, geeignete Partner zu finden. Ein Experte äusserte die gängige aber falsche Meinung, dass ein blinder Partner immer aufs Klo geführt werden muss. In der professionellen Pflegebeziehung kann es auch durch übliches Rollenverhalten zu Schwierigkeiten kommen. Als Beispiel wurden alte Männer genannt, die es gewohnt sind, die Initiative zu ergreifen, wenn sie sexuell aktiv werden wollen. Aber auch die verdeckte Sexualität wurde angesprochen. So kann beispielsweise Waschwang sexuelles Verlangen als Hintergrund haben.

2.6 Gesellschaftliches Umfeld

Kurz-/Mittelfristige Lebensqualitätsbetrachtung

v **Geregelte Betreuungsübergänge**

- Mit den pflegenden Angehörigen abgestimmte Entlassung aus dem Krankenhaus
- Heimeintritt mit Zustimmung von betroffenen Personen

v **Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Betreuung**

- Geregelte Arbeitszeiten für professionelle Betreuungspersonen
- Ausreichende Unterstützungsleistungen für betreuende Angehörige

Langfristige Lebensqualitätsbetrachtung:

v **Ausreichend hoher Stellenwert von SeniorInnen**

- Entkoppelung des gesellschaftlichen Stellenwerts von der Normleistungsfähigkeit
- Auch im Alter noch etwas wert sein
- Respektvoller Umgang mit SeniorInnen

v **Ausreichend hoher Stellenwert von Pflege und Betreuung**

- Ausreichende Forschung zum Thema Pflege und Betreuung zur Optimierung der Angebote
- Ausreichend gute Bezahlung für professionelle Betreuungspersonen
- Objektive Medienberichterstattung

v **Vorhandensein von ausreichend adäquaten Betreuungseinrichtungen**

- Professionelle Bedarfsplanung zur Abstimmung von Angebot und Nachfrage
- Anlauf- und Beschwerdestellen auch für professionelle Einrichtungen
- Niederschwellige Einrichtungen ohne ‚Therapieangebote‘

Mehrere ExpertInnen berichteten von den negativen Folgen einer **kurzfristigen Entlassung** von stark pflegebedürftigen Personen aus dem Krankenhaus. Die daraus resultierende Notwendigkeit, kurzfristig die Betreuung zu organisieren, stellt alle Betroffenen vor große Belastungen.

Vor allem bei Personen mit psychischen Einschränkungen wurden seitens der ExpertInnen Grenzen des Betreuungsangebots wahrgenommen. Genannte Gründe dafür waren **mangelnde Akzeptanz** der eigenen Bedürftigkeit. Ein interessanter Einwand kam auch von einem Experten, der die mangelnde Bereitschaft erwähnte, sich zu Personen zu gesellen, die noch kränker sind als man selbst.

Ein Spannungsfeld, das zum Thema Stellenwert von SeniorInnen genannt wurde, ist **mangelnder Respekt**. Der alte Mensch wird als Konsument aber nicht mehr als Leistungsträger wahrgenommen. Der Eindruck, dass SeniorInnen häufiger als andere beschimpft, beleidigt und abwertend behandelt werden, kam von mehreren ExpertInnen.

Das **Image des Berufes Altenpflegeperson** wurde als gering eingestuft. Als Indikator dafür wurde der Stundensatz für Pflege genannt, der geringer ist als eine Automechaniker-Stunde. Nach Ansicht einer Expertin erweckt das den Eindruck, dass uns das Auto mehr wert ist als unser eigener Körper. Aber auch die mangelnde Einbindung von Pflegepersonal in pflegerelevante Entscheidungen wurde als Kritikpunkt geäußert. Ein dritter Faktor, der als demotivierend eingestuft wurde, ist die mögliche Zwangsverpflichtung für arbeitslose Menschen, den Beruf zu erlernen.

Als weiteren Beweis des niedrigen Stellenwerts der Pflege und Betreuung sahen manche ExpertInnen die **Pflegeforschung**. Diese wird in Österreich im internationalen Vergleich sehr eingeschränkt durchgeführt. Angewandte Forschung ist eine wesentliche Voraussetzung für die zukünftige Pflegequalität. Daher wurde eine intensivere Forschung als wesentliche Grundlage für den Pflegeberuf betrachtet.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass es große Übereinstimmungen der Spannungsfelder gibt, die von SeniorInnen selbst und deren Betreuungspersonen wahrgenommen werden.

