

Bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (MmD)

Die Versorgungsform

Viele Seniorinnen und Senioren unserer Einrichtung sind an einer Demenz erkrankt. In unseren integrativen Pflege- und Betreuungskonzepten stoßen die Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und auch das Personal immer wieder an Handlungsgrenzen. Andauernde Missverständnisse und Konflikte mit allen Beteiligten sind die Folge. MmD können in einer segregativen Versorgungsform anders betreut werden. Sie bietet in einer homogenen Gruppe (nur Menschen mit Demenz) andere Handlungsvariationen und damit einen größeren, auf die Gruppe abgestimmten Handlungsspielraum. Dieser orientiert sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Der Rahmen (gewähren lassen versus Würde wahren) gibt den Betroffenen die Möglichkeit, ihr krankheitsbedingtes Menschsein so zu leben wie es ihnen möglich ist, ohne durch orientierte Mitbewohner reglementiert zu werden.

Die theoretische Basis und Vision

Die konzeptionellen Inhalte des Pflege –und Betreuungskonzeptes orientieren sich immer an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Sie sind Ausgangs- und Reflektionspunkt unseres Denkens und Handelns. Das betrifft neben den architektonischen und den institutionellen auch die organisatorischen Strukturen der Einrichtung. Wir können von Menschen mit Demenz nicht erwarten, dass sie sich unseren institutionellen Rahmenbedingungen angleichen, sondern wir wollen versuchen uns ihnen ganzheitlich anzupassen. Die theoretische Grundlage für diese Vision und Konzeption ist der personen-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood. Er setzt den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, analysiert Personen fördernde Faktoren und personale Detraktionen, auf deren Basis dann eine individuelle Tagesstruktur und somit ein relatives Wohlbefinden für den MmD entstehen kann. Die Konzeption des pflegefachlichen Schwerpunktes Demenz setzt sich daher aus dem umfassendes Fachwissen zur Krankheit Demenz, mit den unterschiedlichen Formen und Stadien, der Philosophie des personen - zentrierten Ansatzes und den Erfahrungen vieler Fachexperten zusammen.

Zur Umsetzung der Konzeption haben wir uns Schwerpunkte gesetzt, mit denen wir unseren Bewohnern im Alltag begegnen möchten.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	1 von 6

Das Konzept

Die Alltagsnormalität empfinden wir als wichtigste Struktur, die dem Bewohner eine erlebbare Sicherheit und Orientierung gibt. Unsere Haltungen und unser Handeln sind vom personenzentrierten Ansatz geprägt. Wir wollen beim Bewohner präsent sein.

Fachliche Themenschwerpunkte sind:

- Validation – als eine besondere Art der Kommunikation und Wertschätzung
- Bewegung, Mobilität, Aktivität und Kinästhetik verkörpern einen hohen menschlichen Wert, dem wir in Bezug auf MmD einen Raum geben möchten.
- Basale Stimulation© und Nahrungsaufnahme wir wollen mit Hilfe basaler Stimulation die Wahrnehmung fördern, Deprivation und Isolation verhindern. Das Essen (basale Tätigkeit) als zentrales Tageserlebnis platzieren, Nahrungsaufnahme nach Möglichkeiten garantieren, und die Speiseversorgung anpassen.
- Ethische Reflexion unseres Handelns: Leitlinien entwickeln, ethische Grundsätze diskutieren, Fallbesprechungen durchführen, Handeln anpassen.

Die Gestaltung

Neben einem wertschätzenden Umgang mit den Bewohnern, einer angepassten großzügigen Architektur ist die Milieugestaltung ein wichtiger konzeptioneller Punkt. Sie setzt an den biografischen Gegebenheiten unserer Bewohner an. Erinnerungen sind wertvolle Orientierungspunkte im Alltag der persönlichen Desorientierung.

In jeder Wohngruppe existieren 14 bzw. 15 Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer. Für die einen ist der Rückzug in die Privatheit des eigenen Zimmers wichtig, für die anderen ist das Zusammensein mit anderen, insbesondere auch nachts gut.

So besitzt jede Wohngruppe zwei große Aufenthaltsräume (je ca. 100m²) mit unterschiedlichen Funktionen. Wir bieten den Bewohnern ein Wohnzimmer mit der Atmosphäre einer „guten Stube“ und ein Arbeitszimmer mit der Funktion dort auch zu „arbeiten“ an. In beiden Räumen einer jeden Wohngruppe im Haus stehen zur Funktion passend die entsprechenden Einrichtungsgegenstände zur Verfügung. Um die Erinnerungen nicht nur in den Zimmern der Bewohner zu fördern oder anzuregen, sind in den Aufenthaltsräumen „Biografieecken“ eingerichtet. Sie sind variabel, je nach Wohngruppenbedarf gestaltbar. Ausgestattet mit historischen Gegenständen, die nicht nur

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	2 von 6

zum Ansehen sind, wollen wir Biografiearbeit rückblickend und gegenwärtig durchführen. Beispiele für diese „Biografieecken“ sind:

- Fotos von früher
- Schreibtisch – Kontor
- Wäschecke
- Näh- und Strickecke
- Werkbank
- Kindererziehung
- Schule
- Gartenarbeit /Landarbeit/ Tiere
- Typische Fabrikarbeit der Region Solingen

Jede Wohngruppe ist mit einer Wohnküche (ca. 50m²) ausgestattet, in der auch Speisen mit und für die Bewohner produziert werden können. Auch hier werden wir die Räumlichkeiten mit „Biografieecken“ gestalten.

