

Bezugspflegekonzept

Bezugspflege ist kein Garant für gute Pflegequalität, sie bildet jedoch eine optimale Basis für „gute Pflege“

Altenpflegeheim St. Marienhaus, Waldshuterstr. 8
79713 Bad Säckingen

Einführung von Bezugspflege

Einleitung

Weiterentwicklung, Innovation und Modernisierung sind im heutigen Berufsalltag nicht mehr wegzudenken. Alle Bereiche im Pflegeberuf müssen ständig hinterfragt und ggf. verändert bzw. weiterentwickelt werden. Im Folgenden zeigen wir auf, wie Bezugspflege in unserer Einrichtung Altenpflegeheim St. Marienhaus, in die Praxis umgesetzt wurde.

Im Rahmen unseres Qualitätsmanagement haben Pflegedienstleitung und Pflegefachkräfte gemeinsam das Konzept Bezugspflege, erarbeitet.

Ein Pflegesystem in einer Pflegeeinrichtung ist grundsätzlich notwendig zur Organisation und Arbeitseinteilung, alle Pflegetätigkeiten betreffend.

Die Organisation von Pflege beeinflusst zum einen die wirtschaftliche Effizienz der Pflegeabläufe und die fachliche Ausführung der Pflegetätigkeiten. Zum zweiten gewinnt aber das Wohlbefinden der Bewohner oder Patienten immer mehr an Bedeutung. Bewohner fordern dies immer mehr ein und wir haben uns dieses Qualitätsmerkmal in unserer Einrichtung zur Aufgabe gemacht und es ist fester Bestandteil unseres Leitbildes.

Jede Organisation von Arbeitsabläufen weist allen Beteiligten eine bestimmte Rolle zu. Je bedeutender die Rolle eines Bewohners in einem Pflegesystem ist, desto eher kann auf seine individuellen Bedürfnisse eingegangen werden.

Lässt die Pflegeorganisation eine ganzheitliche Betreuung sowie Einflussmöglichkeiten der Bewohner auf ihre Pflege zu, kann von einer hohen Qualität der Pflege ausgegangen werden. Durch die Auswahl eines geeigneten Pflegesystems lässt sich deshalb Qualität lenken.

Das am häufigsten praktizierte Pflegesystem in den Einrichtungen ist wohl die Funktionspflege oder eine Mischform von Funktions- und Bezugspflege.

Um die Vorteile der Bezugspflege zu verdeutlichen werden die beiden Systeme Bezugs- und Funktionspflege in dieser Ausarbeitung beschrieben. Um ein abgerundetes Bild zu haben, wird zu Beginn unsere Einrichtung kurz vorgestellt.

Beschreibung der Einrichtung

Das St. Marienhaus befindet sich mitten im Herzen der Bad Säckinger Innenstadt. Das St. Marienhaus ist eine gemeinnützige Einrichtung. Träger dieser Einrichtung ist der Vincentius Verein der seit 112 Jahren Bestand hat.

Das Altenpflegeheim bietet 66 Heimbewohnern ein Zuhause. Davon sind 12, eingestreute Kurzzeitpflegebetten. Die Betten verteilen sich auf drei Wohnbereiche. Unsere Heimbewohner wohnen in Einzel- oder Doppelzimmern. Einige der Mitbewohner leben relativ selbständig im Altenheimbereich, sie nehmen hauswirtschaftlichen Service und Betreuungsangebote in Anspruch.

Durch die ansässige Rehaklinik im selben Haus haben die Bewohner des Altenpflegeheims die Möglichkeit alle Therapieangebote (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Massage, ...) in Anspruch zu nehmen. Die Pflege in unserer Einrichtung erhält dadurch einen sehr rehabilitativen Charakter was sich positiv auf die Pflegeerfolge auswirkt.

Darüber hinaus steht allen Heimbewohnern und Klinikpatienten ein Thermalbad zur Verfügung. Besonders von unseren Kurzzeitpflegegästen wird dieses sehr gerne genutzt.

Die zentrale Lage unseres Hauses ermöglicht unseren Heimbewohnern relativ gut am öffentlichen Leben teilzunehmen. Die Wege zum Einkaufen oder zur Bank sind sehr kurz und einfach zu erreichen. Durch die günstige Lage finden umgekehrt auch viele Leute von außen den Weg ins Marienhaus. Viele Besucher schauen einfach mal vorbei wenn sie gerade in der Stadt sind. Das St. Marienhaus ist ein sehr „offenes Haus“ was den älteren Menschen das Gefühl gibt auch am Leben „draußen“ teilzuhaben.