Primär handelt es sich um Themen wie

- v Auseinandersetzung mit dem Tod
- v Überforderung durch die Betreuungssituation
- v Finanzielle Engpässe
- v Vereinsamung
- v Gesellschaftlicher Stellenwert der SeniorInnen und deren Umfeld

Interessant ist auch das Ergebnis, dass die Familie der betreuten Person häufig an Spannungsfeldern beteiligt ist. Diese Rückmeldung kam auch von ExpertInnen aus dem Alten- und Pflegeheimbereich.

Eine wesentliche Erkenntnis aus der Erhebung ist die wahrgenommene Notwendigkeit, sich den Spannungsfeldern aktiv zu stellen. Die entstandene Vision kommt einem Paradigmenwechsel gleich: Ein Ansprechen von eigenen Grenzen wird auch im professionellen Umfeld nicht mehr als Schwäche, sondern als Stärke gesehen. Betroffene Personen fühlen sich dadurch nicht mehr allein mit ihrem Problem. Es können Diskussionen entstehen, wie Schwierigkeiten konstruktiv gelöst werden können.

Die nachfolgende Darstellung von Verfahren im Zuge der Konfliktprävention und -bewältigung soll eine Hilfestellung geben. Es werden Anwendungsmöglichkeiten und Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg aufgezeigt.

3 Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung

In diesem Kapitel werden Methoden vorgestellt, die sich in unterschiedlichen Situationen bewährt haben. Auch hier wurde eine Auswahl getroffen, die beliebig erweiterbar ist.

3.1 Mediation

Was bedeutet Konfliktlösung durch Mediation?

Unter dem Beistand eines neutralen und unparteiischen Vermittlers (Mediator/Mediatorin) ermöglicht Mediation Menschen in Konfliktsituationen, ihre gegensätzlichen Standpunkte auszutauschen. Die Beteiligten kommen überein, ihre strittigen Punkte offenzulegen und strukturiert zu bearbeiten.

Das Ziel ist, in gemeinsamen Gesprächen Alternativen und Lösungen zu erarbeiten und schließlich zu einem einvernehmlichen, eigenverantwortlichen Ergebnis zu kommen. Die Mediatorin/der Mediator achtet darauf, dass die Gespräche in wertschätzender und vertraulicher Atmosphäre stattfinden und alle Beteiligten sich gehört fühlen.

In Betreuungseinrichtungen stellen MediatorInnen erfahrene StreitschlichterInnen dar, die von Menschen in Betreuungssituationen wahrgenommen werden als „nicht ins Betreuungssystem eingebunden“ - sie werden eher als „neutrale Stelle“ akzeptiert. Wünsche und Bedürfnisse werden offen angesprochen um Verständnis für die Situation zu schaffen und bedarfsorientierte Lösungen hervorzubringen, die innerhalb des Betreuungssystems realisiert werden können.

Wo kann man Konfliktlösung durch Mediation einsetzen?

Mediation ist immer dann sinnvoll, wenn

- Ø Spannungsfelder die gute Atmosphäre stören und Sie die Ursache finden möchten
- Ø Sie akute oder wiederkehrende Streitsituationen nachhaltig beilegen möchten
- Ø Sie einen wertschätzenden Umgang in hitzigen Konfliktsituationen suchen
- Ø Interesse an langfristigen und tragfähigen Lösungen besteht
- Ø Sie eine gute Beziehung wieder herstellen möchten.

Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg:

- Ø Sorgfältige Auswahl der MediatorInnen (mit Zielgruppe vertraut, extern)
- Ø Bereitschaft, gemeinsam kreative Lösungen zu finden und Konflikte offen auszutragen
- Ø Einbeziehung der für die Lösungsfindung notwendigen Personen
- Ø Umsetzung der Vereinbarungen

Mit wem kann Mediation durchgeführt werden?

Mit allen Personen, deren Anliegen den Betreuungsalltag beeinträchtigen und die zu Konflikten führen, welche die „Atmosphäre“ und konstruktives Miteinander stören:

- Betreute Personen/SeniorInnen
- Ehepartner/Angehörige
- Sachwalter
- Betreuungspersonal/Verwaltungspersonal/Ärzte
- konfliktäre Teamsituationen innerhalb der Organisation

Selbstverständlich können auch Anliegen, die außerhalb der üblichen Betreuungseinrichtungs-Aktivitäten liegen - jedoch das Wohlbefinden der KlientInnen beeinträchtigen - durch Mediation gelöst werden!

