

Demenzkonzept



seniozentrum
jurablick hindelbank

Erstellt am 06.02.2019
Susanna Grossen

Überarbeitet am 18.06.2020
Silvia Anneler

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Ausgangslage | 3 |
| 1.1 | Einleitung..... | 3 |
| 1.1.1 | Definition Demenz..... | 3 |
| 2 | Ziel und Zweck des geschützten Wohnbereichs | 4 |
| 2.1 | Zielgruppe..... | 4 |
| 2.2 | Angehörige / Beistände | 5 |
| 3 | Handlungskompetenzen..... | 6 |
| 3.1 | Personenzentrierter Ansatz | 6 |
| 3.2 | Normalitätsprinzip..... | 6 |
| 3.3 | Alltagsgestaltung und Aktivitäten | 6 |
| 3.4 | Validation | 7 |
| 3.5 | Basale Stimulation – sich fühlen können..... | 7 |
| 3.6 | Ernährung – lustvoll Essen | 7 |
| 3.7 | Palliative Care – Das Leben vollenden | 8 |
| 3.8 | Kinästhetik – gemeinsam mobil | 8 |
| 4 | Ärzte..... | 9 |
| 5 | Herausforderndes Verhalten..... | 10 |
| 5.1 | Verhaltenssymptome | 10 |
| 5.1.1 | Das NDB-Modell | 11 |
| 5.1.2 | Abklärung..... | 11 |
| 6 | Bewegungseinschränkende Massnahmen | 12 |
| 6.1 | Organisatorische Einschränkung..... | 12 |
| 6.2 | Mechanische Einschränkung und sedierende Massnahmen | 12 |
| 7 | Der geschützte Wohnbereich | 14 |
| 7.1 | Milieugestaltung..... | 14 |
| 7.1.1 | Demenzgarten..... | 15 |
| 7.2 | Alltagsgestaltung | 15 |
| 8 | Freiwilligenarbeit | 16 |
| 9 | Evaluation / Qualitätssicherung | 17 |
| 10 | Quellenangaben..... | 18 |

1 Ausgangslage

Dieses Konzept beschreibt das Angebot für Menschen mit Demenz und wie wir es im Seniorenzentrum Jurablick umsetzen. Es ist ein verbindliches Leitinstrument für alle Mitarbeitenden unserer Institution. Die Inhalte dieses Konzeptes können jederzeit als Information für die Angehörigen verwendet werden.

1.1 Einleitung

Demenz ist nicht heilbar. Demenz ist ein unaufhaltsamer, sich immer wieder verändernder, degenerativer Prozess. Dieser Prozess verläuft jedoch nicht linear und allgemeingültig, sondern individuell. Menschen mit Demenz erleben Überforderungen, stehen immer wieder in für sie unerklärlichen Situationen. Sie befinden sich mitunter in einer früheren Zeit ihres Lebens und diese ist für sie in diesem Moment absolut real und für ihre Umwelt oft nicht nachvollziehbar. Viele Betroffene können im gewohnten Umfeld noch lange die Defizite kompensieren und kommen im normalen Leben mehrheitlich zurecht. Ist die eigene Kompensationsfähigkeit dann irgendwann ausgeschöpft und können die Menschen im Lebensumfeld des Betroffenen eine Selbst- oder Fremdgefährdung nicht mehr abfangen, ist der Einzug in eine Institution eine Option. In dieser Phase beginnen unsere Leistungen.

1.1.1 Definition Demenz

Die Alzheimervereinigung Schweiz bezeichnet Demenzerkrankungen als eine Funktionsstörung des Gehirns. Gemäss internationalen Definitionen ist es ein Krankheitsbild, das meist als Folge einer chronisch fortschreitenden Erkrankung des Gehirns auftritt und sich durch eine Störung von mehreren Hirnleistungsbereichen äussert. Diese Bereiche sind: Aufmerksamkeit, Sprache, Lernen und Gedächtnis, sogenannte Exekutivfunktionen (Planen, abstraktes Denken, Einsatz von Strategien, Problemlösung), Wahrnehmungsleistungen und Fähigkeiten der sozialen Interaktion. Die demenzbedingten Störungen schränken die betroffene Person in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens und/oder des Berufs ein und bewirken einschneidende Veränderungen in der Lebensgestaltung und in den Beziehungen. Betroffene können ihre Veränderungen oft selbst nicht wahrnehmen. Die Wesensveränderung wird daher meist durch das betreuende Umfeld erfasst.

«Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, die durch degenerative Veränderung des Hirnes verursacht wird. Vaskuläre Demenz wird durch kleine, oft häufig aufeinanderfolgende Hirninfarkte und/oder Durchblutungsstörungen des Gehirns ausgelöst. Bei vielen Erkrankten sind diese Ursachen überlappend. Seltener Demenzformen sind die Frontallappen-Demenzen (inklusive Pick'sche Krankheit), Demenz mit Lewy-Körper und Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.» (Alzheimervereinigung, 2017)

2 Ziel und Zweck des geschützten Wohnbereichs

Wir schaffen ein Umfeld, das den Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz Nähe, Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Die Pflege und Betreuung wie auch die Tagesgestaltung, orientieren sich an den Bedürfnissen der Bewohner. Durch Einfühlung (Empathie) und Verständnis, verbunden mit hoher fachlicher Kompetenz, versuchen wir die Individualität, die Achtung der Würde, und die Respektierung der Autonomie zu berücksichtigen sowie deren Integrität zu schützen.

- Menschen mit Demenz erleben in allen Phasen ihrer Erkrankung bestmögliche Lebensqualität
- Wir setzen im Rahmen unserer Möglichkeiten die operativen Ziele für Langzeitpflegeinstitutionen aus der Demenzstrategie Kanton Bern 2014 – 2019 um
- Das Pflegekonzept wird unter der Berücksichtigung der Wertekarte der Wenger Betriebs AG umgesetzt und gelebt
- Die Umsetzung des Konzepts unterstützt den Qualitätsentwicklungsprozess in der Betreuung und Pflege für Menschen mit Demenz im Seniorenzentrum Jurablick
- Für die Mitarbeitenden ist das Konzept eine verbindliche Leitlinie und eine Unterstützung in Prozessen der Entscheidungsfindung
- Der Einbezug aller Beteiligten ist gewährleistet
- Alle Beteiligten sind sich bewusst, dass es nicht immer sofort Lösungen für Probleme gibt und diese mitunter ausgehalten werden müssen
- Alle Beteiligten verstehen, dass es Geduld, Gelassenheit, Kreativität und Mut benötigt, sich auf die Prozesse einzulassen. Das Konzept fördert und fordert bei allen Beteiligten Gelassenheit, Geduld und gleichzeitig den Mut kreativ zu sein, auszuprobieren und Erfahrungen zu machen

2.1 Zielgruppe

Wir bieten Langzeit-, Übergangs-, Entlastungs- und Kurzzeit Pflegeplätze auf einem spezialisierten, geschützten Wohnbereich an. Unser Angebot richtet sich an Menschen mit Demenz in verschiedenen Stufen und Auswirkungen auf ihre Lebenssituation und auf ihr Umfeld.

Auch die Aufnahme von demenzerkrankten Menschen, welche aufgrund ihrer Behinderung oder einer psychischen Erkrankung bis anhin in einer entsprechenden Institution lebten, ist grundsätzlich möglich. Im Aufnahmeprozess klären wir, ob das Seniorenzentrum Jurablick die geeignete Wohnform bieten kann. Dabei wird das Wohl der anfragenden Bewohner und der im Heim lebenden Bewohner berücksichtigt.

Voraussetzung für einen Einzug in den geschützten Wohnbereich, ist eine Abklärung der Demenz. Grundsätzlich ist der Einzug in den spezialisierten Wohnbereich ein Prozess, begleitet von einer ausführlichen Information über das Angebot, seinen Möglichkeiten und Grenzen. Es bedarf einer seriösen Abklärung, d.h. ob und welchen Nutzen der zukünftige Bewohner von einem Leben im spezialisierten Wohnbereich hat.

Die Abklärung leitet die Geschäftsführerin, zusammen mit dem zukünftigen Bewohner und/oder ihren Angehörigen/Beistand, sowie des behandelnden Arztes und der Leiterin Pflege und Betreuung.

Das Seniorenzentrum Jurablick behält sich vor, die Aufnahme eines erkrankten Menschen nicht leisten zu können, wenn die dafür nötigen spezialisierten personellen Voraussetzungen nicht gegeben und/oder der Einzug gegen den deutlichen Willen des Betroffenen (z.B. fürsorgliche Unterbringung) stattfinden soll. Es gilt dabei auch das Ausmass der dadurch entstehenden Einschränkung der Autonomie und Bewegungsfreiheit von den anderen Bewohnern und deren eventuelle Gefährdung mit zu gewichten.

2.2 Angehörige / Beistände

Die Angehörigen spielen im Pflege- und Betreuungsprozess der Bewohner eine grosse Rolle. Sie sind die «Informanten», sie kennen die Bewohner meist ihr Leben lang. Die Bewohner bleiben auch weiterhin ein Teil ihrer Familie. Angehörige sind jederzeit willkommen, auch bei der Alltagsgestaltung und werden auf Wunsch ganz natürlich integriert. Wir informieren die Angehörigen oder im Falle einer Beistandschaft den Beistand/Vormund regelmässig.