Da die Anzahl der dementen älteren Menschen immer mehr zunimmt, haben wir ein spezielles Dementenkonzept mit speziellen Angeboten, angepasst an die Bedürfnisse der Betroffenen. Demente Bewohner leben nicht räumlich von anderen Bewohnern getrennt, sie sind im Heimalltag integriert. Es findet eine spezielle intensive Dementenbetreuung durch mehrere Mitarbeiter statt. Besonders positiv hat sich die Alltagsbetreuung nach § 87 b bemerkbar gemacht. Sie ist aus der alltäglichen Betreuung nicht mehr wegzudenken (siehe Dementenkonzept). Geleitet wird das Angebot von unserer gerontopsychiatrischen Fachkraft Christine Hirsch.

Die meisten unserer Bewohner sind gebürtige Säckinger oder sie leben seit Jahrzehnten in Bad Säckingen. Der Altersdurchschnitt der Bewohner steigt kontinuierlich an.

Viele unserer Bewohner sind schon seit Jahrzehnten Mitglied im Vincentiusverein, sie hatten dadurch schon vor der Übersiedlung ins Heim einen Bezug zur Einrichtung.

Definition – Funktionspflege

Der Begriff Funktionspflege beschreibt ein standardisiertes Vorgehen, wie zum Beispiel das durchgehende Bettenmachen, das durchgehende Blutdruckmessen, Verabreichen von Mahlzeiten oder ähnliches. Das Funktionieren steht bei der Funktionspflege im Vordergrund. Funktionspflege verläuft tätigkeitsorientiert anstatt prozessorientiert. Die ordnungsgemäße Erfüllung pflegerischer Funktionen hat einen höheren Stellenwert als die Bedürfnisse der Bewohner.

Erich Grond beschreibt Funktionspflege folgendermaßen:

- Funktionspflege orientiert sich an Funktionen, Tätigkeiten, Arbeitsteilung
- begrenzt sich auf Einzel-Maßnahmen
- ist monoton
- Routine nach festen Regeln
- gleicht Fließbandarbeit
- Pflegepersonal arbeitet nach Anordnungen
- Pflegepersonal übernimmt nur Ausführungsverantwortung
- Schafft Beziehungsdistanz
- zwingt Bewohner zur Anpassung
- Führungsstil ist autoritär
- Mitarbeiter haben wenig Mitsprache
- Pflege wird unüberschaubar

Funktionspflege ist die häufigste und am wenigsten effiziente Pflegeorganisationsform in der stationären Altenpflege. In der Funktionspflege werden „Runden gedreht“ z.B. Bewohner aus dem Bett geholt, die Betten gemacht, Bewohner nacheinander zur Toilette geführt, Blutdruckrunden durchgeführt usw.

Diese Form von Pflege ist nicht ressourcenorientiert, lässt individualisierte Pflege nicht zu, betont Tätigkeiten, nicht Bedürfnisse der Bewohner, diese werden eher als störend empfunden.

Oft entsteht zwischen den Mitarbeitern ein regelrechter Wettbewerb. Ein gutes Ergebnis hat man dann erzielt, wenn möglichst viele Bewohner „gemacht“ wurden. In der funktionellen Pflege sind Pflegeplanung und –ausführung getrennt. Hektische Arbeitsspitzen kennzeichnen das Bild der Funktionspflege.

Da die Kontinuität in den Aufgaben, Informationen, Eigenverantwortung, Individualität und Innovationsmotivation (das haben wir immer so gemacht) fehlen, sinkt die Arbeitsmotivation, so dass Pflegefehler vorprogrammiert sind.

Da die autoritäre Führung und die Heimstruktur unverändert bleiben, sind Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter unzufrieden.

Funktionelle Pflege verstärkt die Beziehungslosigkeit.

(Erich Grond, *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege*, Brigitte Kunz Verlag, Seiten 28-30)

Definition – Bezugspflege

Wesentliches Merkmal der Bezugspflege: Eine Pflegeperson übernimmt über einen längeren Zeitraum konstant die Pflege mehrerer Bewohner und trägt damit die gesamte Verantwortung auch für die administrativen Aufgaben der Pflege, sowie über die ihr zugeteilten Pflegeschüler und Pflegehelfer.

Eine Pflegeperson ist für alle Handlungen an einer kleinen Gruppe von Bewohnern, die nach verschiedenen Kriterien wie Zimmer, Bereich, Pflegegrad usw. eingeteilt werden, zuständig. Somit hat jeder Heimbewohner seine Bezugspflegerin als konstante Bezugsperson. Dies vermittelt Vertrautheit und Kontinuität.

Myriam Barth beschreibt Bezugspflege folgendermaßen:

Die Bezugspflege bietet die Chance, Vertrauen in der Beziehung zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern zu entwickeln. Der Bewohner hat immer eine bestimmte Vertrauensperson und kann sich in allen Lebensfragen mitteilen.

Kommt es zu Problemsituationen mit Bewohnern, haben die zuständigen Mitarbeiter eine Erklärung und wissen in der Regel, welche Reaktion der/die Bewohner/in normalerweise zeigt und wie ihr/ihm geholfen werden kann.