Welchen Nutzen bringt Konfliktlösung durch Mediation?

Für die Organisation:

- Ø Abbau von Spannungen durch aktive Konfliktbearbeitung
- Ø Reduzierung der konfliktinduzierten Mehrbetreuung
- Ø Gesteigerte Produktivität
- Ø Höhere KlientInnenzufriedenheit

Für das Betreuungspersonal:

- Ø Gesteigertes Verständnis der betreuten SeniorInnen für gewisse Notwendigkeiten und Anerkennung/Respekt
- Ø Gute Arbeitsatmosphäre durch stressfreiere Kontakte und vertrauensvollere Beziehungen zu den betreuten SeniorInnen, innerhalb der Gruppe der SeniorInnen und mit deren Angehörigen

Für betreute Personen bzw. deren Angehörige:

- Ø Wertschätzende, respektvolle Atmosphäre
- Ø ‚Ernst‘ genommen, gehört und respektiert zu werden
- Ø Rasche Konfliktlösung – schwelende Dauerkonflikte belasten mehrfach
- Ø Verbesserungen durch Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen
- Ø Verstehen und akzeptieren ev. unveränderbarer Rahmenbedingungen

Weiterführende Informationen unter:

www.mediation-ohne-barrieren.at

3.2 Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (SGM)

Was bedeutet SGM?

SGM steht für Sicherheits- und Gesundheitsmanagement. Es wurde von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) entwickelt, um Organisationen zu unterstützen, die den Schutz der Sicherheit und der Gesundheit ihrer Beschäftigten nicht nur als reine Erfüllung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG) sehen sondern einen ganzheitlichen Zugang wählen wollen, um als „sicherer und gesunder Betrieb“ und attraktiver Arbeitgeber zu gelten.

Der Focus des SGM der AUVA liegt vor allem auf der Gewährleistung einer sicheren und gesunden Arbeits-Organisation für die ArbeitnehmerInnen, wobei auf jeden Fall beim Aufbau der Systeme auch das Zusammenspiel der Beschäftigten mit externen Personen (z.B. KundInnen, PatientInnen, Behörden) bedacht wird.

Wo kann man SGM einsetzen?

Das SGM der AUVA wurde für Organisationen jeder Größe und Branche entwickelt. Die Anforderungen des SGM können vom Kleinstbetrieb ebenso gut erfüllt werden wie von größeren Betrieben, die eventuell schon Erfahrungen mit anderen Managementsystemen haben.

Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg

- Ø Wille der Geschäftsführung, SGM einzuführen sowie die Bereitschaft allfällige notwendige Änderungen zu unterstützen
- Ø Einbeziehung möglichst aller Beschäftigten (inkl. Führungskräfte) und der Belegschaftsvertretung
- Ø Glaubhafte Vermittlung, dass Sicherheit und Gesundheit einen Wert der Organisation darstellen
- Ø Weiterentwicklung des SGM im Betrieb, auch nach der ersten (freiwilligen!!!) Zertifizierung mittels kontinuierlicher Verbesserung

Welchen Nutzen bringt SGM?

Für die Organisation:

- Ø Überprüfung der Organisation vor allem hinsichtlich der sicherheits- und gesundheitsrelevanten Abläufe im Betrieb
- Ø Aufdecken möglicher Konfliktpotentiale, die durch die Organisationsstruktur bedingt sein können
- Ø Höhere MitarbeiterInnenzufriedenheit

Für die Beschäftigten:

- Ø Gefühl, einen sicheren und gesunden Arbeitsplatz zu haben
- Ø Transparenz der Organisation und ihrer Abläufe
- Ø Mitwirkungsmöglichkeit
- Ø Zufriedenheit

Für betreute SeniorInnen:

- Ø Zufriedene und gesunde Betreuungspersonen
- Ø Verbesserte Abläufe
- Ø Wissen darum, dass sich die Leitung auch um ihre Beschäftigten kümmert

Weiterführende Informationen unter

www.auva.at/sgm

3.3 Validation nach Naomi Feil

Ein Weg zum besseren Verständnis alter, desorientierter Menschen

Was ist Validation ?

