

Demenz Konzept

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	2
2	Organisation.....	2
3	Altersdemographische Entwicklung.....	2
4	Grundsätzliches zur Demenz.....	2
5	Warum eine Demenzabteilung.....	4
5.1	Ziel einer Demenzabteilung.....	5
6	Organisation: Das räumliche Milieu.....	5
6.1	Geschützte bzw. geschlossene Unterbringung.....	5
6.2	Räumlichkeiten der Demenzabteilung.....	5
6.2.1	Geschlossener Aussenbereich.....	5
6.2.2	Bewohnerzimmer.....	6
7	Pflege und Betreuung demenzbetroffener Menschen.....	6
7.1	Ziele in der Pflege und Betreuung.....	6
7.2	Anforderungen an das Pflegepersonal.....	7
7.3	Kommunikation.....	7
7.4	Professioneller Umgang mit Aggression.....	7
7.5	Umgang mit Pflegeverweigerung.....	7
8	Anwendung von Pflege – Konzepten und Theorien.....	8
8.1	Personenzentrierte Pflege.....	8
8.2	Normalitätsprinzip.....	8
8.3	Validation.....	8
8.4	Basale Stimulation.....	9
8.5	Kinästhetik.....	9
8.6	Palliative Care.....	10
8.7	Alltagsgestaltung und Aktivierung.....	10
9	Angehörigenarbeit.....	11
9.1	Biografiearbeit.....	11
9.2	Bezugspflege.....	11
10	Eintritt in die spezialisierte Wohngruppe.....	12
10.1	Bedingungen.....	12
10.2	Interne Verlegung auf die spezialisierte Wohngruppe.....	12
10.3	Interne Verlegung von der Wohngruppe auf die Pflegeabteilung.....	12
10.4	Tagesgast.....	12
11	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	13
12	Literaturverzeichnis:.....	13

1 Ausgangslage

Am 25. Oktober 2012 wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren (GDK) mit der Ausarbeitung einer Nationalen Demenzstrategie beauftragt.

Die «Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017» wurde von Bund und Kantone am 21. November 2013 verabschiedet. Die Leitidee postuliert, „dass alle Menschen mit einer Demenzerkrankung in allen Krankheitsphasen Zugang zu qualitativ hochstehenden, niederschweligen und kontinuierlichen Angeboten einer integrierten psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgung haben sollten“ (BAG, 2013).

Daraus wurden Grundlagen für die Demenzstrategie der Kantone OW / NW abgeleitet, welche als Grundlage des vorliegenden Demenzkonzepts für die „Residenz am Schärme“ dient.

2 Organisation

Die „Residenz am Schärme“ arbeitet nach klaren Leitsätzen. Diese bilden die ideologische Basis für die Arbeit der Geschäftsleitung und der Mitarbeitenden. Die tägliche Auseinandersetzung mit dem „Schärme-Leitbild“ sorgt dafür, dass die fachliche und menschliche Qualität erhalten bleibt und immer wieder an veränderte Entwicklungen und Bedürfnisse angepasst wird.

Unsere Serviceleistungen richten sich nach neusten fachlichen und gerontologischen Erkenntnissen. Grossen Wert legt das gut ausgebildete Personal auf eine professionelle und individuelle Pflege und Betreuung. Unsere persönliche Haltung ist von Wertschätzung und einfühelndem Verstehen geprägt. Wir wollen aktiv zur bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tode der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen.

Ständige Fort- und Weiterbildungen unterstützen unsere Betriebsqualität.

3 Altersdemographische Entwicklung

Die Bewohnerinnen und Bewohner ziehen immer später ins Heim ein. Das hohe Eintrittsalter ist der Grund für eine oftmals umfassende körperliche Pflegebedürftigkeit, zudem kommen Neurokognitive Störungen dazu. Diese wird durch degenerative Hirnveränderungen verursacht, deren Entstehung bis heute nicht vollständig geklärt werden kann. Neurokognitive Störungen stellen hohe Anforderungen und Belastungen für das Umfeld dar, die eine starke Pflegebedürftigkeit zur Folge hat und eine spezialisierte Betreuung erfordert (BAG, 2013).

4 Grundsätzliches zur Demenz

Es gibt verschiedene Demenzformen und Ursachen, welche in der Fachliteratur beschrieben sind. Bezogen auf das Ausmass der Betreuung ist das Erkennen des Schweregrad relevant. Nachfolgend sind diese kurz beschrieben:

Leicht

Es besteht eine kognitive Beeinträchtigung und daher ergeben sich leichte Schwierigkeiten bei den Alltagsaktivitäten. Die Betroffenen bewegen sich im Alltag und in der gewohnten Umgebung weitgehend selbständig.