Erich Grond beschreibt in seinem Buch „Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege“ den Begriff Beziehung folgendermaßen:

Beziehungen sind Bluts- und Seitenverwandtschaft, Verpflichtungsbeziehungen, Gemeinsamkeiten, Sympathie-Beziehungen und durch Rollen im Arbeitsvertrag festgelegte Beziehungen oder anders gegliedert persönliche intime freundschaftlich-zwischenmenschliche und professionelle Beziehungen. Jeder ist in verschiedensten Beziehungen und Beziehungsnetze eingebunden. Als ideale Beziehung beschreibt Grond die Resonanzbeziehung. Diese Beziehungsform will Spontaneität in ausgewogener Nähe und Distanz. Diese Beziehung ist in Partnerschaften und in der Beziehung zwischen Pflegenden und Kranken wünschenswert.

Resonanzbeziehung ist eine ständig wechselseitige, rhythmische Interaktion. Diese Beziehung ist annähernd oder für kurze Zeit erreichbar, wenn jeder auf seine innere Stimme und seine Gefühle achtet, die der andere in ihm auslöst, wenn jeder den anderen wertschätzt und sich auch in den anderen einzufühlen versucht und wenn beide keine entweder-oder-Lösungen sondern sowohl-als-auch-Lösungen in schwierigen Situationen anstreben und wenn beide sich fair, nicht feindselig auseinandersetzen.

(Erich Grond, *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege*, Brigitte Kunz Verlag 2000. Seiten 9 – 10)

Warum Bezugspflege? – Zielsetzung

Individualität des einzelnen Bewohners besser berücksichtigen:

persönlichere Beziehung zu den Bewohnern, individuelle Tagesgestaltung wie z.B. Aufstehzeiten, Essenszeiten, Biographiearbeit, individuelle Anamnese Pflegeplanung und deren Umsetzung.

Qualitätssteigerung der Pflege:, Schaffung einer Vertrauensbasis, mehr Zeit für die Bewohner, einheitliche Pflege, wahrnehmbarer Zusammenhang zwischen Leistungsbereitschaft und Pflegeerfolg, direkte Einfluß- und Steuerungsmöglichkeiten, individualisierte Arbeitsabläufe, Vorherseh- und Durchschaubarkeit des Pflegeprozesses (Orientierungsmöglichkeit), Abdeckung des gesamten pflegerischen Spektrums.

Mehr Zufriedenheit bei Bewohnern und Angehörigen, mehr Motivation und Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern.

Mehr Eigenverantwortung der einzelnen Mitarbeiter, jeder trägt Verantwortung, höheres Fachwissen der einzelnen Mitarbeiter, Abbau der autoritären und hierarchischen Strukturen.

Bessere Organisation: Strukturierter Arbeitsablauf, Klarheit über Ansprechpartner, allgemein bessere Übersicht bzw. mehr Transparenz nach Außen.

Verbesserte Kommunikation: Heimbewohner haben feste Bezugspersonen an die sie sich vertrauensvoll wenden können. bessere Absprachen im Team - besserer Informationsfluss, Angehörige wissen wer ihr Ansprechpartner ist ebenso die Ärzte.

Ausbildung optimieren: mehr Eigenverantwortung bei Schülern, bessere Begleitung der Auszubildenden, mehr Transparenz für die Auszubildenden.....

Dokumentation optimieren: die einzelne Fachkraft hat die Fähigkeit eigenverantwortlich Pflegeanamnesen, Pflegeplanungen usw. zu erstellen oder zu ergänzen.

Oberste Zielsetzung allgemein ist die Umsetzung einer ganzheitlichen, individuell auf den Bewohner abgestimmten Pflege.

Im Qualitätszirkels wurden jedoch nicht nur Vorteile aufgezeigt sondern auch mögliche Nachteile die wir im Folgenden „Stolpersteine“ genannt haben.

Erfassung des Istzustandes oder mögliche Defizite

- ⇒ Alltägliche Situationen für die sich häufig niemand zuständig fühlt. z. B. Termine für Fußpflege, Friseur..... vereinbaren,
- ⇒ Ist für die Bereitstellung von Pflegeartikel gesorgt?
- ⇒ ist der Bewohner in der richtigen Pflegestufe?
- ⇒ Ist der Bewohner mit der richtigen Kleidung versorgt, ist die Kleidung intakt?
- ⇒ Ist Ordnung im Bewohnerzimmer gewährleistet (Schrank, Nachttisch)?
- ⇒ Kommt der Bewohner regelmäßig an die frische Luft, nimmt er an der Aktivierung regelmäßig teil?
- ⇒ Benötigt er Physiotherapie? Wer ist Ansprechpartner für Therapeuten, Ärzte. Angehörige usw.?
- ⇒ Wer ist verantwortlich für Wünsche und Belange der Bewohner?
- ⇒ Sind alle notwendigen Hilfsmittel wie Rollstuhl, Wechseldruckmatratze, Rollator, Toilettenstuhl u.ä. vorhanden?
- ⇒ Ist der Bewohner mit den richtigen Pflegeutensilien ausgestattet, wie z. B. Verbandsmaterial, Mundpflegeset....
- ⇒ Ist die richtige Kostform bestellt?
- ⇒ Ist die Umsetzung des Pflegeprozesses adäquat der Pflegedokumentation (Anamnese, Pflegeplanung.....)
- ⇒ Finden alle notwendigen Arztbesuche statt? (Augenarzt, Zahnarzt, Herzschrittmacherkontrolle.....)
- ⇒ Wird standardgerecht gepflegt? (Behandlungspflege, Sterbebegleitung,)

