

Konzept geschützter Wohnbereich



Wohnbereich A
tilia Stiftung für Langzeitpflege
Ittigenstrasse 16
3063 Ittigen

Konzept geschützter Wohnbereich

Inhaltsverzeichnis

1. Grundsätze

- 1.1 Ausgangslage
- 1.2 Ziel
- 1.3 Mögliche medizinische Diagnosen
- 1.4 Zielgruppen
- 1.5 Aufnahmeentscheid
- 1.6 Aufenthaltsdauer
- 1.7 Ethische Grundhaltung
- 1.8 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

2. Pflege und Betreuung

- 2.1 Pflege
- 2.2 Drei Welten Modell
- 2.3 Palliative Care
- 2.4 Basale Stimulation
- 2.5 Validation
- 2.6 Milieuthherapie
- 2.7 Snoezelen
- 2.8 Ernährung/Trinken
- 2.9 Umgebungsgestaltung
- 2.10 Gartengestaltung
- 2.11 Tiere

3. Weitere Dienste

- 3.1 Ärztliche Betreuung
- 3.2 Aktivierungstherapie
- 3.3 Maltherapie
- 3.4 Musiktherapie
- 3.5 Physiotherapie
- 3.6 Seelsorge
- 3.7 Freiwillige Mitarbeiterinnen
- 3.8 Aktivitätenplan

4. Personal

- 4.1 Stellenplan
- 4.2 Fort- und Weiterbildung / Support

5. Angehörige

6. Quellenangaben und weiterführende Literatur

1 Ziel

1.1 Ausgangslage

Im tilia Pflegezentrum Ittigen leiden die Hälfte bis zwei Drittel der Bewohnerinnen¹ an einer mittelschweren bis schweren Demenzerkrankung oder an einer andern, mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen verbundenen Krankheit.

Jeder demenzkranke Mensch ist anders, hat seine individuellen Bedürfnisse, die sich im Verlaufe der Krankheit stark ändern können. Gemeinsam ist allen Demenzkranken, dass sie sich im Laufe der Zeit immer weniger an die Anforderungen der Umwelt anpassen können. Deshalb muss sich die Umwelt immer mehr den Demenzkranken anpassen

(= milieuthérapeutischer Ansatz). Diese beiden Aspekte berücksichtigen wir; wir wollen den an Demenz erkrankten Menschen, ihren Bedürfnissen angepasst, ein angemessenes Leben mit möglichst grossem Wohlbefinden ermöglichen.

Da auf jedem Wohnbereich demenzkranke Menschen leben, muss das gesamte Personal für die Betreuung demenzkranker Menschen kompetent sein. Unsere Strukturen, unsere Organisation und unser Betreuungskonzept eignen sich für die Betreuung von Demenzkranken und von allen andern pflegebedürftigen Menschen, die bei uns leben. Jedoch benötigen bestimmte Demenzkranke wegen ihres speziellen Verhaltens oder wegen ganz spezifischer Bedürfnisse besondere Strukturen und Betreuungsangebote, die auf einem „gemischten“ Wohnbereich für andere Bewohnerinnen ungünstig wären; oder ihr Verhalten ist so, dass sie und andere Heimbewohnerinnen sich dadurch gegenseitig stark stören, und dass damit alle Beteiligten in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt würden. Für diese Gruppe demenzkranker Menschen schaffen wir einen geschützten Wohnbereich mit geschütztem Garten. Durch die spezifischen Strukturen und durch die Sensibilisierung und Schulung des Personals, welches durch die intensive Auseinandersetzung mit diesen Krankheitsbildern besondere Kompetenz erwirbt, kann auch auf die Bedürfnisse dieser Gruppe demenzkranker Menschen individuell und optimal eingegangen werden.

Es sind aus vielen Ländern und zahlreichen Untersuchungen verschiedene Betreuungskonzepte Demenzkranker im stationären Bereich bekannt, wobei unter anderem Vor- und Nachteile segregativer, teilsegregativer und traditionell integrativer Betreuungsformen diskutiert werden. Nach unserer Erfahrung sind in diesem Zusammenhang zwei Aspekte von Bedeutung:

Erstens: Welches Betreuungskonzept auch gewählt wird, es ist immer davon auszugehen, dass es neben der häufig vorkommenden Demenz vom Alzheimer-Typ auch viele andere Demenzerkrankungen und Krankheiten mit schweren kognitiven Einschränkungen gibt mit andern und vielfältigen Symptomen und weniger voraussehbaren Verläufen. Auch diesen Menschen wollen wir die bestmögliche Betreuungsqualität bieten.