Komplexe Entscheidungen werden unter Einbezug aller Beteiligten und wenn immer möglich auch mit dem betroffenen demenzerkrankten Menschen getroffen.

3 Handlungskompetenzen

„Keine Methode ersetzt persönliche Wärme, Toleranz und eine positive Einstellung zum Menschen“ Ruth Cohn

Für eine individuelle und phasengerechte Alltagsgestaltung, Betreuung und Pflege, orientieren wir uns an folgenden Handlungskompetenzen:

3.1 Personenzentrierter Ansatz

Carl Rogers und Marlis Pörtner definieren die Grundlagen für eine personenzentrierte Haltung mit einfühlendem Verstehen (Empathie), nicht wertendem Akzeptieren (Wertschätzung) und Echtheit (Kongruenz). Wir gehen von der Überzeugung aus, dass jeder Mensch über ein ihm innewohnendes Potenzial zur Persönlichkeitsentwicklung und konstruktiven Gestaltung seines Lebens verfügt, welches sich in Begegnungen von Person zu Person entfalten und verwirklichen kann. Diese kann sich durchaus von unserer «Normalität» erheblich unterscheiden. Nicht wir wissen, was für andere Menschen gut ist, sondern sie selbst. Wir sind ständig aufgefordert, unser Handeln und Bestreben zu überdenken, ob die Sinnhaftigkeit, die wir als normal empfinden, auch des zu begleitenden Bewohners entspricht. Die 12 positiven Interaktionen nach Tom Kitwood dienen uns dabei als Orientierung und Grundlage für einen personenzentrierten Ansatz.

3.2 Normalitätsprinzip

Das Normalitätsprinzip besagt, dass Menschen mit einer Demenz wieder auf ihre Normen und Handlungsweisen aus ihrer früheren Lebenszeit zurückgreifen. So versuchen wir möglichst nah an die früheren Lebenssituationen der Bewohner anzuknüpfen. Damit gestalten wir die Lebenssituation mit den Bewohnern so, dass sie sich wohl fühlen und unterstützt sind in fordernden Situationen.

3.3 Alltagsgestaltung und Aktivitäten

Orientieren wir uns am Normalitätsprinzip und am personenzentrierten Ansatz, bekommt die Alltagsgestaltung besonderes Gewicht. Bekannte Rituale leben können, zum Beispiel gemeinsames Kochen, gemeinsames Essen, Haushalten und gelebte Freizeittätigkeiten, regen die Sinne und die Erinnerungen an. Am Einbezug des Bewohners in die Alltagsgestaltung, sowie an der wohnlichen Gestaltung der Räume, beteiligen sich im Rahmen ihrer Kompetenzen alle Mitarbeitenden aus allen Bereichen des Seniorenzentrum Jurablick. Die Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung erfassen die Ressourcen und Bedürfnisse des Bewohners und klären mit den Bereichen ab, wie und wo der Einbezug gestaltet werden kann.

Nebst dem Einbezug in den Alltag, wird der Bewohner mit demenzieller Symptomatik eine, dem Stadium der Demenz phasengerechte Aktivierung, geboten. Dies kann durch Integration in Gruppen-Aktivitäten zusammen mit anderen Bewohnern geschehen, wie auch spezialisiert mit dem einzelnen Bewohner im Rahmen der Einzeltherapie. Die Aktivierungsfachfrauen gestalten diesen Prozess in der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Pflege und Betreuung sowie den Angehörigen des Bewohners. Im Rahmen der Alltagsgestaltung und in der Zusammenarbeit mit der Aktivierung, werden von den Mitarbeitenden kreative Gestaltung und Angebote erarbeitet und im Alltag eingebaut.

→ [Aktivierungskonzept](#)

3.4 Validation

In der Validation wird die Welt (Gefühle, Gedanken) des desorientierten Menschen für gültig (wahr) erklärt. Dies bedeutet, die innere Weisheit der desorientierten Menschen anzuerkennen. Validieren erfordert, empathisch zu sein. Es ist die Fähigkeit der einfühlsamen, verbalen und nonverbalen Kommunikation.

Der methodische Ansatz der integrativen Validation nach Nicole Richard® 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. Das bedeutet, sich auf die Sichtweise der Realität des Gegenübers einzulassen, und diese nicht zu korrigieren. Der demenzkranke Mensch wird nicht angeschwindelt, um auf ihn Einfluss nehmen zu können. So wird Vertrauen und Nähe aufgebaut, damit er Hilfe annehmen kann in fordernden Alltagssituationen und so möglichst wenig in eine Überforderung gerät. Ziel ist es, Ich-Identität und das Gefühl von Zugehörigkeit zu unterstützen (Integrative Validation nach Richard®, 2016).