Mittel

Die kognitiven Fähigkeiten und die Alltagsgestaltung sind stark beeinträchtigt und fortgeschritten, die Betroffenen sind öfters auf Hilfe angewiesen, (z.B. Telefonieren, Medikamenteneinnahme, Kleider- und Körperpflege usw). Die Lebensführung ist nur noch mit Unterstützung möglich.

Schwer

Die Kognition und die Alltagsaktivitäten sind so stark beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Betreuung notwendig ist (z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kontinenz). (Monsch, 2012.)

Die Symptome welche bei Demenz auftreten können, sind nach Kruse (2014) „Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, Störungen des Arbeits- später auch des Langzeitgedächtnisses, Beeinträchtigung von Denken und Urteilsvermögen, Orientierungsstörungen, Sprach- und Benennungsstörungen, Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, Persönlichkeitsveränderungen, Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens“

Veränderte Verhaltensweisen und Gedächtnisprobleme verunsichern sowohl Betroffene als auch Angehörige. Aus Sicht des pflegerischen und sozialen Umfeldes können mit einer frühzeitigen Demenzdiagnostik konkrete und passende Massnahmen für einen guten und förderlichen Umgang eingeleitet werden. Im Hinblick auf die unterschiedlichen pflegerischen und therapeutischen Optionen ist eine Differenzierung der verschiedenen Demenzerkrankungen sinnvoll und wichtig. Nachfolgende Darstellung zeigt die wichtigsten Akteure in der interprofessionellen Zusammenarbeit auf.

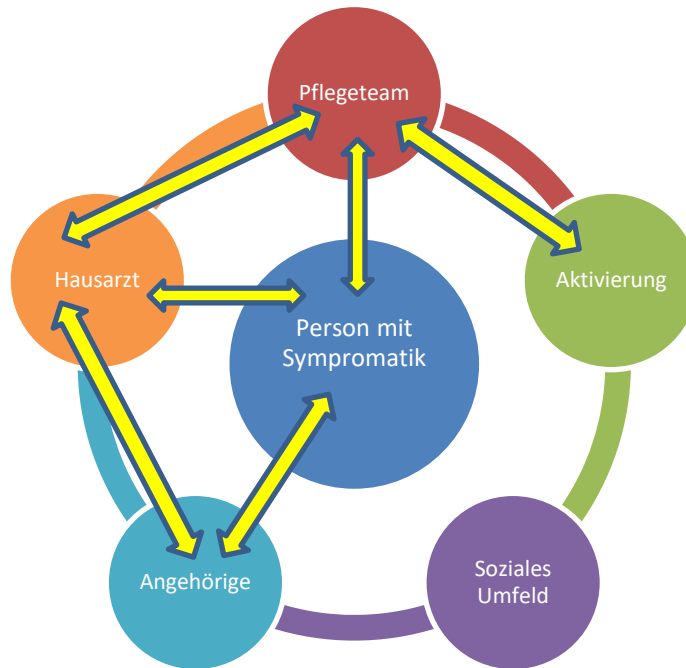
Verhaltensauffälligkeiten

In der Auswertung der RAI NH Daten konnte nachgewiesen werden, dass bei Betroffenen mit einer leichten kognitiven Einschränkung die Widersetzung gegenüber pflegerischen Handlungen erhöht ist. Das wichtigste Ziel in allen Bereichen der pflegerischen Handlungen ist es, Stresssituationen zu vermeiden.

Der Verlauf der Neurokognitiven Störung ist progredient und führt zu zunehmender zeitlichen, örtlichen, situativen und auch persönlichen Desorientierung der Betroffenen. Dazu gehören z.B. Wahn, Unruhe, Umherwandern, Schreien, Schlagen.

Die Pflegenden arbeiten konstruktiv und interdisziplinär mit internen und externen Diensten zusammen.

Liegen Veränderung einer Bewohnersituation vor, welche für den Betroffenen und aber auch für das Umfeld belastende Auswirkungen hat, Selbst- und Fremdschutz beeinträchtigt ist, benötigen diese eine konstante und fachlich spezialisierte Versorgung.



5 Warum eine Demenzabteilung

Für nicht demente Menschen ist das Verhalten einer erkrankten Person nur schwer zu verstehen. Deshalb kann es oft zu Konflikten, Überforderungen und Aggressionen gegenüber verwirrten Menschen kommen. Sie werden ständig auf ihre Defizite und Fehlleistungen hingewiesen, was die Schaffung von einem förderlichen Milieu für die Betroffenen erschwert. Deshalb ist eine gemischte Unterbringung für die Erkrankten und nicht Erkrankten keine optimale Lösung.