Mögliche Nachteile

- ⇒ Mangelnde Akzeptanz bei den Mitarbeitern, Veränderungen werden häufig abgelehnt oder kritisch betrachtet. Gewohnte Routinearbeit gibt Sicherheit.
- ⇒ Angst vor eingeschränkter Flexibilität, Angst den Gesamtüberblick zu verlieren.
- ⇒ Angst vor Verantwortung, Angst zu versagen, Angst Fehler zu machen Angst eigene Entscheidungen treffen zu müssen.

- ⇒ Bisherige Pflegequalität wird in Frage gestellt, war die bisher geleistete Arbeit nicht gut genug?
- ⇒ Veränderung ist zunächst oft mit Mehrarbeit verbunden.
- ⇒ Veränderung kann „schief gehen“, man hat keine Garantie für gutes Gelingen.
- ⇒ Veränderung hat außenstehende Kritiker, nicht alle Kollegen gehen von Anfang an mit in dieselbe Richtung, sie müssen zuerst überzeugt werden.
- ⇒ Veränderung braucht viel Zeit
- ⇒ Veränderung verlangt Eigenreflexion
- ⇒ Bezugspflege wird schwierig wenn die zwischenmenschliche Ebene von Bewohner und Pflegekraft nicht harmoniert. Manche Mitarbeiter haben Schwierigkeiten im Umgang mit Distanz und Nähe.
- ⇒ Schwerpunktmäßiges fixiert sein auf bestimmte Bewohner lässt den Überblick auf das gesamte Geschehen kleiner werden.
(Auszug Qualitätszirkel vom 15.12.2003)

Grundsätze und Leitlinien der Pflege und Betreuung im St. Marienhaus - Pflegemodell nach Krohwinkel

Im Pflegekonzept unserer Einrichtung ist die Anwendung des Pflegemodells von Monika Krohwinkel verankert und wird praktiziert. Die Orientierung an die Individualität jedes einzelnen Bewohners und die Erfassung seiner persönlichen Bedürfnisse in der für ihn angelegten Pflegeplanung nach den AEDL von M. Krohwinkel, wenden wir bei der Gestaltung des Prozesses an. Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung des Pflegemodells nach Krohwinkel

Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL):

- ⇒ Kommunizieren können
- ⇒ Sich bewegen können
- ⇒ Vitale Funktion aufrechterhalten
- ⇒ Sich pflegen können
- ⇒ Essen und Trinken können
- ⇒ Ausscheiden können
- ⇒ Sich kleiden können
- ⇒ Ruhen und schlafen können
- ⇒ Sich beschäftigen können

- ⇒ Sich als Mann Frau fühlen können
- ⇒ Soziale Bereiche des Lebens sichern
- ⇒ Für Sicherheit sorgen
- ⇒ Mit existentiellen Erfahrungen umgehen können

M. Krohwinkel hat in ihrem Modell elf Lebensaktivitäten nach Roper übernommen und die AEDL **Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können** und **Sozialen Bereiche des Lebens sichern können**, hinzugefügt.

Letztere ist von besonderer Wichtigkeit, da Krohwinkel mit dieser explizit die nachklinische Situation, also die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt ins Blickfeld rückt.

Die AEDL, **mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können** ist untergliedert in:

- ⇒ Die Existenz gefährdende Erfahrungen, wie Schmerz, Angst, Trauer, Isolation, Hoffnungslosigkeit, Misstrauen, Trennung und Gewissheit zu sterben, Verlust von Unabhängigkeit.
- ⇒ Die Existenz fördernden Erfahrungen, wie Wohlbefinden, Hoffnung, Sicherheit, Integration, Vertrauen, Freude, Wiedergewinnung von Unabhängigkeit.
- ⇒ Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden, dazu gehören zum einen kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauung, Religion, Glaube und zum anderen lebensgeschichtliche Erfahrungen.

Jede AEDL, das heißt jedes Bedürfnis eines Menschen, hat eine physisch-funktionale, eine willentlich - emotionale, eine kulturelle und eine soziale Komponente, die immer alle - aber in unterschiedlichem Ausmaß - vorhanden sind.