Die Mitarbeitenden des Seniorenzentrum Jurablick sind geschult und kennen die Grundlagen der integrativen Validation.

3.5 Basale Stimulation – sich fühlen können

Wer an Reizen verarmt, blendet über kurz oder lang die äussere Realität aus und verliert die Orientierung. Aufgrund altersbedingter Hör- und Sehbehinderungen werden viele Sinnesreize nur noch schlecht wahrgenommen. Um einen Rückzug zu vermeiden und in der späteren Phase der Demenz die Auswirkungen des Rückzugs zu mildern, bieten wir basale Stimulation an. Durch Berührungen werden das Spüren des eigenen Körpers und die Empfindung der eigenen Lage im Raum, sowie die fünf Sinne Hören, Sehen, Schmecken, Fühlen und Riechen angeregt. Die Mitarbeitenden der Betreuung und Pflege sind in basaler Stimulation geschult.

3.6 Ernährung – lustvoll Essen

Je nach Phase der Demenz benötigt der Betroffene Unterstützung in der Ernährung. Manchmal vergessen Menschen mit Demenz die Fähigkeit zum Essen und Trinken, verspüren kein Bedürfnis dazu. Oft helfen Rituale und feste Essenszeiten dem Bewohner, Orientierung zu finden. Gemeinsame Mittagstische, gemeinsames Zubereiten einer Mahlzeit und gemeinsames Essen regen die Sinne und die Erinnerungen an. Im Rahmen der Alltagsgestaltung, in Zusammenarbeit mit der Küche und der Aktivierung, werden kreative Gestaltung und Angebote dazu durchgeführt. Mitunter ist es nicht immer möglich, demenzerkrankte Menschen in Rituale einzubinden oder sie sind ständig „in Bewegung“. Dem wird bei der Durchführung solcher Aktivitäten Rechnung getragen. Ebenfalls „vergessen“ sie oft zu Essen und brauchen Impulse, welche die Lust auf Essen auslösen. Diese Bewohner benötigen von uns das Angebot individuell und jederzeit Nahrung zu sich nehmen zu können.

3.7 Palliative Care – Das Leben vollenden

Menschen, die mit einer Demenzerkrankung oder an den Folgen einer Demenzerkrankung sterben, brauchen während der letzten Lebensphase spezifische Betreuung und Pflege. Die palliative Betreuung demenzerkrankter Menschen benötigt besondere Kenntnisse und stellt an Fachpersonen hohe Anforderungen. Leistungserbringer der Grundversorgung sollen Palliative Care in ihr Leistungsangebot aufnehmen, so dass alle Bewohner mit entsprechendem Bedarf – unabhängig vom Lebensalter und durch alle Bereiche der Medizin und Pflege – bedarfsgerecht versorgt werden.

→ [Palliative Care Konzept](#)

3.8 Kinästhetik – gemeinsam mobil

«Kinästhetik ist die Bezeichnung für die Erfahrungswissenschaft, die sich mit Bewegungskompetenz als einer der zentralen Grundlagen des menschlichen Lebens auseinandersetzt. Kinästhetik basiert auf der Erfahrung und Wahrnehmung der eigenen Bewegung. Es führt zu einer erhöhten Achtsamkeit für die Qualitäten und Unterschiede der eigenen Bewegung in allen alltäglichen Aktivitäten.»
(European Kinaesthetics Association, Infoblatt 1)

Häufig befinden sich Menschen mit Demenz in einer Phase, in der sie mündlich informiert nicht mehr verstehen, wie und wohin es nun sinnvoll wäre sich zu bewegen. Um sich im Alltag möglichst autonom zurechtzufinden ist es hilfreich, wenn sie mittels Impulse, Berührung und Bewegung (taktil) angeregt und unterstützt werden.

→ [Kinästhetik Konzept](#)

4 Ärzte

Früherkennung und Diagnostik sind bei Demenzerkrankungen von grosser Bedeutung. Dank einer frühzeitigen adäquaten Behandlung kann beispielsweise die Selbständigkeit von Betroffenen länger erhalten werden.

Auch für den Pflegeprozess ist eine Diagnostik äusserst relevant um Veränderungen pro aktiv ansprechen zu können. Betroffene können dadurch in den Krankheitsverlauf involviert werden. Ihre Vorstellungen von Behandlung, wo möglich auch mittels Patientenverfügung, können frühzeitig thematisiert werden. Zusätzlich ermöglicht die Diagnostik gezieltere pflegerische Unterstützung, da die Symptome je nach Krankheitsursache unterschiedlich auftreten.