Bei Validation geht es um eine Methode der Kommunikation mit hochbetagten Menschen, die mangelhaft orientiert oder desorientiert sind.

Der Begriff „Validation“ bedeutet auf Deutsch „Gültigkeitserklärung“. Gültig (=valide) sind für die ValidationsanwenderInnen die Gefühls- und Erlebniswelt des desorientierten Menschen. Bei der Anwendung von Validation wird eine vertrauensvolle, die Bedürfnisse des desorientierten Menschen ernst nehmende Beziehung aufgebaut, die den fortschreitenden Rückzug in die Isolation und den „sozialen Tod“ verhindern will und so die persönliche Lebensqualität fördert.

Validation beruht auf der zentralen, theoretischen Annahme, dass Desorientierung durch die Kombination von körperlichen, seelischen, und sozialen Verlusten und die Unfähigkeit mit diesen Verlusten umgehen zu können, ausgelöst wird.

Validation setzt eine grundsätzlich den Menschen sehr respektvoll und wertschätzende Grundhaltung voraus.

Entwickelt und begründet wurde Validation von Naomi Feil, einer amerikanischen Sozialarbeiterin und Gerontologin. Basierend auf den Annahmen der humanpsychologischen und verhaltenspsychologischen Sicht entwickelte sie von 1963 – 1980 diese Kommunikationsmethode. In Österreich wurde Validation in den frühen 80-er Jahren des 20. Jh. bekannt und seit damals fortschreitend in die Pflegekonzepte für desorientierte Menschen implementiert.

Welchen Menschen hilft Validation ?

Validation wurde für die 80+ Altersgruppe entwickelt. Es sind Menschen, die an der spät einsetzenden DAT (Demenz vom Typ Alzheimer) leiden.

Validation hilft jenen Menschen, die ein „normales“ Leben geführt haben, keine psychiatrische Erkrankung haben, aber ernste Lebenskrisen und die damit verbundenen Gefühle wie Trauer, Angst, Scham, Wut etc. ihr Leben lang geleugnet haben: z.B. Tode des Kindes, Verlust der Arbeit, Scheidung, Krankheit. Diese geleugneten Gefühle müssen die alten Menschen „aufarbeiten“.

Es sind Menschen, die sich bestimmten Lebensaufgaben (E. Erikson) nicht oder in zu geringem Ausmaß gestellt haben: z.B. Akzeptanz der Selbständigwerdung der Kinder, neue Rollen im Leben suchen und finden.

Es sind Menschen, die in ihrer Suche nach Anerkennung ihres Selbst, sich vor der schmerzhaften Gegenwart in ihre Vergangenheit zurückziehen und sich dort sowohl positive Anreize herholen wie auch nicht Bewältigtes immer und immer wieder durchleben, um zu innerem Frieden zu finden.

Wie hilft Validation ?

Menschen, die regelmäßig validiert werden, können die folgenden Veränderungen in ihrem Verhalten zeigen:

- Ø Aufrechtere Sitzhaltung
- Ø Geöffnete Augen
- Ø Verstärkte, soziale Kontaktfähigkeit und bessere verbale Mitteilungsfähigkeit
- Ø Schreien, sowie ständiges Auf- und Abgehen, Schlagen (sich wiederholende Bewegungen) nehmen ab

- Ø Aggression sinkt
- Ø Gang verbessert sich
- Ø Größeres Selbstwertgefühl
- Ø Steigende Wahrnehmung der Realität
- Ø Weniger chemische und physikalische Zwangsmaßnahmen sind erforderlich
- Ø Unbewältigte Lebensaufgaben werden gelöst

Wie wird Validation angewandt ?

AnwenderInnen von Validation setzen sowohl sprachliche wie auch nichtsprachliche Validationstechniken im Umgang mit desorientierten Menschen ein. Die Auswahl der Techniken richtet sich nach der Desorientierungsphase, in der sich der alte Mensch befindet. In der Phase 1 werden hauptsächlich verbale Techniken angewandt. In der Phase 2, Zeitverwirrtheit, werden sowohl verbale wie nonverbale Techniken verwendet. In der 3. Phase der sich wiederholenden Bewegungen werden ganz einfache Worte gesagt und hauptsächlich nonverbale Techniken eingesetzt und in Phase 4, dem Vegetieren, werden meist nonverbale Techniken angewandt. Um die Techniken gut anwenden zu können, ist es von großer Wichtigkeit, das Verhalten der betreuten Person der entsprechenden Phase richtig zuordnen zu können. Das setzt genaues Beobachten und regelmäßigen Kontakt voraus. Im Umgang mit desorientierten Menschen, die herausforderndes Verhalten zeigen, kann Validation nachhaltig in Teamarbeit angewandt werden.