Die «Residenz am Schärme» hat eine spezialisierte Wohngruppe für Menschen mit Demenz. Die Station ist spezifisch eingerichtet und bietet grösstmögliche Sicherheit und Autonomie. Auf dieser Abteilung mit ausschliesslich dementen Menschen kann besser mit den noch vorhandenen Stärken der Betroffenen gearbeitet werden.

Die an Demenz erkrankten Menschen brauchen eine Betreuung auf einer spezialisierten Abteilung, auf der ein Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse gewährleistet wird.

Vorteile der Demenzabteilung

Die Demenzabteilung ist eine geschlossene Einheit und bietet Platz für 13 Personen. Nebenbei besteht ein Entlastungsangebot für Pflegende Angehörige. Erkrankte, welche zu Hause von den Angehörigen betreut werden können Tageweise aufgenommen werden.

Da es sich um eine überschaubare und speziell für Menschen mit Demenz eingerichtete Abteilung handelt, sind positive Veränderungen feststellbar. Das Zusammensein unter Gleichgesinnten ermöglicht es, ihre Bedürfnisse im kleinen und geschützten Rahmen auszuleben und Medikamente können in der Regel reduziert werden.

Die geschlossene Demenzabteilung bietet den Betroffenen einen Rahmen worin sie sich frei bewegen können und sie beim Ausleben ihres teilweise starken Bewegungsdrangs den Rückweg wiederfinden. Sie ist so eingerichtet, dass möglichst wenig in ihr Handeln eingegriffen werden muss.

5.1 Ziel einer Demenzabteilung

Der an Demenz erkrankte Mensch wird trotz eingehender Veränderung als persönliches Individuum wahrgenommen. Es wird so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben angestrebt. Den Betroffenen wird punktuell Hilfe und Unterstützung angeboten, damit vorhandene Fähigkeiten möglichst lange erhalten bleiben, gefördert und genutzt werden. Dieses einheitliche Pflege- und Betreuungskonzept ist spürbar und wird auf der Abteilung gelebt.

6 Organisation: Das räumliche Milieu

6.1 Geschützte bzw. geschlossene Unterbringung

Im mittelschweren bis schweren Stadium der Demenz ist das Verhalten u. a. durch einen starken Bewegungsdrang gekennzeichnet, der einerseits durch körperliche Aktivität eine positive Auswirkung für die Betroffenen mit sich bringt, andererseits aber auch mit Gefahren verbunden ist.

Die Selbstgefährdung in nicht gesicherten Bereichen, besonders im Strassenverkehr, ist daher besonders hoch. Gemäss dem Vorrang der physischen Unversehrtheit ist daher für diese Personengruppe eine beschützende bzw. geschlossene Unterbringung erforderlich.

6.2 Räumlichkeiten der Demenzabteilung

Die Demenzabteilung besteht aus 2 Korridoren, auf der einen Seite hat es 7 Zimmer und auf der anderen Seite 6 Zimmer. In der Mitte ist ein grosses Wohnzimmer, das beide Korridore verbindet. In beiden Korridoren besteht die Möglichkeit, für die Menschen die einen starken Bewegungsdrang haben einen Rundgang zu laufen. Im Unterwegssein treffen die Menschen verschiedene Gegenstände und Bilder an den Wänden an, was positive Anreize auslösen kann. Die Abteilung ist so eingerichtet, dass diese Menschen sich frei bewegen und ihr Verhalten durch die Demenzerkrankung ausleben können. Es wird interveniert sobald eine Selbst- oder eine Fremdgefährdung besteht.

Im Wohnzimmer hat es eine grosse Fensterfront mit weissen Vorhängen, diese können geöffnet werden und ermöglichen den Bewohner einen Blick in die freie Natur. Alle vier Jahreszeiten werden dadurch miterlebt. Sobald eine Überreizung entsteht oder aus einem anderen Gründen eine Abgrenzung notwendig ist, werden die Vorhänge wieder gezogen.

In der Stube hat es zwei Sofas, darauf können sich die Bewohner ausruhen. Dieses Angebot wird rege genutzt.

6.2.1 Geschlossener Aussenbereich

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Abteilung besteht aus dem zugänglichen Aussenbereich. Demenzerkrankte Menschen haben auch wie nichterkrankte Personen das Bedürfnis nach Natur, frischer Luft und im Freien zu sein. Der Aufenthalt draussen kann eine äusserst spannende und beruhigende Wirkung erzielen. Hinsichtlich ihres ruhelosen Umhergehens

haben die Betroffenen die Gelegenheit zum „Wandern“. Durch den Rundgang/Endlos-schleife hat der Demenzerkrankte die Möglichkeit sich frei zu bewegen und findet immer wieder an den Ausgangspunkt zurück. Ein Blumen/Kräuterbeet regt das gemeinsamen gärt- nern an und die natürlich gestaltete Aussenumgebung gibt Abwechslung und den Eindruck an einem anderen Ort zu sein. Sitzgelegenheiten laden zum Verweilen ein. Der Zaun ist mit Sträuchern/Grünpflanzen überdeckt, somit hat der Demenzerkrankte Mensch nicht offen- sichtlich das Gefühl in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt zu sein.