Nebst den Angehörigen ist der Arzt für die Bewohner meist eine zentrale Person. Oft besteht ein jahrelanges Vertrauensverhältnis zu dem Bewohner und seinen Angehörigen. Der Arzt unterstützt den Patienten mit der Diagnostik Demenz und ermöglicht, mit deren Behandlung die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Er begleitet den Bewohner in der Entwicklung seiner Demenz und wird dafür von den Pflegenden über den Verlauf umfassend informiert.

Zeigt sich der Bedarf einer spezialisierten ärztlichen Unterstützung auf, werden wir nach Abklärung mit allen Beteiligten eine konsiliarische Beratung im Seniorenzentrum Jurablick, dem aktuellen Lebensumfeld des betroffenen Bewohners, organisieren. In ausgewiesenen speziellen Fällen (massiver Selbst- und /oder Fremdgefährdung) kann eine Verlegung in eine gerontopsychiatrische Institution beschlossen werden.

5 Herausforderndes Verhalten

Im Verlauf der Krankheit kann sich das Verhalten von Menschen mit einer Demenzerkrankung und von Menschen mit kognitiver Behinderung und einer Demenzerkrankung so verändern, dass es als störend und problematisch empfunden wird. Das herausfordernde Verhalten kann sich in Form von Aktivität oder von Passivität äussern. Dazu gehören etwa zielloses Herumwandern, Aggressivität, Schreien, Depressionen und Apathie. Solche Verhaltensweisen sind Ausdruck des starken Leidensdrucks, dem die Betroffenen ausgesetzt sind.

Gerade bei herausforderndem Verhalten ist es wichtig, über ein sinnvolles Grundwissen zum möglichen Verlauf und zu den möglichen Begleiterscheinungen einer demenziellen Erkrankung zu verfügen. Wesentliche Voraussetzungen für deeskalierendes Handeln in Krisensituationen sind die Haltung und die daraus folgende Handlung bzw. Reaktion der Fachpersonen. In diesem Sinn tragen die Fachpersonen einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität der Menschen bei, die an Demenz erkrankt sind. Dies gilt gleichsam für Menschen mit einer geistigen oder einer psychischen Behinderung, die an einer Demenz erkrankt sind.

Im neuropsychiatrischen Inventar Version Pflegeheim NPI-NH von RAI werden folgende Verhaltensweisen als «herausfordernd» klassiert:

- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Erregung / Aggression
- Depression / Dysphorie
- Angst
- Euphorie / Hochstimmung
- Apathie / Gleichgültigkeit
- Enthemmung
- Reizbarkeit / Labilität
- Abweichendes motorisches Verhalten

Grundsätzlich gilt: Verhalten ist immer im Beziehungskontext zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu betrachten und zu verstehen. Das heisst, das Verhalten einer Person steht immer in Beziehung zu ihrer aktuellen Umwelt. Daher ist neben der Lebensgeschichte auch diese Beziehung zu berücksichtigen, um ein Verhalten verstehen zu können.

Für diese Verhaltensveränderungen werden im deutschsprachigen Raum Fachbegriffe wie Verhaltensstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensprobleme verwendet. In der internationalen Literatur trifft man oftmals auf den Begriff «behavioural and psychological symptoms in dementia», abgekürzt BPSD.

5.1 Verhaltenssymptome

Herausforderndes Verhalten im Sinne von psychischen Symptomen und Verhaltenssymptomen ist bei Menschen mit einer Demenzerkrankung sehr häufig: 80–90 Prozent aller Erkrankten sind im Verlauf ihrer Krankheit davon betroffen. Man geht davon aus, dass dies auch bei Menschen mit kognitiver Behinderung oder psychischer Behinderung und einer demenziellen Erkrankung der Fall ist.

Als häufigste Symptome sind bekannt:

- Agitation (Angetriebenheit) / Aggression
- Reizbarkeit, Apathie (Teilnahmslosigkeit)
- Depression
- Ängstlichkeit
- Wahnvorstellungen
- Enthemmung
- Abweichendes motorisches Verhalten
- Euphorie
- Halluzinationen

Herausforderndes Verhalten kann in verschiedenen Stadien der demenziellen Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen und Kombinationen auftreten. Dieses Verhalten belastet Erkrankte, Angehörige, Betreuende und Pflegende oft stärker als die kognitiven Einschränkungen. Herausforderndes Verhalten kann viele Gründe haben, wobei diese oft nicht klar eruierbar sind.

5.1.1 Das NDB-Modell

Eine handhabbare Übersicht über mögliche Ursachen und Auslöser für herausforderndes Verhalten bietet das sogenannte NDB-Modell (need-driven dementia-compromised behavior model), das von einer Gruppe von nordamerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt wurde. Das NDB-Modell wird im deutschsprachigen Raum als «bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz» bezeichnet. Das Modell dient unter anderem als Hilfsmittel für eine verstehende Diagnostik.