Zweitens: In der Diskussion betreffend getrennte oder integrierte Betreuungsformen kommt es vor allem darauf an, die „richtigen“ Bewohnerinnen für die „richtige“ Form auszuwählen. Das heisst: klare Kriterien zu formulieren, welche Demenzkranke vor allem von der segregativen Betreuungsform profitieren. Dabei ist durchaus möglich, dass wir uns in einzelnen Situationen täuschen und deshalb einen Wohnbereichswechsel vornehmen müssen. Wir wollen offen genug sein, aus unseren Erfahrungen zu lernen.

¹ In diesem Konzept wird die weibliche Form benützt, sinngemäss sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

1.2 Ziel

Im geschützten Wohnbereich leben pflegebedürftige Bewohnerinnen, die von dem Angebot (strukturell / baulich / personell, organisationsspezifisches Betreuungsangebot) des geschützten Wohnbereichs besonders profitieren können. Das bedeutet, sie können von einer besseren Lebensqualität profitieren als in einem integrativen Wohnbereich.

1.3 Mögliche medizinische Diagnosen

- Fortgeschrittenes dementielles Syndrom
- Angeborene oder frühkindlich erworbene schwere geistige Behinderung
- Andere psychiatrische Diagnosen

1.4 Zielgruppen

Menschen mit:

- Psychomotorischer Unruhe / zielloses Wandern / starkem Bewegungsdrang
- Drang nach Hause zu gehen; Weglauf Tendenz
- Unfähigkeit eigenen Besitz von fremdem zu unterscheiden
- Verhaltensstörungen, welche im Zusammenleben mit anderen Bewohnerinnen zu Schwierigkeiten führen
- Schwere, andauernde Angstsymptomatik, die durch den geschützten Wohnbereich positiv beeinflusst werden kann
- Wahnhafte Störungen und Halluzinationen
- Weitere psychische Störungen, die im geschützten Wohnbereich mit seiner intensiven und spezifischen Betreuung und dem besonderen Milieu besser behandelt werden können
- Gestörtem Tag/Nachtrhythmus

1.5 Aufnahmeentscheid

Der Aufnahmeentscheid wird von der Wohnbereichsleiterin oder deren Stellvertreterin, der Leiterin Pflege und Betreuung und der leitenden Ärztin gemeinsam im Konsens gefällt.

1.6 Aufenthaltsdauer

Falls nicht gewichtige Gründe dagegen sprechen, bleiben die Bewohnerinnen im geschützten Wohnbereich bis zu ihrem Lebensende.

1.7 Ethische Grundhaltung

Die ethische Grundhaltung ergibt sich aus den Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) und des Berufsverbandes der diplomierten Pflegefachfrauen- und Männer (SBK).

In ethischen Dilemmasituationen kann das tilia Ethikforum zur Beratung beigezogen werden.

1.8 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei der Betreuung und Behandlung von demenzerkranken Menschen sind verschiedene Berufsgruppen involviert. Um eine optimale Zusammenarbeit zu gewährleisten, ist eine Vernetzung der verschiedenen Bereiche sehr wichtig. Das multidisziplinäre Team des geschützten Wohnbereichs setzt sich aus der Pflege und Betreuung, der Medizin, der Aktivierungstherapie (inklusive Mal- und Musiktherapie), der Physiotherapie und der Seelsorge zusammen. Bei Bedarf wird mit weiteren Diensten eng zusammengearbeitet, wie zum Beispiel der Küche, dem Gärtner, der Hotellerie, dem technischen Dienst sowie den freiwilligen Mitarbeiterinnen. Als Gefässe zum Austausch dienen verschiedene Rapporte und Austauschsitzen sowie die Pflegedokumentation.

2 Pflege und Betreuung

2.1 Pflege

Die Pflege im geschützten Wohnbereich lehnt sich an das Leitbild der tilia Stiftung sowie an die Leitsätze der Pflege und Betreuung der tilia Pflegezentren an. Zur genaueren Definierung der angebotenen Pflege werden die folgenden Modelle, beziehungsweise Konzepte, näher beschreiben und auf die Situation des geschützten Wohnbereichs adaptiert. Weitere Konzepte wie Kinästhetik oder Aromapflege sind in den tilia Standards bereits beschrieben.

2.2 Drei Welten Modell

Erste Welt = Welt der kognitiven Erfolglosigkeit (leichte Demenz)

- Schwierigkeiten mit kognitiven Leistungen
- Psychische Reaktion: Trauer, Angst, Kränkung, Verunsicherung
- Sinn für Eigentum und Privatsphäre ist erhalten
- Empfindet für Mitbewohner, Sinn für soziale Umgangsformen sind vorhanden, aber leicht störrisch

Die Welt der Erfolglosigkeit wird in diesem Projekt nicht näher beschrieben.