Dem AEDL Modell vorangestellt sind vier Schlüsselkonzepte der Pflege:

Person, Umgebung, Gesundheit und Wohlbefinden und Pflegeprozess, die zusammen das Rahmenmodell ganzheitlich-fördernder Prozesspflege bilden.

Das Rahmenmodell gliedert sich in vier Teile:

- ⇒ das primäre pflegerische Interesse, meint die Bedürfnisbefriedigung eines pflegebedürftigen Menschen.
- ⇒ die primäre pflegerische Zielsetzung die vorhandene Fähigkeiten einer pflegebedürftigen Person unabhängig von Prognose und Gesundheitszustand zu fördern, aufrechtzuerhalten oder wiederzuerlangen helfen.
- ⇒ Die primäre pflegerische Hilfeleistung beinhaltet verschiedene Möglichkeiten methodischen Handelns:
 Handeln für jemanden,
 jemanden führen und handeln
 sowie jemanden unterstützen,
 anleiten, beraten, unterrichten und fördern.

(Thiemes Pflege, Kellnhauser & Koll., Thieme Verlag, Seite 11)

Weitere Grundlagen, die Basis unseres Pflegesystems sind, entsprechen dem Leitbild unserer Einrichtung.

Ein differenziertes Bild vom Alter und vom Älterwerden ist die Grundlage unserer professionellen Pflege und Betreuung, die sich an den Prinzipien der Ganzheitlichkeit orientiert.

Rehabilitation und Aktivierung hat im Alten- und Pflegeheim St. Marienhaus nicht nur Tradition, sondern bestimmt unser interdisziplinäres Zusammenarbeiten zwischen Pflege, Hauswirtschaft und allen im Hause zur Verfügung stehenden therapeutischen Teams wie Ergotherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Logopädie sowie Massagen und medizinische Bäder.

Die Pflege und Betreuung unserer Heimbewohner wird unter diesen Gedanken von Rehabilitation, Förderung und Aktivität ständig weiterentwickelt.

Alle Mitarbeiter unserer Einrichtung fühlen sich verpflichtet, körperliche, geistige, seelische, und soziale Aspekte und Bedürfnisse unserer Bewohner/innen im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung wahrzunehmen und diesen zu entsprechen.

Individualität, Einzigartigkeit, Würde und Persönlichkeit eines jeden einzelnen Heimbewohners besitzen höchste Priorität bei der Erfüllung unseres Dienstauftrages. Ein vertrauensvolles und partnerschaftliches Verhältnis zu Angehörigen und Betreuern sowie weiteren, unseren Bewohner/innen nahe stehenden Personen ist für uns selbstverständlich.

Unser Alten- und Pflegeheim ist von einem modernen, kooperativen Führungsstil geprägt. Die Mitarbeiterführung erfolgt kollegial. Motivation und Innovation stehen im Vordergrund. Kooperative Führung, Transparenz, Teilhabe und Delegation von Entscheidungen sind ebenso Normalität wie ein rücksichtsvoller, hilfsbereiter und kollegialer Umgang miteinander und bestimmen unser Leitbild prägend mit.

Umsetzung in die Praxis

Um eine Theorie in die Praxis umsetzen zu können bedarf es bestimmter Handlungsregeln:

- Beide Partner (Bewohner und Pflegekraft) akzeptieren und wertschätzen sich gegenseitig.
- Beide bemühen sich den anderen zu verstehen.
- Beide suchen ein Gleichgewicht zwischen Gefühl und Vernunft.

- Beide sprechen Gefühle echt, authentisch und mit „Ich“ an.
- Beide sind vertrauenswürdig, transparent und berechenbar.
- Beide überzeugen durch Argumente ohne Druck auszuüben.
- Beide machen Zugeständnisse, übernehmen nicht die Meinung des anderen.
- Beide kooperieren vorbehaltlos, konstruktiv statt miteinander zu rivalisieren.
- Die ideale Beziehung ist zunächst zwischen dem Pflegepersonal und dem Bewohner nicht möglich, aber die Pflegeperson kann diese Haltung einnehmen. D.h. die Beziehung zum alten Menschen zu normalisieren, mit ihm / Ihr partnerschaftlich umgehen oder symmetrisch kommunizieren. Die Pflegeperson sollte nie ihre fachliche Überlegenheit und Macht die sie aufgrund ihrer Rolle gegenüber dem Bewohner hat, ausspielen. Der Pflegeperson ist immer bewusst, dass sie nie Ehepartner oder Tochter / Sohn wird sondern immer nur Ersatzpartner bleibt. Sie darf sich nicht zu einem Mitspieler von einem Bewohner einfangen lassen, der / die eine symbiotische Beziehung mit der Pflegeperson möchte.
- Beziehung ist die Grundlage der personenzentrierten langfristigen Altenpflege. Der alte Mensch ist in der stationären Altenpflege nicht zuerst Patient sondern Person, seine Krankheiten und Defizite sind zweitrangig.