Das Modell unterscheidet zwei Arten von Variablen oder Faktoren, die ein Verhalten beeinflussen. Gemäss Alzheimerforum.de (Rahmenempfehlungen, 2006. S. 15) handelt es sich dabei einerseits um Hintergrundfaktoren, welche durch Interventionen kaum beeinflusst werden können. Die Beschreibung dieser Faktoren hilft aber, Risiken zu erfassen. Zur Gruppe der Hintergrundfaktoren zählen etwa der Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten, aber auch Merkmale, die in die Krankheit mitgebracht wurden (z.B. Persönlichkeitseigenschaften, Reaktionen auf Belastungen).

Die zweite Gruppe von Faktoren wird als proximale, das heisst nahe Faktoren bezeichnet. Diese können eher beeinflusst werden. Zu ihnen gehören physiologische Bedürfnisse (z.B. Schmerzen, Hunger, Durst, Schlafstörungen), psychosoziale Bedürfnisse, Umgebungsreize (z.B. Licht, Farben, Lärm, Geräusche) sowie die soziale Umgebung (z.B. Kontinuität des Personals, Spannungen im Team oder mit Angehörigen).

5.1.2 Abklärung

Jedes Verhalten – auch das von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung mit oder ohne zusätzlicher geistiger oder psychischer Behinderung – hat seine Gründe. Deshalb besteht der erste Schritt einer angemessenen Reaktion in der Suche nach diesen Gründen.

Bei Menschen mit einer Demenzerkrankung und geistiger Behinderung, kommt dem Beobachten des täglichen Verhaltens, gerade auch in Phasen mit herausforderndem Verhalten, eine wichtige Bedeutung zu. Die Beobachtungen müssen allerdings regelmässig gemacht und dokumentiert werden.

6 Bewegungseinschränkende Massnahmen

«Menschen mit Demenz verlieren mit dem Fortschreiten der Krankheit ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Damit sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten in Entscheide, die sie selber betreffen, einbezogen werden können, müssen ihre kognitiven Ressourcen immer wieder neu eingeschätzt werden. Dabei ist der situationsbezogene Einbezug der Menschen mit Demenz, in allen Belangen die sie betreffen, von grosser Bedeutung. Die grösstmögliche Autonomie des betroffenen Menschen gilt es in allen Krankheitsphasen zu wahren.

Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit sind kein „Ein-Mann-Entscheid“ sondern das Ergebnis eines Prozesses. Das heisst, entscheiden wir Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, sind im Prozess bereits alternativen Möglichkeiten erprobt und begleitende Massnahmen erfasst und mit den Beteiligten besprochen. In der Phase der Einschränkung müssen kontinuierlich weitere Alternativen eruiert und geprüft werden. Unser oberstes Ziel ist es, die einschränkende Massnahmen wieder absetzen zu können. Die gesetzlichen Vorgaben des neuen Erwachsenenschutzrechtes halten wir unabdingbar ein.

→ Bewegungseinschränkende Massnahmen

6.1 Organisatorische Einschränkung

Organisatorische Massnahmen sind in der Regel überwachende Massnahmen wie Sensormatten als Bettvorlage und Funkortung (GPS). Auch die nur mittels Code zu öffnende Tür zum geschützten Wohnbereich ist eine organisatorische Einschränkung. Organisatorische Einschränkungen wenden wir in dem Bewusstsein an, dem Bewohner dadurch grösstmögliche Autonomie und Freiheit zu gewähren und gleichzeitig bestmöglichen Schutz zu bieten.

6.2 Mechanische Einschränkung und sedierende Massnahmen

Mechanische Einschränkungen sind in der Praxis fixierende Massnahmen wie Fixation von Rumpf durch Körpergurte, Spezialdecken, Pflegeoverall, hochgestellte Bettgitter usw. Das Verabreichen von Medikamenten, welche den Bewohner „ruhigstellen“ und damit in seiner Aktivität und Mobilität massiv schwächen, bezeichnen wir als sedierende Massnahmen.

Mechanische und sedierende Massnahmen sind objektiv und subjektiv massive Übergriffe auf die Integrität und Würde für alle Beteiligten.

Dies nicht nur für den, der sie erfährt, sondern auch für denjenigen, der sie ausübt. Das Risiko der physischen und psychischen Verletzung ist für beide erheblich. Zudem schwächen diese erzwungen einschränkende Massnahmen erheblich die Gesundheit und die Ressourcen des Betroffenen in der Mobilität und in der Lebensgestaltung.