6.2.2 Bewohnerzimmer

Auf der Demenzabteilung hat es nur Einzelzimmer. Diese Zimmer sind bewusst sehr klein, da diese hauptsächlich nur zum Schlafen genutzt werden. Die Menschen verweilen auf der gan- zen Abteilung, die verschiedene Möglichkeiten zum Rückzug bietet. Auf beiden Korridoren stehen je zwei Badezimmer zur Verfügung. Diese Lösung ist ideal, da die meisten eine Beglei- tung/Kontrolle brauchen.

7 Pflege und Betreuung demenzbetroffener Menschen

Die Pflegenden nehmen achtsam Rücksicht auf die aktuellen Bedürfnisse der demenzer- krankten Menschen, unterstützen und begleiten sie in ihren Aktivitäten im Alltag. Der Ansatz der personenzentrierten Pflege, mit den wichtigen Pfeilern; Echtheit, Akzeptanz und bedin- gungslose Wertschätzung führt dazu, den Bewohner als gleichberechtigten Partner zu sehen. Deren Erleben und Verhalten bilden den Mittelpunkt jeder pflegerischen Handlung.

Die Erfahrungswerte, die Lebensmuster und gewohnte Handlungsweisen werden wäh- rend den ersten Wochen nach Eintritt erfasst und laufend ergänzt. Diese fließen in die stan- dardisierte und individuelle Pflegeplanung mit ein und ermöglichen, dass die Pflegehandlun- gen trotz kognitivem Leistungsabbau, den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst durchge- führt werden.

In strukturierter Reflexion des komplexen Pflegealltags fördern interne Weiterbildungen und Fallbesprechungen zu Wissenstransfer und die Handlungsspielräume werden dadurch erwei- tert.

7.1 Ziele in der Pflege und Betreuung

In der „Residenz am Schärme“ sind Bedingungen geschaffen, die es Menschen mit Demenz ermöglichen, so lange wie möglich ein selbstständiges, selbstbestimmtes und gutes Leben mit der Krankheit zu führen. Die Krankheitsdauer ist abhängig von der Demenzursache und variiert stark.

Angehörigen sind in ihren Kompetenzen und Möglichkeiten gestärkt und können diese indi- viduell im Alltag einbringen. Die Pflege nimmt diese Ressourcen partnerschaftlich an und op- timiert das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen.

Die „Residenz am Schärme“ strebt das Normalitätsprinzip an, um den Verbleib in der sozia- len Umgebung zu gewährleisten.

In der Pflege und Betreuung wird eine möglichst genaue Diagnosestellung in Absprache mit dem behandelnden Arzt sichergestellt und die Anwendung von passenden Assessmentin- strumenten sind im Pflegeprozess abgebildet.

7.2 Anforderungen an das Pflegepersonal

Im Umgang mit demenzerkrankten Menschen ist es wichtig, dass die Pflegeperson eine offene und vorurteilslose Haltung mitbringt. Sie nimmt die Betroffenen in ihrer Einzigartigkeit wahr. Sie zeigt eine wertschätzende Grundhaltung und sieht den Menschen als Ganzes, unabhängig von Taten oder Leistungen. Die Betreuungsperson hat die Fähigkeit der Empathie d.h. sie ist in der Lage, Gedanken, Emotionen, Absichten und Persönlichkeitsmerkmale eines anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Zur Empathie gehört auch die eigene Reaktion auf die Gefühle anderer wie z.B. Mitgefühl, Trauer, Schmerz oder Hilfsimpuls. Die Betreuungsperson ist flexibel, offen, kreativ, mitfühlend und reaktionsbereit. Sie ist in der Lage, sich im Alltag den wechselnden Bedürfnissen und Emotionen anzupassen. Denn jeder Tag bringt andere Herausforderungen mit sich, und diese gilt es jeden Tag aufs Neue zu erkennen und angepasst darauf zu reagieren.

Die Mitarbeiter lassen sich als Bezugsperson auf die Bewohner- und Angehörigenbedürfnisse ein. Sie sind in der Lage Äusserungen, Bedenken und Ängste aller Beteiligten wertefrei und professionell anzunehmen und in der Zusammenarbeit mit allen Beteiligten Lösungen festzulegen.

Das Betreuungsteam setzt sich aus Pflegefach- und Pflegehilfspersonal zusammen. Auch auf der Demenzabteilung werden Lernende ausgebildet. Die Besetzung der benötigten Stellenprozente erfolgt durch Vollzeit- und Teilzeitpensen. Sie sind physisch, psychisch als auch geistig in der Lage im Schichtbetrieb zu arbeiten.