(Erich Grond, *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege*, 2. Auflage 2000 Brigitte Kunz Verlag)

Personalorganisation in der Bezugspersonenpflege und Fachliche Voraussetzungen der Bezugspflegerpersonen

Verantwortlichkeit:

Die Fachpflege-Bezugsperson muss bereit sein Verantwortung für die Bewohner und für die Pflegequalität im Heim zu tragen.

Die Fachpflege-Bezugsperson übernimmt und überträgt Verantwortung auf Pflegehilfskräfte damit diese engagiert mitentscheiden, Absprachen in der Pflegeplanung und der Dokumentation einhalten, Maßnahmen richtig durchführen und das Team von gegenseitigem Vertrauen getragen wird.

Jeder Mitarbeiter ist verantwortlich, das heisst: er/sie pflegt selbständig und eigenverantwortlich, ohne Verantwortung auf andere abzuschieben, begründet, warum sie/er das tut oder lässt und überprüft auch kritische Rückmeldungen. Wer bei Pflegefehlern schweigt, macht sich mitschuldig.

Bewusstseins- und Willensbildung:

Brauchen die Mitarbeiter vor der Einführung der Bezugspersonenpflege, d.h. sie sollten motiviert werden, die Einstellung zur Bezugspersonenpflege zu ändern und sich auf Lernprozesse einzulassen, um neue Fertigkeiten zu erwerben miteinander einen neuen Anfang mit der ganzheitlichen Bezugspflege-Organisation zu wagen und zu konkreten Maßnahmen zu verdichten.

Die Beziehungsfähigkeit:

d. h. Interesse und Zuwendung, das richtige Maß von Nähe und Distanz und eine konstruktive kritische Auseinandersetzung der Pflegekraft mit sich selbst und mit den Bewohnern sollte immer wieder reflektiert werden. Die Individualität der Bewohner, ihre Bedürfnisse und Ängste erfordern tragfähige emotionale Stabilität der Bezugspersonen.

Wertschätzung und Akzeptanz:

den Bewohner als mündigen Partner sehen und in den Pflegeverlauf einbeziehen.

Fach- und Sozialkompetenz:

Denken in Sozialen Rollen und Systemen, aktuelles Pflegewissen, Pflegefertigkeiten, Berufserfahrung und die Fähigkeit zu planen, zu organisieren und zu koordinieren sind Voraussetzungen, um Verantwortung für ganzheitliche Bezugspflege übernehmen, sie mit Überzeugung vertreten und Veränderungen gegen Widerstände durchhalten zu können.

Dazu brauchen die Mitarbeiter/innen menschliche und fachliche Unterstützung durch Pflegedienst und Heimleiter, zumal die Durchführung der Bezugspflege hohe Anforderungen an die Mitarbeiter/innen stellt.

Organisationsentwicklung – Beginn der Umsetzung

Die Zuteilung der Pflegenden zu den Bewohnern erfolgt innerhalb festgelegter Bereiche. Dies erspart Wege und gewährleistet das Erfassen eines Gesamtüberblicks. Ziel der Dienstplangestaltung soll daher sein, eine höchstmögliche Kontinuität innerhalb dieser festen Bereiche zu erzielen. Die Bezugspflegeperson ist im Stammbblatt des Bewohners benannt. In jeder Tagesschicht arbeitet pro Team eine Fachkraft, ein oder mehrere Pflegehelfer, ggf. ein Auszubildender, ein FSJ Mitarbeiter (Freiwilliges Soziales Jahr) evt. ein Praktikant.

Ergänzend zum Pflorgeteam arbeiten Mitarbeiter der sozialen Betreuung und der Alltagsbetreuung mit. (siehe Konzept Dementenbetreuung). Fester Bestandteil des Pflorgeteams ist auch ein Mitarbeiter der Hauswirtschaft. Um den stets steigenden Anforderungen an die Pflege gerecht zu werden, haben wir hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie das Betten machen, Versorgung der Bewohner mit Essen und Trinken, Bestellung der Poolwäsche, das Bestücken der Wäschewagen, Verteilen bzw. Einsammeln der Bewohnerwäsche und vieles mehr dem hauswirtschaftlichen Dienst zugeordnet.

Primär aber bilden die Fachkräfte die Bezugs-Pflegeperson, sie werden von den oben aufgeführten Mitarbeitern unterstützt.

Die Gesamtleitung eines Wohnbereichs obliegt einer Wohnbereichsleitung. Diese Organisationsform haben wir im Januar 2013 eingeführt. Die Wohnbereichsleitung ist für die Organisation und Einteilung der Bezugspflegekräfte verantwortlich. Sie kontrolliert gemeinsam mit der Pflegedienstleitung die Ergebnisqualität. Das Ergebnis der Überprüfung ist mit den an der Pflege und Versorgung Beteiligten und dem Bewohner, evt. unter Beteiligung eines Angehörigen, zu erörtern und zu dokumentieren.