Sie sind deshalb nur in aller äussersten Ausnahme möglich. Das heisst bei massiver Selbst- und Fremdgefährdung, nach Abklärung aller erdenklichen Alternativen und nur während einer klar definierter Zeitspanne mit begleitenden Massnahmen. Neue Alternativen müssen in dieser Zeit erarbeitet und umgesetzt werden. Zum Beispiel kann mit Milieugestaltung im personenzentrierten Ansatz viel Unruhe und Erregung abgefangen werden. Die gesetzlich vorgeschriebene

Vereinbarung zur Massnahme und die Zeitspanne der Überprüfung sind in unserer elektronischen Pflegedokumentation hinterlegt und so auch automatisch vorgegeben.

In Rundtischgesprächen mit den Beteiligten, sprich Angehörige, Arzt, Pflege und wenn immer möglich mit dem Bewohner, treffen wir gemeinsam Entscheidungen die regelmässig, gemäss gesetzlicher Vorschrift, evaluiert und aktualisiert werden. Dabei gilt es die gesetzlichen Grenzen zu beachten. Das heisst:

«Wer per Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Beistandschaft oder Gesetz eine urteilsunfähige Person vertritt, handelt immer im Namen und im Auftrag derer. Handlungen und Entscheide sind am mutmasslichen Willen und an den Interessen des Bewohners auszurichten.»

Vertreterinnen und Vertreter sind:

Zu Entscheiden berechtigt in allen Belangen, über die auch der Bewohner selber entscheiden könnte, wenn er nicht urteilsunfähig wäre: Persönliche Angelegenheiten, medizinische und pflegerische Massnahmen, Vertragshandlungen, Vermögensverwaltung usw..

NICHT zu Entscheiden berechtigt bei bewegungseinschränkenden Massnahmen und der Umsetzung einer fürsorgerischen Unterbringung.

7 Der geschützte Wohnbereich

Wir bieten für Menschen mit Demenz im Seniorenzentrum Jurablick eine integrative Wohnform auf der Pflegeabteilung und eine segregative Wohnform im geschützten Wohnbereich an.

Der Entscheidungsfindung liegt die Phase der Demenz zugrunde, in der sich der Betroffene momentan befindet. Wir definieren drei Phasen in Anlehnung an das «drei Welten Konzept» von Dr. Christoph Held. Hierbei handelt es sich um ein spezielles Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen.

Das Besondere an diesem Betreuungskonzept ist, dass in der stetig sich verändernden Lebenswelt vom demenzerkrankten Menschen das jeweils dominante „Erleben“ des Betroffenen einem Stadium zugeordnet wird und sich die Betreuung und Pflege darauf ausrichtet.

Die drei Welten werden wie folgt aufgeteilt:

Erste Welt = Welt der kognitiven Erfolglosigkeit

Zweite Welt = Welt der kognitiven Ziellosigkeit

Dritte Welt = Welt der kognitiven Schutzlosigkeit

Schwerpunktmässig leben Menschen in der 2. Welt der Demenz im geschützten Wohnbereich. Menschen mit Demenz bieten wir in diesem geschützten Wohnbereich einen phasengerechten Alltag sowie Betreuung und Pflege, die dem Stadium ihrer Demenz entsprechen. Das bedeutet im Detail folgendes:

- Durch ein spezialisiertes Alltagsangebot, personenzentriert, dem Normalitätsprinzip entsprechend, werden sie gefördert aber nicht überfordert
- Sie haben im spezialisierten Wohnbereich wieder einen grösseren Bewegungs-, Verhaltens- und Lebensfreiraum als im integrierten Wohnbereich
- Ihre Verhaltensauffälligkeiten werden akzeptiert. Sie sind weniger gefährdet, erleben weniger Konflikte und weniger daraus entstehende Einschränkungen
- Sie erhalten einfühlsame und kompetente Betreuung durch Pflegenden mit spezialisiertem Wissen in diesen Phasen der Demenz

7.1 Milieugestaltung

Besonderes Gewicht liegt in der Milieugestaltung des Wohnbereichs. Farben, Bilder, Licht helfen dem Menschen sich zu orientieren. Mobile, verhaltensauffällige Demenzkranke besitzen teilweise einen hohen Bewegungsdrang. Dieser dient u.a. dem Abbau innerer Spannungen und darf so wenig wie möglich eingeschränkt werden.

Die Raumstruktur des Wohnbereiches ermöglicht Bewegungsfreiraum und dadurch ein grosses Ausmass an Autonomie. Sie gibt Gelegenheit zu sozialen Kontakten, bietet Raum für Gruppen und Eigenbeschäftigung, oder die Möglichkeit zum Rückzug. Ein direkter Zugang zum Garten mit Sitzgelegenheiten lädt zum Spazieren, Gärtnern, Beschäftigen und zum Ausruhen ein.