7.3 Kommunikation

Die Verständigung geschieht in einer einfachen Sprache. Die Kommunikation ist erschwert durch Beeinträchtigung des abstrakten Denkvermögens, sowie durch die Altersschwerhörigkeit. Jeder Satz sollte nur eine Information enthalten. Also nicht: „Stehen sie auf und ziehen sie den Mantel an“, sondern nur „stehen sie bitte auf“ und erst dann den nächsten Satz. Meistens werden Sprichwörter und Redensarten besser verstanden als abstrakte Wendungen. Hilfreich ist es, sich Wendungen und Begriffe zu merken, die vom Demenzerkrankten verstanden oder wiedergegeben werden, um dann auf diese zurückzugreifen.

7.4 Professioneller Umgang mit Aggression

Der Umgang mit aggressivem Verhalten der Betroffenen erfordert von den Betreuenden kognitive, körperliche und emotionale Kompetenzen. Interventionen sollen immer den Umständen angepasst sein und ethische sowie rechtliche Aspekte berücksichtigen.

Das Aggressionsmanagement beschäftigt sich mit Formen von Aggression und Gewalt, die von Demenz erkrankten gegenüber dem Team ausgeübt werden. Die Auseinandersetzung mit der Thematik erfordert seitens der Fachpersonen einen professionellen Umgang. Das übergeordnete Ziel ist die grösstmögliche Sicherheit für alle Beteiligten.

7.5 Umgang mit Pflegeverweigerung

Manchmal können oder wollen Menschen mit Demenz die Handlungen der Betreuenden nicht zulassen. Die Pflegeverweigerung zählt zu den grossen Herausforderungen in der Arbeit mit Menschen, die an Demenz leiden. Ein solches Verhalten hat meist Auswirkungen auf seine Gesundheit und/oder auf seine Umgebung. Oft hat es auch einen personellen Mehraufwand zur Folge. Wir sehen darin eine bewusste oder unbewusste Willensäusserung, die wir grundsätzlich akzeptieren wollen. Nur beim Vorliegen wichtiger Gründe haben wir das

Recht und auch die Pflicht, Massnahmen zu ergreifen, die dem Willen eines solchen Menschen widersprechen. Immer zum Wohl des Betroffenen.

8 Anwendung von Pflege – Konzepten und Theorien

Im Umgang mit demenzerkrankten Menschen finden anerkannte Konzepte und Theorien Platz, die bei jedem einzelnen individuell angewendet werden. Wenn eine positive Wirkung ersichtlich ist, wird deren Anwendung im Behandlungsplan aufgenommen, umgesetzt und evaluiert.

8.1 Personenzentrierte Pflege

Bei der personenzentrierten Pflege wird die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt gestellt. Der Erhalt und die Stärkung der Autonomie ist das oberste Ziel in der Betreuung. Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Befriedigung von seelischen Bedürfnissen. Eine gute Betreuung gelingt dann, wenn die innere Welt des Kranken, d.h. ihre Wahrnehmung, das Erleben und die Denkvorgänge verstanden werden.

Eine gute Demenzpflege beinhaltet einen Prozess, der die Wiederherstellung brachliegender Ressourcen unterstützt und dabei grundlegende Bedürfnisse wie Halt und Trost, Nähe und Geborgenheit sowie soziale Verbundenheit stärkt und dabei Beschäftigung und Identitätsarbeit ermöglicht.

8.2 Normalitätsprinzip

Das Normalitätsprinzip fokussiert das Leben dieser Menschen in allen Phasen so normal wie möglich zu gestalten.

Die Menschen in der Wohngruppe können so lange schlafen wie sie möchten und frühstücken vor der Körperpflege ist möglich. Sie können in der Küche beim Kochen, Tischen, Abtrocknen, Wäsche falten, Gartenarbeit etc. mithelfen oder zuschauen. Vom Pflegepersonal wird dort Hilfe geleistet wo nötig. Damit vorhandene Ressourcen noch möglichst lange erhalten bleiben.

8.3 Validation

Die Validation ist eine Methode, mit demenzerkrankten Menschen zu kommunizieren. Entwickelt wurde diese Art von Kommunikation durch Naomi Feil. Nicole Richard geht von einem anderen Erkrankungsverständnis aus und nennt ihre Art der Kommunikation mit Demenzkranken Integrative Validation.