Selbstverständlich sind im Konzept die Barriere freie Raumgestaltung, eine sinnvolle Ausleuchtung der Räume, eine Gartengestaltung unter biografischen und sturzprophylaktischen Gesichtspunkten, technische Weglaufsicherungen und die Anwendung eines Material- und Farbkonzeptes beachtet worden.

Die Zielgruppe / Einzug

Da Haus Eiche ein Haus nur für MmD ist, ist es notwendig vor der Aufnahme die Diagnose Demenz und das Stadium der Erkrankung zu erfassen. In der Regel ist dies durch den Hausarzt oder Facharzt dokumentiert. Eine fachärztliche Begleitung sehen wir als notwendig. Der Erstbesuch, den die Pflegedienstleitung in der entsprechenden Wohnsituation durchführt, dient neben dem kennen lernen des zukünftigen Bewohners auch der fachlichen Beurteilung der Situation. Drei Assessments unterstützen die Ersteinschätzung vor Ort. Grund dafür sind die unterschiedlichen Bedürfnisse in den Stadien der Demenz.

- Reisbergskalen
- CMAI (Erfassung möglichen herausfordernden Verhaltens)
- individuelle Gewohnheiten

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	3 von 6

Das Leben in Alltagsnormalität

Ist der Bewohner eingezogen, beginnen die Mitarbeiter zusammen mit dem Bewohner eine Tagesstruktur zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, dem Bewohner Entfaltungsspielraum zu ermöglichen. Die Mitarbeiter dokumentieren diesen Prozess in dem Assessment „Hauptindikatoren des Wohlbefindens und des Unwohlbefindens“ und in den Besprechungen mit VaRiProFil. Dadurch entsteht ein Anpassen des Personals, in kleinen basalen Schritten, an die Bedürfnisse des Bewohners. Dieses Anpassen kann nur Professionen übergreifend stattfinden. Wir nennen es Alltagsnormalität in der sich fließend Aufgaben der Hauswirtschaft, der Pflege und der Betreuung mischen. Die Gewichtung der Professionen ist bei jedem Bewohner unterschiedlich. Da wir nur Bewohner ab einer mittelschweren Demenz aufnehmen, ist der Bereich der Körperpflege immer ein wichtiger Bestandteil des Alltags dieser Bewohner. Die Tagesgestaltung im weiteren Tagesverlauf richtet sich oft an den Mahlzeiten und den Zeiten dazwischen aus, so dass dann der hauswirtschaftliche und betreuende Bereich eine größere Bedeutung bekommt als beispielsweise am frühen Morgen der pflegerische Bereich.

Die Mitarbeiter

Diese professionsübergreifenden Tätigkeiten werden von den Alltagsbegleitern fließend im Tagesablauf geleistet. Die Arbeit setzt eine hohe fachliche, soziale und persönliche Kompetenz voraus. Pflegefachkräfte steuern den Pflege- und Betreuungsprozess der Bewohner, initiieren Behandlungspflege und halten Kontakt zu den Fachärzten. In regelmäßigen Fallbesprechungen/ Fallsupervisionen werden schwierige Fragen, die das Verhalten von Bewohnern betreffen, mit Hilfe externer Berater analysiert und Lösungsansätze erarbeitet. Die Mitarbeitenden arbeiten nach dem Pflegemodell von M. Krohwinkel im Bezugsgruppenpflegesystem. Jede Bezugspflegekraft ist für die Evaluation der Pflege- und Betreuungsprozesse ihrer Bezugsgruppe verantwortlich. Dazu gehört natürlich auch die Darstellung der Demenz.

Die Angehörigen

Der vertraute Angehörige stellt für den neuen Bewohner die wichtigste Bezugsperson dar. Als nahe stehender Mensch verfügt er über eine intensive und vertrauensvolle Beziehung zum Betroffenen, die dem Bewohner Schutz und Sicherheit bietet. Der Angehörige ist außerdem ein wichtiges Bindeglied zur bisherigen Lebenswelt des Bewohners.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	4 von 6

Angehörige sind jedoch auch für die Mitarbeiter von großer Bedeutung. Sie werden zum Übermittler biografischer und anamnestischer Informationen. Die Partizipation der Angehörigen von Anfang an ist ein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes. Partizipation verstehen wir in unserem Konzept als aktive Beteiligung der Angehörigen bei der Erledigung der gemeinsamen Angelegenheiten für ihren Angehörigen. Es ist uns bewusst, dass Angehörige eine verantwortungsvolle juristische Aufgabe wahrnehmen. Diese wollen wir stärken, unterstützen und für die Ausübung dieser Rolle einen hilfreichen Rahmen bieten. Die gemeinsame Sorge um den Bewohner bildet die Grundlage für eine enge Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit den Angehörigen. Wir verstehen Angehörige als wichtige Partner in unserem Bemühen um eine optimale Pflege und Betreuung unserer Bewohner und möchten sie deshalb aktiv an der Pflege- und Betreuungsplanung sowie an der Wohnraumgestaltung beteiligen. Es ist wünschenswert, dass Angehörige sich in die Gestaltung des Heimalltags einbringen und ehrenamtlich kleinere Aufgaben übernehmen.