- ⇒ Weitere organisatorische Voraussetzungen sind das Erstellen oder aktualisieren von Pflegestandards, Steuerung des Pflegeprozesses, regelmäßige Fortbildungen, regelmäßige Treffen im Qualitätszirkel oder gemeinsame Teamsitzungen um die Ergebnisse fortlaufend zu reflektieren und gegebenenfalls adäquat handeln zu können.
- ⇒ Die gesamte personelle Einteilung erfolgt über die Dienstplangestaltung.
- ⇒ Da die Organisationsstruktur im Pflorgeteam mehr partnerschaftlich ist bzw. mehr zu einem „Nebeneinander“ wird, baut sich Hierarchie ab und es entsteht für die Mitarbeiter ein größerer Handlungs- Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum.
- ⇒ Bezugspersonenpflege ist ein ganzheitliches Pflegesystem, das vollständig alle Pflegeaufgaben umfasst, aktiviert, motiviert und in dem die Bewohner gleichberechtigte Partner im Pflegeprozess sind.
- ⇒ Die pflegerischen Aufgaben sind im Gegensatz zur Funktionspflege vollständig d.h. wir haben eine Arbeitsorganisation welche die ganzheitliche Bewohnerorientierung ermöglicht.
- ⇒ Alle Pflegehilfskräfte werden in der Pflegeplanung konkret angeleitet. Sie haben bei der Umsetzung des Pflegeprozesses Anleitung und Unterstützung durch die Fachkräfte.

- ⇒ Durch einen demokratischen Führungsstil können Hierarchien weiter abgebaut werden, jeder hat die Möglichkeit sich innovativ einzubringen, der Weg für eine konstruktive Zusammenarbeit ist geebnet.
- ⇒ Nachts sind die Wohnbereiche auf zwei Mitarbeiter eingeteilt um auch zu dieser Zeit einen gewissen Bezug zwischen Heimbewohner und Mitarbeiter herzustellen.
- ⇒ Gemeinsam mit der Pflegedienstleitung und oder der Wohnbereichsleitung wird in regelmäßigen Abständen eine Pflegevisite durchgeführt. Die erste Pflegevisite sollte einige Wochen nach Einzug des Bewohners gemacht werden.
 Unter einer Pflegevisite versteht man den regelmäßigen Besuch von Pflegekräften bei den Bewohnern zwecks Informationsaustausch und gleichzeitiger Kontrolle des Pflegeprozesses. Die Pflegevisite dient als Instrument der Qualitätskontrolle und der Qualitätssicherung.
 Der Stand der Pflegequalität ist schriftlich festgehalten, die Arbeit der Bezugspflegepersonen wird transparent, und ist im positiven Sinn zu sehen, kontrollierbar und nachvollziehbar.

- ⇒ Zusammenfassend sind folgende Anforderungen an eine Fachpflege-Bezugsperson gestellt: „Sie steuert den Pflegeprozess eigenverantwortlich und selbständig, sie leitet Hilfskräfte an nach dem Pflegeplan zu arbeiten. Sie gewährleistet kontinuierliche, ganzheitliche, individuelle Pflege. Sie begleitet und kommuniziert mit Bewohnern partnerschaftlich und fördert ihre Fähigkeiten in therapeutischer Beziehung. Sie wertet Teamarbeit mit gemeinsamer Zielsetzung auf. Sie verbessern Qualitätssicherung mit Fach- und Sozialkompetenz“.

Um die Aufgaben der Fachpflege-Bezugsperson genauer definieren zu können ist es notwendig eine detaillierte Stellenbeschreibung zu erstellen.

„Eine Stellenbeschreibung gilt als schriftlich fixiertes, alle Einrichtungsbebenen umfassendes Organisations- und Führungsinstrument. Sie vermittelt eine Tätigkeitsübersicht, ermöglicht das Einordnen in das Instanzenbild und legt die personalen Anforderungen, Befugnisse und Zuständigkeiten verbindlich fest.“

Vorteile der Bezugspersonenpflege:

Für die Bewohner/innen:

- Bewohner haben feste Bezugspersonen, sie wissen an wen sie sich wenden können.