Der methodische Ansatz besteht darin, die noch vorhandenen Ressourcen der Hirnleistungen zu nutzen, mit diesen zu arbeiten und den betroffenen Menschen mit seinen Gefühlen und Antrieben ernst zu nehmen. Die Kommunikation greift den emotionalen Gehalt einer Aussage oder eines Verhaltens des zu Pflegenden auf und validiert, d. h. erklärt das dahinterstehende Gefühl für gültig und erkennt es an, ohne zu bewerten, zu analysieren oder zu korrigieren. Die Pflegenden benennen durch validierende Sätze das Gefühl, das der demente Mensch spürt und begegnen ihm mit Äusserungen, die er versteht. So wird versucht, Vertrauen und Nähe herzustellen, um konkrete Konfliktsituationen des Pflegealltags zu entschärfen.

Es gelten dabei folgende Grundsätze:

- Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
- Alle Menschen sind wertvoll, egal in welchem Ausmass sie desorientiert sind.
- Menschen kann man nicht dazu zwingen, ihr Verhalten zu ändern. Ein Mensch ändert sein Verhalten nur, wenn er es will.
- Den Menschen muss man akzeptieren, ohne ihn zu beurteilen.
- Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Pflegeperson validiert werden, werden schwächer. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden stärker.
- Einfühlung/Mitgefühl führt zu Vertrauen, verringert Angstzustände und stellt die Würde wieder her.

Ziel der integrativen Validation ist es, einen Zugang zur Erlebenswelt des desorientierten Menschen zu finden. Mit Wertschätzung und Empathie dessen Wahrnehmungen und den daraus folgenden Reaktionen zu begegnen, um so einen möglichst hohen Grad an Lebensqualität für ihn zu erhalten.

8.4 Basale Stimulation

Basale Stimulation ist ein körperorientiertes Konzept. Mit der basalen Stimulation werden den demenzerkrankten Menschen Reizerfahrungen zugeführt, die er sich selbst nicht mehr verschaffen kann. Dadurch wird das Gehirn stimuliert und dazu angeregt, neue Wahrnehmungs- und Reaktionsmöglichkeiten aufzubauen.

Unter anderem werden Erfahrungen wie das Spüren des eigenen Körpers (Haut als grösste Kontaktstelle zur Aussenwelt), die Empfindung der eigenen Lage im Raum (Koordination) und das Kennenlernen des eigenen Inneren (z.B. der Muskulatur) durch somatische, vestibuläre (Gleichgewichtssinn) und vibratorische Anregungen gegeben.

Ausserdem werden fünf Sinne angesprochen: Sehen, Hören, Schmecken, Fühlen, Riechen. Die Basale Stimulation wird nicht aufgezwungen, stattdessen wird die aktuelle Befindlichkeit der Person berücksichtigt und das Angebot entsprechend angepasst.

Die Schutzhülle, die der Mensch im Mutterleib spürte, gilt es wieder erfahrbar zu machen, um darauf Vertrauen aufzubauen.

8.5 Kinästhetik

Kinästhetik ist ein Modell des Denkens, der Bewegung und des Umgangs mit Ressourcen. Das Wort Kinästhetik kommt aus dem Griechischen und setzt sich aus "Bewegung" und "Wahrnehmung" zusammen.

Bei Kinästhetik geht es darum, die Kompetenz von Pflegenden und Bewohner in Alltagsaktivitäten zu schulen. Beide lernen sich in der Bewegung differenzierter wahrzunehmen und mehr Möglichkeiten zu entwickeln. Eine hohe Achtsamkeit wird erfordert, wenn eine körperliche Bewegung nicht umsetzbar oder nur mit grosser Anstrengung ausführbar ist.

Für Menschen mit Demenz ist Kinästhetik angesagt, denn der „kognitive Zerfall“ bei Demenz ist immer auch mit einer Veränderung der Bewegungskompetenz verbunden.

Wichtige Punkte für Bewohner sowie Pflegepersonal die helfen und Unterstützen bei den Alltagsaktivitäten.

- sich an das Tempo des Anderen anpassen
- genug Raum lassen für Bewegung und Gewichtsverlagerung (innerer und äusserer Raum)
- Bodenkontakt herstellen, Vertrauen schaffen
- nicht am Anderen tun, vielmehr ihn tun lassen
- sich selbst in die Richtung mitbewegen, in die der Andere sein Gewicht verlagern soll
- überschaubare Wege gestalten und für alle Sinne erkennbar und erfahrbar machen speziell für den Bewegungssinn!

8.6 Palliative Care

Als Palliative Care bezeichnen wir die umfassende Behandlung und Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen. Unser Ziel ist es, den Betroffenen eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei werden Beschwerden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Respektiert das Leben und seine Endlichkeit

- achtet die Würde und Autonomie der BW und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen

Im Zentrum unseres Handelns stehen die Individualität, Autonomie, Würde und Wohlbefinden für die betroffenen Menschen. Es sollen Schmerzen und belastende Symptome erfasst und gelindert, bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt gefördert oder erhalten werden. Sterben und Tod werden thematisiert, die Angehörigen werden miteinbezogen und unterstützt. Eine gute Zusammenarbeit im Hause, auch mit Ärzten, Seelsorgern, Therapeuten und andern Beteiligten ist uns ein wichtiges Anliegen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der Grundpfeiler von Palliative Care.