Die Pflegeoase als weiteres Versorgungsangebot

Als Mehrpersonenraum unterscheidet sich die „Pflegeoase“ von den anderen Wohngruppen des Hauses in erster Linie durch das Raumangebot. In einem ca. 180 qm großen Raum (incl. Wirtschaftsflächen) leben sieben Menschen zusammen. Die Bewohner der Pflegeoase werden 24 Stunden von Mitarbeitern betreut, gepflegt und begleitet. Tagsüber (06.30 Uhr – 21.00 Uhr) stellen wir eine direkte Mitarbeiterpräsenz in der Pflegeoase sicher. In den verbleibenden Nachtstunden unterstützt eine zusätzliche Nachtwache die Kollegen des übrigen Hauses, mit dem Aufgabenschwerpunkt Pflegeoase.

Jeder Bewohner bekommt einen Teil des Raumes als eigenen Lebensraum eingerichtet, in dem bei aller räumlichen Nähe Privatheit gelebt werden kann und die Intimsphäre gewahrt bleibt. Durch Raumteiler (Schränke, Paravents und Stoffe) werden Nischen bzw. individuelle Lebensräume mit biografischen Elementen für die einzelnen Bewohner geschaffen. In der Mitte ist ein Aufenthaltsbereich, u.a. ein großer Tisch, in dem Bewohner, wenn möglich, auch in Liegerollstühlen sitzen können.

Das stärkste Leitbedürfnis der Bewohner der Pflegeoase

Das stärkste Leitbedürfnis in dieser Lebens- und Krankheitsphase ist erlebbare Sicherheit in allen Bereichen der existenziellen Bedürfnisse und erlebte Geborgenheit im Bereich der sozialen Bedürfnisse (im Sinne von Angstminderung, Minderung des Stresserlebens, Begleitung emotionaler Verluste). Eine Neubestimmung des Milieus (Personen –

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	5 von 6

Umweltgefüge = Pflegeoase) für Menschen dieser Zielgruppe bedeutet, dass das Erleben der basalen Bedürfnisse durch die unmittelbare Umgebung (Mitmenschen und Raum) erfüllt werden kann. Deshalb kommt der Präsenz der Mitarbeiter, der Erkennung der Bedürfnisse und der Gestaltung des Wohnraumes, der persönlichen Nischen eine besondere Bedeutung zu.

Die Zielgruppe der Pflegeoase

Bei der Zielgruppe der Pflegeoase handelt es sich ausschließlich um Menschen, die bereits länger im Demenzstadium III leben. Durch neue medizinische Erkenntnisse und bessere Behandlungsmethoden ist es möglich, dass auch Menschen mit Demenz im Stadium III eine längere Lebenserwartung haben als in der Vergangenheit. Eine Ausdifferenzierung dieses Stadiums ist deshalb notwendig.

Aufgrund der Schwere der ganzheitlichen Beeinträchtigungen durch die weit fortgeschrittene Demenz haben diese Menschen sehr geringe Möglichkeiten, ihr Lebensumfeld realistisch zu erleben. Sie können ihren Lebensbedürfnissen kaum noch Ausdruck verleihen, haben keine oder eine sehr eigene Sprache, Mimik und Gestik. Sehr oft sind sie in hohem Maße von Isolation bedroht und leiden an sensorischer Deprivation. So wirkt das ständige Nichterkennen der eigenen Lebenssituation, das wiederholte Erleben von starken Lebensängsten, Einsamkeit und Verlassensein (Orientierungslosigkeit) direkt auf den Menschen ein. Die Erlebniswelt für Menschen mit Demenz in dieser Lebensphase ist die unmittelbare Umgebung (Bett und Nische), die Nachbarschaft zu den Mitbewohnern sowie die Beziehung (Präsenz) zu den pflegenden Mitarbeitern.

Die wissenschaftliche Begleitung

Da diese Versorgungsform noch nicht in Deutschland etabliert ist, tritt mit Eröffnung der Pflegeoase im März 2010 die Modellklausel des Wohn- und Teilhabegesetzes in Kraft. Zusätzlich wird eine Begleitforschung durch die Universität Witten Herdecke stattfinden. Sie soll im Ergebnis klären, ob die Lebensqualität der Bewohner dieser Zielgruppe mit der Konzeption Pflegeoase tatsächlich erhöht werden kann.

Pflegefachliche Standards als Mitgeltende Dokumente:

D 1.1.3 D – 1 Vormittags- und Nachmittagsbegleitung

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Andreas Meier	2	16.02.2010	verantwortlicher Fachbereich	6 von 6