Im Prinzip können die Techniken von unterschiedlichen Berufsgruppen, vom Koch/Reinigungspersonal bis Pflegepersonen, und pflegenden Angehörigen eingesetzt werden. Qualifizierte Schulung ist sehr empfehlenswert.

Welche Vorteile bringt der regelmäßige Einsatz von Validation?

Desorientierte Menschen, die in ihrem „SOSEIN“ anerkannt, und regelmäßig validiert werden, zeigen weniger oft herausforderndes Verhalten. Es entsteht eine entspanntere, angenehmere Atmosphäre, in der sowohl die betreuten Menschen wie auch die Pflegepersonen von höherer Lebensqualität profitieren.

Weiterführende Informationen unter

Literaturhinweis: Validation, N. Feil/ Vicki de Klerk, 2000, Reinhardt Verlag
 Mit dementen Menschen richtig umgehen, Vicki de Klerk,
 2006, Reinhardt Verlag

3.4 Dementia Care Mapping (DCM)

DCM ist ein Verfahren für die Weiterentwicklung personenzentrierter Begleitung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege

Was bedeutet Dementia Care Mapping ?

Der Begriff geht auf den Sozialpsychologen Tom Kitwood zurück, der diese Methode und das Instrument zur Evaluierung und Weiterentwicklung der Begleitung von Menschen mit Demenz im Rahmen der „Bradford Dementia Group“ an der Universität Bradford maßgeblich entwickelt hat.

Dementia Care Mapping ist eine Methode, den Pflegeprozess im Detail zu beobachten. Hauptziele sind, erfolgreiche Strategien der Kommunikation zu identifizieren und Verbesserungen zu bewirken. Es geht vor allem darum, eine sozialpsychologische Umgebung zu entwickeln, die sorgsam auf die individuellen Bedürfnisse eingeht und dazu beiträgt, vorhandene Kompetenzen zu pflegen und zu fördern.

Der personenzentrierte Ansatz geht davon aus, dass kognitive Fähigkeiten wie Erinnerung, Verstehen, Orientierung, Urteil, Planung etc. nur ein Teil der Gesamtheit unseres menschlichen Funktionierens darstellen. In unserer Gesellschaft werden sie nur höher bewertet als andere Anteile des Personseins wie Gefühle, kreativer Selbstausdruck, Humor, körperliche Entspannung und die Bindung an andere Personen. Das relative Wohlbefinden bei Demenz verlangt, die ganze Bandbreite des Personseins in den Blick zu nehmen.

Pflegen und Betreuen im Umfeld der Demenz stellt eine außerordentlich anspruchsvolle Arbeit dar. Neben dem Personsein der Menschen mit Demenz geht es daher auch um das Personsein der Pflege- und Betreuungspersonen. Nur das kann gewährleisten, dass ihre Arbeit das Personsein der PatientInnen und KlientInnen fördert und unterstützt. Wenn MitarbeiterInnen angemessen unterstützt und befähigt werden, an ihrer Arbeitsstätte aufzublühen, dann wird die allgemeine Sozialpsychologie der Pflegeumgebung eine sehr viel höhere Qualität aufweisen.

Wo kann man Dementia Care Mapping einsetzen?

Dementia Care Mapping unterstützt stationäre Einrichtungen dabei, für das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen zu sorgen und darauf zu achten, dass auch diejenigen, die Menschen mit Demenz begleiten, in ihrem Personsein gewürdigt werden. Die Beobachtungen werden in Aufenthaltsräumen stationärer Einrichtungen der Betreuung und Pflege demenziell beeinträchtigter Menschen durchgeführt, nicht beobachtet wird in Schlafräumen oder in Badezimmern.

Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg:

- Ø Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen DCM EvaluatorsInnen und den Teams, die Menschen mit Demenz begleiten
- Ø Das Einverständnis der beobachteten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen der betreffenden Einrichtungen
- Ø Ein sorgfältiger Prozess des Feedbacks der Ergebnisse, der sozialpsychologisch positive Kompetenzen bestärkt und problematische Interventionen sichtbar macht und verändert
- Ø Institutionelle Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, die gewonnenen Erkenntnisse in individuelle Pläne der Betreuung und Pflege umzusetzen

Welchen Nutzen bringt Dementia Care Mapping?

Für die Organisation:

- Ø Ein sehr genaues Wissen darüber, wie welche Interventionen der MitarbeiterInnen bei den KlientInnen ankommen
- Ø Unterstützung beim Aufbau einer personenzentrierten Kultur der Betreuung und Pflege
- Ø Abbau von Konflikten durch herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz
- Ø Höhere Zufriedenheit von KlientInnen und deren Angehörigen

Für die BewohnerInnen stationärer Einrichtungen:

- Ø Reduktion von unbeachtetem Stress, nachhaltigem Ärger, Langeweile und Apathie.
- Ø Verbesserung des relativen Wohlbefindens bei einer demenziellen Beeinträchtigung, und zwar in den Dimensionen Trost, Identität, sinnvolle Beschäftigung, soziale Beziehung und Zugehörigkeit

Weiterführende Informationen unter

<http://www.bradford.ac.uk/acad/health/bdg/index.php>

oder bei

elisabeth.wappelshammer@zentas.at

3.5 Mentoring bzw. Patenschaften

Was bedeuten Mentoring und Patenschaften?

Der Begriff geht auf den Lehrer des Telemach, den Sohn des Odysseus, zurück: Odysseus beauftragt seinen Freund Mentor mit der Erziehung seines Sohnes, bevor er nach Troja zieht. Gemeint ist ein erfahrener Ratgeber und Helfer.

In Unternehmen wird unter MentorIn eine organisationserfahrene Person verstanden, die typischerweise eine Hierarchiestufe über seinem Schützling steht. Unter einem/r PatIn versteht man unterstützende BegleiterInnen, die sich auf derselben Ebene wie der/die Begleitete befinden, also erfahrene KollegInnen.

Umgelegt auf Betreuungseinrichtungen sind MentorInnen erfahrene BetreuerInnen, die sich um ihre „Schützlinge“ besonders kümmern.

PatInnen sind in die Betreuungseinrichtung gut integrierte und für diese Aufgabe geeignete SeniorInnen.

Wo kann man Mentoring / Patenschaften einsetzen?

Mentoring und Patenschaften erleichtern und verkürzen die Integration von Neuzugängen in Betreuungseinrichtungen. Der Einsatz ist aber nicht nur auf Neuzugänge beschränkt, sondern könnte bei Bedarf auch in anderen Situationen (etwa bei Auftreten schwieriger persönlicher Situationen) zur Anwendung kommen. MentorIn und / oder PatIn werden dem/der Neuen als besondere AnsprechpartnerInnen vorgestellt und kümmern sich besonders um sie/ihn. Der/die PatIn führt sie/ihn in die Gemeinschaft ein und erleichtert damit auch die soziale Integration. Mentoring und Patenschaft geben den Neuen Orientierung in der unbekannteren Umgebung und damit mehr Sicherheit. In der Integrationsphase auftretende Spannungsfelder werden frühzeitig erkannt und können bearbeitet werden.

Voraussetzungen für nachhaltigen Erfolg:

- Ø Sorgfältige Auswahl der MentorInnen und PatInnen
- Ø Festlegung geeigneter Rahmenbedingungen
- Ø Schulung von MentorInnen und PatInnen
- Ø Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten der MentorInnen und PatInnen durch strukturierten Erfahrungsaustausch

Welchen Nutzen bringen Mentoring / Patenschaften?