8.7 Alltagsgestaltung und Aktivierung

Die Erfahrungswerte, die Lebensmuster und gewohnten Handlungsweisen des demenzerkrankten Menschen werden entsprechend dem Prinzip der Normalität in der Alltagsgestaltung umgesetzt. Die Tagesstruktur berücksichtigt eine angepasste Aktivierung der Betroffenen. Sie werden in hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie z.B. Tisch decken oder Kuchen backen miteinbezogen. Das Ziel ist, ihre Fertigkeiten zu erhalten, alle Sinne anzuregen wie auch gemeinsames Tun. Selbständige oder begleitete Spaziergänge im Garten und in der Natur gehören zum Alltag. Singen und biografisch angepasste Musik, gemeinsame Spiele und Erzählrunden vermindern Stress und sorgen für ihr soziales Wohlbefinden. Feiertage und Feste werden mit den Angehörigen gefeiert und sind Bestandteil im Jahresablauf. Soziale Kontakte werden so unterstützt und gefördert.

9 Angehörigenarbeit

Das Leben mit Demenz betrifft alle: Die Erkrankten selbst, die Familie und die nächsten Angehörigen, auch Freunde, Nachbarn und Kollegen. Die Demenz schränkt das Alltagsleben der Betroffenen stark ein. Sie alle brauchen Informationen, Begleitung, Betreuung und Unterstützung.

Der Austausch zwischen den Angehörigen und den Pflegenden ist bedeutend für die Qualität der Pflege und Betreuung. Besonders bei der Biografiearbeit spielen die Angehörigen eine entscheidende Rolle. Denn die Angehörigen sind für den Betroffenen eine wichtige Verbindung zwischen der Welt, aus der sie kommen und der neuen Lebenswelt.

Gemeinsam mit der Bezugspflegeperson wird die Biografie des Betroffenen erfasst. Dabei geht es auch um Gewohnheiten, Tagesabläufe und Abneigungen/Vorlieben, welche dann berücksichtigt werden.

Die Bezugspflegeperson steht den Angehörigen als primäre Ansprechperson zur Verfügung. Diese Person ist auch dafür verantwortlich, dass die Biographie und die aktuelle Lebenssituation möglichst ganzheitlich wahrgenommen werden. Diese wertvollen Informationen fließen in den Pflege- und Betreuungsalltag ein.

Die Angehörigen werden vom Pflegepersonal stets umfassend und zeitnah über gesundheitliche Veränderungen informiert. Bei vorhandenen Problemen werden diese gemeinsam thematisiert und nach lösungsorientierten Massnahmen gesucht.

9.1 Biografiearbeit

Das Verstehen Demenzerkrankter Menschen gestaltet sich häufig als komplex. Angesichts des Unvermögens der Betroffenen, sich adäquat auszudrücken und angemessen zu reagieren. Kenntnisse über das Leben des Demenzerkrankten sind in diesem Zusammenhang eine gute Voraussetzung, um Vertrauen herstellen zu können. Die Biografiearbeit ermöglicht gemeinsam mit dem Demenzerkrankten oder stellvertretend mit den Angehörigen die Biografie des betroffenen Menschen zu erfassen.

In diesem Zusammenhang kann es förderlich sein, visuelle Anreize zu schaffen:

Beispielsweise können wahrnehmbare Erinnerungslücken mit vertrauten Objekten (Möbiliar, Familienbilder, das individuell-gestaltete Türschild usw.) die Erinnerungen wachhalten, zurückrufen und eine Verständigung erleichtern.

Durch die Biografiearbeit erfährt das Pflegepersonal, welche Bedeutung bestimmtes Verhalten vom Demenzerkrankten hat. Beispielsweise; Was bedeutet es, wenn Herr X. am Abend nicht schlafen gehen will? Will er dabei signalisieren: „Ich vermisse noch meinen Schlaftrunk“, oder meint er: „Ich vermisse beim Schlafen gehen meine Ehefrau? “

Oder warum steht Hr. X. morgens bereits immer um 3.00Uhr auf? z.B. Als Bäckermeister war dies sein Tagesbeginn?

Je gründlicher die Biografie, sowie die Gewohnheiten und Eigenheiten eines Menschen bekannt sind, umso leichter kann man ihn verstehen. Hier ist eine gründliche Dokumentation und eine enge Zusammenarbeit aller an der Pflege beteiligten Personen notwendig.