- Durch die Übernahme der ganzheitlichen Pflege erleben Bewohner mehr Kompetenz, es entsteht Vertrauen zwischen Pfleger und Pflegenden, Bewohner werden in die unmittelbare Pflege miteinbezogen, können ihre Meinung kundtun und mitentscheiden.
- Durch die Beziehung ist der Pflegende mit den Gewohnheiten des Bewohners gut vertraut, er weiß um seine Wünsche und Bedürfnisse und bezieht die Biographie des zu Pflegenden in seine Arbeit mit ein.
- Im Mittelpunkt der Bezugspflege steht die Beziehung zu den Bewohner/innen. Es ist möglich, die Ressourcen, Bedürfnisse und das soziale Umfeld der Bewohner/innen intensiv kennen zu lernen und die Pflegeplanung gezielt darauf auszurichten.
- Bezugspflege ermöglicht eine individuell an den Bewohner angepasste Pflege.
- es wird dafür Sorge getragen, dass die Pflege mit derselben Qualität weitergeführt wird, wenn die Bezugsperson in Abwesenheit vertreten wird.
- Durch häufige Kontakte zwischen Bewohner und Bezugspflege-Fachkraft kann eine intensive Krankenbeobachtung stattfinden, Defizite werden frühzeitig erkannt und eine adäquate Behandlung kann rechtzeitig eingeleitet werden.
- Bezugspflege ermöglicht mehr Individualität im Tagesablauf, festgelegte, starre Strukturen können aufgebrochen werden.
- Eine größere Zufriedenheit für die Bewohner wird mit Einführung der Bezugspflege gewonnen.

Vorteile für die Mitarbeiter (Bezugspflegepersonen)

- Mitarbeiter verfügen über alle Informationen, sie wissen um die Probleme und Gegebenheiten der Heimbewohner, die Pflegesituation optimiert sich dadurch.
- Bezugspflegepersonen können ihren Tagesablauf individueller gestalten, Arbeitsspitzen werden abgebaut, Stress wird vermieden.
- Bezugspflege auszuüben bedeutet Übernahme von Verantwortung. Dies wiederum motiviert Mitarbeiter. Sie haben eine klare Zielsetzung, können Entscheidungen treffen, arbeiten nach eigenen Vorstellungen und Methoden. Mitarbeiter werden dadurch selbstbewußter und zufriedener.
- Der Mitarbeiter erfährt Lob und Anerkennung von Seiten des Bewohners und deren Angehörigen aber auch von Seite des Arbeitgebers. Dies führt zu einer allgemeinen Zufriedenheit bei Mitarbeitern.

Vorteile für das Team:

- Bezugspflegerpersonen arbeiten partnerschaftlich miteinander. Hierarchien werden dadurch abgebaut,
- die Zusammenarbeit wird effektiver und gleichzeitig stressfreier.
- Zufriedenheit im Team fördert innovatives Arbeiten und setzt Ressourcen frei.

- **Vorteile für die Angehörigen:**

- Angehörige wissen an wen sie sich wenden können.
- Angehörige sind über die Situation des Heimbewohners besser informiert, wissen um seinen Zustand und können in den Pflegeprozess miteinbezogen werden.
- Biographiearbeit kann durch Mitwirken der Angehörigen garantiert werden.
- Beschwerden oder Anregungen können gezielt angegangen werden.
- Zufriedene Angehörige übertragen dieses Gefühl auch auf die im Heim lebenden Bewohner.

Vorteile für die Qualitätssicherung in der Einrichtung:

- ⇒ Bezugspflege ist greifbar da sie personalisiert statt zu anonymisieren.
- ⇒ Bezugspflege sichert Qualität durch Kontinuität und Ganzheitlichkeit der Pflege: Beziehung, Pflegedokumentation, Verantwortung, Motivation, Transparenz der Leistung, Kommunikation und Konfliktfähigkeit steigen.
- ⇒ Bezugspflege "macht" zufriedene Mitarbeiter, die Krankheitsrate und die Fluktuation in der Einrichtung werden deutlich geringer.
- ⇒ Bei der Bezugspflege findet direkte Kommunikation unter den Beteiligten statt, Umwege werden dadurch vermieden, Zeit wird eingespart.
- ⇒ Wir sehen Bezugspflege als Chance über die „normale“ Grund- und Behandlungspflege hinausschauen zu können, der direkte Kontakt zwischen Mitarbeitern, Heimbewohnern und Angehörigen sind Basis für den Aufbau einer guten Beziehung und als Ziel sehen wir die höchstmögliche Zufriedenheit aller Beteiligten.

Bezugspflege ist kein Garant für gute Pflegequalität, sie bildet jedoch eine optimale Basis für „gute“ Pflege.

Literaturverzeichnis

Erich Grond, Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege, Brigitte Kunz Verlag 2000.

Helmut Voss, Personalorganisation, Vincentz Verlag 1999.

Thiemes Pflege, Kellnhauser und Partner, Thieme Verlag 2000

Internetadresse: [www. google. de](http://www.google.de)

Internetadresse: [www. pflegenet. De](http://www.pflegenet.de)

Das Konzept wurde überarbeitet im Januar 2008.

Konzept überarbeitet im Mai 2009

Überarbeitet im Januar 2013

Inge Kaiser

Pflegedienstleitung