Für die Organisation:

- Ø Abbau von Spannungen durch Konfliktprävention in der Phase der Neuorientierung
- Ø Reduzierung der notwendigen Betreuungszeit durch eigene Mitarbeiter
- Ø Höhere KlientInnenzufriedenheit

Für den/die MentorIn/PatIn:

- Ø Verbesserten Zugang zu qualifizierten Kontakten und Beziehungen
- Ø Die Möglichkeit, Erfahrungen und Kenntnisse des bisherigen (Berufs)lebens einzubringen
- Ø Im Mittelpunkt sein dürfen
- Ø Eine sinnvolle, interessante Aufgabe zu haben

Für den ‚Schützling‘:

- Ø Verbesserten Zugang zu qualifizierten Kontakten und Beziehungen
- Ø ‚Ernst‘ genommen, gehört und respektiert zu werden
- Ø Den Eindruck, in der Organisation erwünscht und aufgenommen zu sein
- Ø Einfachere und schnellere Integration in das neue soziale Umfeld
- Ø Verbesserungen im Umfeld können eher noch erlebt werden
- Ø Einfaches kennen lernen der Rahmenbedingungen

Weiterführende Informationen unter:

ExMS Exenberger Management Support
Mag. Berndt Exenberger, Erzherzogin Isabellestraße 40B, 2500 Baden
office@exms.at / Mobil: 0664 50 32 302 / www.exms.at

3.6 Kollegiale Beratung

Was ist kollegiale Beratung?

Der kollegialen Beratung liegt die Idee zugrunde, dass Menschen mit ähnlichen Aufgaben bei beruflichen Problemen einander qualifiziert beraten können. Sie findet in Gruppen statt und folgt einem bestimmten, festgelegten Ablauf. TeilnehmerInnen, die eine für sie wichtige Fragestellung einbringen, werden von den übrigen Gruppenmitgliedern mit verteilten Rollen beraten, mit dem Ziel, gemeinsam konkrete Lösungen zu entwickeln.

Wo kann man kollegiale Beratung einsetzen?

Im Mittelpunkt der kollegialen Beratung stehen konkrete berufliche Fragestellungen, die die TeilnehmerInnen als Praxisfälle einbringen: Konflikte, Rollen-, Kommunikations- und Beziehungsfragen, Entscheidungsprobleme, ...

Voraussetzung sind TeilnehmerInnen mit einem ähnlichen beruflichen Tätigkeitsfeld (aber nicht unbedingt KollegInnen), wechselseitige Hilfsbereitschaft und vorherige Einweisung in die Ablaufstruktur.

Ausgeschlossen sind Konflikte und Beziehungsfragen zwischen den TeilnehmerInnen. Dazu ist jedenfalls Unterstützung von außen erforderlich.

Welchen Nutzen bringt kollegiale Beratung?

Für die Organisation:

- Ø Qualifizierung von MitarbeiterInnen
- Ø Kostengünstige Personalentwicklung
- Ø Vernetzung von TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Bereichen
- Ø Dadurch Abbau von Spannungen und Verbesserung der Gesprächsbasis zwischen unterschiedlichen Bereichen, Teams,...
- Ø Ausbau und Entwicklung einer Unterstützungskultur

Für die TeilnehmerInnen

- Ø Lösungen für konkrete berufliche Fragestellungen
- Ø Fachlicher Austausch
- Ø Möglichkeit, eigene Handlungsmuster (etwa in Konfliktsituationen, bei Stress,..) in geschützter Atmosphäre gefahrlos zu reflektieren
- Ø Entlastung und Rückhalt durch die Gruppe
- Ø Entwicklung sozialer Schlüsselkompetenzen (Kommunikations- und Konfliktfähigkeit,...)
- Ø Aufbau von Beratungskompetenzen

Weiterführende Informationen unter:

Mag. Julius Metzler, MSc, Schulgasse 34/2/8-9, 1180 Wien
Mobil: 0699/817 250 10 / mail@juliusmetzler.at / www.juliusmetzler.at

3.7 Ethische „Fall“-besprechungen

Was bedeuten Ethische „Fall“-besprechungen?

Ausgehend von ethisch herausfordernden Situationen oder Konflikten ermöglichen ethische „Fall“-besprechungen die Reflexion im interdisziplinären Team. Im Vorfeld einer ethischen „Fall“-besprechung ist abzuklären, wer zur Teilnahme eingeladen wird. Da es immer um einzigartige Lebenssituationen mit alten, verletzlichen Frauen und Männern geht, wird hier bewusst der „Fall“ als Abstraktion mit Anführungszeichen versehen. Ein/e Moderator/in sorgt vor Beginn der Besprechung für ein vertrauensvolles offenes Klima, sodass Gefühle, Werthaltungen und unterschiedliche Perspektiven einer Geschichte erzählt werden können. Ein/e „Fall“-bringer/in erzählt in einem ersten Schritt ihre Sichtweise einer kritischen Situation. Um die Geschichte und die darin enthaltenen schwierigen Aspekte gut zu verstehen, fragen in einem zweiten Schritt die anderen Beteiligten nach Fakten und Rahmenbedingungen, die sie für wichtig erachten. In einem dritten Schritt werden dann die Perspektiven aller anwesenden Personen versammelt. Dabei steht die Frage „Was macht mich an der Situation betroffen?“ im Zentrum. Gefühle als Quelle der Erkenntnis zeigen an, wo schmerzhaft Widersprüche wie z.B. zwischen Autonomie und Fürsorge liegen. Die Analyse der Situation erfolgt im weiteren anhand der Frage welche typischen Muster in der Geschichte beobachtet werden. Auf dieser Basis können dann Handlungsalternativen und erleichternde nächste Schritte besprochen und vereinbart werden.