9.2 Bezugspflege

Allen Bewohner in der Wohngruppe werden zwei Bezugspersonen zugeteilt. Eine Person ist immer eine Dipl. Pflegefachperson HF, welche für einen aktuellen und angepassten Pflegeprozess verantwortlich ist. Sie nimmt Rückmeldungen und Beobachtungen aus dem Behandlungsteam auf, bespricht sich mit den behandelnden Ärzten und gibt den Angehörigen entsprechend Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand.

Die zweite Person ist eine FaGe oder eine Pflegehilfe. Sie ist für die Zimmergestaltung, Zimmerordnung, persönliche Gegenstände, Taschengeld, Termine, Geburtstag, umsetzbare Wünsche zuständig. Hierfür steht sie selbständig in regelmässigem Austausch mit den Angehörigen.

Beispielsweise; wenn neue Schuhe oder Hosen notwendig sind.

Die beiden Bezugspersonen stehen in regelmässigem Kontakt, damit Doppelspurigkeiten vermeiden werden.

10 Eintritt in die spezialisierte Wohngruppe

10.1 Bedingungen

Da die Wohngruppe eine spezialisierte Abteilung für demenzerkrankte Menschen ist, wird ein sorgfältiges Aufnahmeverfahren eingeleitet:

Dabei sind folgende Kriterien wichtige Parameter:

- Verhaltensauffälligkeit
- Bewegungsdrang
- Weglaufgefährdung
- Geht in andere Zimmer und nicht beachten der Privatsphäre anderer Bewohner.
- Gehfähigkeit, Mobilität

10.2 Interne Verlegung auf die spezialisierte Wohngruppe

Gewährt ein evaluierter Behandlungsplan nicht die erhoffte Lebensqualität der Betroffenen oder kann die Sicherheit für die Person und deren Umfeld nicht mehr gewährleistet werden, erfolgt eine interne Verlegung auf die Wohngruppe. Diese wird als Ergänzung des Pflege- und Betreuungsangebot am „Schärme“ betrachtet. Sorgfältig und unter Einbezug der Angehörigen finden terminierte Gespräche statt und gemeinsam wird die Verlegung vereinbart. Dazu erfolgt eine schriftliche Dokumentation.

10.3 Interne Verlegung von der Wohngruppe auf die Pflegeabteilung

Eine Rückverlegung wird dann in Betracht gezogen, wenn alle der oben (10.1) genannten Kriterien nicht mehr erfüllt werden, Die Angehörigen werden bereits beim Eintrittsgespräch darüber informiert und sobald ein Abteilungswechsel in Frage kommt, werden die Angehörigen rechtzeitig informiert.

10.4 Tagesgast

Die Demenzabteilung bietet nicht nur die 13 Einzelzimmer, sondern es besteht die Möglichkeit für Demenzerkrankte Personen, welche noch zu Hause leben, den Tag in der Wohngruppe zu verbringen.

Die Tagesgäste können 7 Tage in der Woche von 8.00 – 20.00 Uhr aufgenommen werden. Die Aufenthaltsdauer und Zeit hält sich flexibel und orientiert sich am Bedarf der Betroffenen Angehörigen.

Das ist eine sehr gute Zwischenlösung zur Entlastung von Angehörigen.

Erfahrungsgemäss zeigte sich, dass ehemaligen Tagesgäste der Heimeintritt leichter fiel, da ihnen die Räumlichkeiten der Wohngruppe bereits vertraut waren.

11 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, dem behandelnden Arzt und dem Pflorgeteam muss gezielt koordiniert werden. Die jeweilige Bezugsperson aus dem Pflorgeteam plant den Pflegeprozess mit allen notwendigen Unterstützungsmassnahmen und nutzt das spezifische Fachwissen der Wohngruppenmitarbeitenden. Werden Pflegesituationen aufgrund von herausforderndem Verhalten auf den Abteilungen schwer „händelbar“, so wird unmittelbar eine Fallbesprechung einberufen, die Betreuungs- und Pflegemassnahmen werden evaluiert und falls nötig ein Rundtischgespräch mit allen Betroffenen organisiert. Ziel ist es, eine Lösung zur Verbesserung der Gesamtsituation herbeizuführen.

12 Literaturverzeichnis:

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017*. Bundesamt für Gesundheit. Bern
Kruse, A (2012). *Demenz-Ende der Selbstbestimmung*. Deutscher Ethikrat. Hamburg
Monsch, A.U (2012). *Konsensus – zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz*. Hogrefe Bern.

Internet:

<http://www.brunnen.ch/fileadmin/twwc/seitentemplate/redakteur/pdf/alterswohnheim/Demenzkonzpt.pdf>. Abgerufen am 6.6.2018

<https://www.sonnweid.ch/de/heim/publikationen/download/>. Abgerufen am 6.6.2018