7.1.1 Demenzgarten

Unsere Gartenanlage, die unterschiedliche Pflanzen, Licht- und Schattenplätze, sowie offene und geschützte Räume kombiniert, wirkt ansprechend, lädt zu Spaziergängen ein und fördert die Sinneswahrnehmung.

Wir beachten folgende Grundsätze:

- zum Schutz der Bewohner ist die Gartenanlage entsprechend gesichert
- Wege führen immer wieder zum Ausgangspunkt zurück (sogenannte Endloswege)
- Wege bieten genügend Platz, um nebeneinander zu gehen oder sich von vorn zu kreuzen
- Die Bepflanzung besteht aus einheimischen Pflanzen, die keine Verletzungs- oder Vergiftungsgefahr darstellen
- Aussensitzplätze laden zum Verweilen ein

7.2 Alltagsgestaltung

Das Hauptengagement liegt im Einbezug des Bewohners in die Tagesgestaltung. Dabei beteiligen sich alle Mitarbeitenden auf dem Wohnbereich. Bei allen unterstützenden Massnahmen, sei es bei der Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft, werden die Bewohner gemäss ihren Ressourcen mit eingebunden: Kochen, Backen und gemeinsames Essen, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Singen, Geschichten erzählen, Gartenarbeit sowie gemeinsames Spazierengehen. Für besonders bewegungsintensive Bewohner können auch kleinere Ausflüge in der umliegenden Region geplant und umgesetzt werden. Die Kreativität der Bewohner und der Mitarbeitenden wird gelebt.

Interne, gesellschaftliche Veranstaltungen wie Tanznachmittag, Vortrag, Sommerfest, Konzert etc. werden nach Möglichkeit und in entsprechender Begleitung, auch von Bewohnern des geschützten Wohnbereichs besucht.

Die Aktivitäten in der Alltagsgestaltung sind im Tagesablauf definiert, strukturiert, geplant und werden von dem tagesverantwortlichen Pflegenden organisiert.

8 Freiwilligenarbeit

Im Seniorenzentrum Jurablick sind freiwillig helfende Personen in verschiedensten Bereichen und für vielfältige Aufgaben im Einsatz. Dank diesen Menschen erleben die Bewohner schöne Momente bei Spaziergängen, im persönlichen Austausch, bei Besuchen und Gesprächen, sowie bei Aktivitäten in Gruppen wie z.B. Jassen, Spielen, Ausflüge usw. Damit werden die persönlichen Ressourcen gestützt und erhalten.

Die Organisation und Rekrutierung geeigneter freiwilliger Helfer für Menschen mit Demenz unterliegt der Geschäftsleiterin. Die freiwillig Helfenden werden von der Leiterin Pflege in ihre Aufgaben eingeführt und während ihren Einsätzen unterstützt. Bei regelmässigen Erfahrungsaustauschtreffen wird neues Wissen vermittelt und konkrete Fragen, die sich aus den Einsätzen ergeben, werden beantwortet und diskutiert. Art, Umfang und Häufigkeit der Einsätze sind individuell vereinbart.

Die freiwillig Helfenden melden sich vor und nach ihrem Einsatz bei der tagesverantwortlichen Pflegenden oder deren Stellvertretung.

Mit allen freiwilligen Helfern wird eine Einsatzvereinbarung abgeschlossen. Bei internen Weiterbildungen zum Thema Demenz bieten wir interessierten freiwillig Helfenden die Möglichkeit zur Teilnahme an. Die Rechte und Pflichten, insbesondere der Datenschutz, sowie die Schweigepflicht, sind den freiwillig Helfenden bekannt.

9 Evaluation / Qualitätssicherung

Für ein wirksam umgesetztes Konzept sind nebst einer Phasenplanung mit Teilzielen die periodische Überprüfung der Zielerreichung und die Aktualität des Konzeptes erforderlich. Auch neues Wissen und andere Gegebenheiten erfordern mitunter eine Anpassung des Konzeptes. Die Bereichsleiterin Pflege ist verantwortlich für den Prozess der Umsetzung, Aktualisierung und der Evaluation des Konzeptes alle 2 Jahre.

„Eine liebevolle Atmosphäre in deinem Heim ist das Fundament deines Lebens“
– Dalai Lama –

10 Quellenangaben

- Schweizerische Alzheimervereinigung www.alz.ch
- CURAVIVA Schweiz www.curaviva.ch/fachinformationen/politik
- Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften www.samw.ch Richtlinien zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
- Pflegezentrum Waldruh Wohnbereich Oase Waldrose www.waldruh.ch
- <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>