Wo kann man Ethische „Fall“-besprechungen einsetzen?

Ethische Spannungsfelder und Konflikte können mit Hilfe von ethischen „Fall“-besprechungen gemeinsam reflektiert und besser verstanden werden. Ethisch herausfordernde Situationen können in jeder Lebensphase der alten Frauen und Männer im Alten- und Pflegeheim auftreten. Fragen können beispielsweise sein:

- Ø Bei demenziell veränderten mobilen Menschen: „Gehen wir immer mit, wenn Frau Geber das Haus verlässt und holen sie zurück, oder lassen wir sie gehen? – Dürfen wir sie in ihrer Freiheit einschränken? Dürfen wir sie sich selbst gefährden lassen?“
- Ø Am Lebensende: „Sollen wir Frau Lasser nochmals ins Krankenhaus bringen, oder ist es besser für sie hier zu bleiben?“

Voraussetzungen für gutes Gelingen:

- Ø Moderator/in sorgfältig auswählen: intern oder extern
- Ø Geeignete Rahmenbedingungen schaffen: Zeit , Raum
- Ø Moderatoren/innen entsprechend schulen
- Ø Freiwillige Teilnahme

Welchen Nutzen haben Ethische „Fall“ -besprechungen?

Für die Betroffenen:

- Ø Fragen, wie Betroffene in ethisch herausfordernden Situationen wahr und ernst genommen werden führen dazu, dass mit Bedürfnissen und Wünschen achtsamer umgegangen wird
- Ø Ethische Entscheidungen werden vor einem vertieften Verständnis der Situation und einer weiteren Situationsanalyse, idealerweise unter Beteiligung der Betroffenen prozessiert
- Ø Abbau von Spannungen durch Konfliktprävention für ähnliche Situationen

Für die Angehörigen:

- Ø Vertrauen in Organisation und MitarbeiterInnen der Altenbetreuungs-einrichtung steigt
- Ø Anliegen werden ernst genommen und Konflikte können besser ausgehandelt werden
- Ø Transparenz und Klarheit in Bezug auf den Umgang mit ethisch herausfordernden Situationen wachsen

Für die MitarbeiterInnen:

- Ø Reden über ethisch schwierige Situationen bringt Erleichterung und tut gut
- Ø Besseres Verständnis und neue Handlungsoptionen in ethisch schwierigen Situationen
- Ø Vertiefte interdisziplinäre Kommunikation
- Ø Ethisches Bewusstsein erhöht sich

Für die Organisation:

- Ø Bei struktureller Verankerung und regelmäßigem Einsatz erhöht sich das ethische Bewusstsein der Organisation
- Ø Ethische „Fall“ –besprechungen bieten einen geschützten Raum, in dessen Rahmen Verantwortungsebenen für bestimmte Fragestellungen geklärt werden können
- Ø Führungskräfte können gesellschaftsrelevante ethische Themen, die den Rahmen der Organisation übersteigen noch besser in politische Diskussionen einbringen

Weiterführende Informationen unter:

Reitinger, Elisabeth; Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina (Hrsg) (2007):
Geschichten, die uns betroffen machen. Lernen aus ethischen Herausforderungen in
der Altenbetreuung. kursbuch palliative care 12/2007

Heller, Andreas (2008): Orientierungen für eine Ethik in der Altenhilfe. In: Praxis
Palliative Care, 1, S. 4-7

Homepage der IFF – Palliative Care und OrganisationsEthik, Alpen-Adria-Universität
Wien: www.uni-klu.ac.at/iff/pallorg