Zweite Welt = Welt der kognitiven Ziellosigkeit

- Handlungen sind nicht mehr durch Absicht, Überlegungen, Planen bestimmt, Kommunikation und soziale Fähigkeiten sind eingeschränkt
- Ablenkungen durch Umwelt und Details bewirkt zielloses Suchen, Wandern. Gegenstände werden ertastet, Räume erlaufen ect..
- Alle Räume werden gleich gewertet und erlebt, Sinn für Eigentum und Privatsphäre schwindet
- Kindliche Gefühle wie Zutrauen, Sorglosigkeit, Streit Kontaktbedürfnis, Neid, Eifersucht und Streit bestimmen Beziehungen
- Verlust von Hemmungen

Ziel:

Umwelt und Umgang so zu gestalten, dass sich die Demenzerkrankten sicher, geschätzt und geliebt fühlen.

Dazu braucht es:

- Möglichst keine geschlossenen Türen und Absperrungen
- Rundwege im Haus, keine Sackgassen, keine schmalen Gänge an denen die Bewohner nicht aneinander vorbeikommen
- Zugang zu eingezäunter Aussenanlage
- Angebote wie selber Bedienen beim Frühstück, behilflich sein beim Bett machen, Gartenarbeiten, Blumen giessen ect., unter Begleitung des Personals.

Dritte Welt = Welt der Schutzlosigkeit

- Völlige Pflegebedürftigkeit
- Funktionelle und körperliche frühkindliche Regression (Rückgang) wie Sprachverlust, Immobilität, Inkontinenz ect.
- Die Bewohner sind Aussenreizen schutzlos ausgeliefert, Reizüberflutung durch Rummel, lautes TV/Radio, Mitbewohner
- Sinn für Eigentum, Privatsphäre
- Der Raum verengt sich auf eine „kleine Welt“ im Umkreis eines Bettes oder einer Lagerung
- Verhaltensstörungen sind Ausdruck unverstandener Bedürfnisse.

Ziel:

Fühlt sich in seiner Umgebung sicher und geborgen,

Dazu braucht es:

- Moderierte Anregung durch basale Stimulation
- Möglichst Lärmvermeidung
- Ur-Empfindungen wie Berührungen, Wärme, Licht, Klänge und Düfte anbieten
- Ernährung anpassen
- Schutz vor Reizüberflutung bei gleichzeitiger Vermeidung von Alleinsein
- Palliativpflege, differenzierte Schmerzerfassung

2.3 Palliative Care

Palliative Betreuung (internationale Bezeichnung: "Palliative Care") wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO definiert als "Lindern eines weit fortgeschrittenen, unheilbaren Leidens mit begrenzter Lebenserwartung durch ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel einer hohen Lebensqualität für die Bewohnerin und ihre Angehörigen und möglichst am Ort der Wahl der Bewohnerin". Dies unabhängig davon, wie alt sie sind und an welcher Krankheit sie leiden. Palliative Medizin und Betreuung umfasst also medizinische Behandlungen, körperliche Pflege, aber auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung. (SGPMPB, 2001).

Palliative Care ist ein aktiver Prozess und umfasst körperliche, psychische, spirituelle und soziale Pflege und Betreuung, Behandlung und Unterstützung. Es ist nicht ausschliesslich Sterbebegleitung, sondern hat zum Ziel, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die durch keine Massnahmen zu heilen sind, in der ihnen verbleibenden Zeit eine von ihnen als bestmögliche definierte Lebensqualität zu erhalten. Autonomie, Würde, Wohlbefinden, Lebensqualität und die Individualität der Bewohnerinnen stehen im Zentrum des Handelns.

Der Bewohnerin wird mit Empathie begegnet um mit ihr, so weit als möglich gemeinsam Entscheidungen zu finden. Palliative Care zeigt aber auch praktische Wege zur Rehabilitation in nicht heilbaren Situationen auf, mit dem Ziel des Lebens bis zum Tod.

Es werden physische, psychische, spirituelle, soziale und kulturelle Aspekte berücksichtigt.

Oberstes Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität formuliert aus der Sicht der Bewohnerin, sowie Hilfe zur Selbsthilfe.

2.4 Basale Stimulation

Das Konzept der Basalen Stimulation gibt uns pflegerische Möglichkeiten, über die Wahrnehmungsbereiche mit dem Menschen in Beziehung zu treten, seine Interessen für sich und die Umgebung zu wecken, Vertrauen zu vermitteln und Orientierung zu fördern.

Der Mensch soll sich als eigene Persönlichkeit fühlen, Vertrauen zu sich und der Umwelt erfahren.

Ziel:

- Mittels gezielten Angeboten den Menschen in seiner Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit während der Pflege und Betreuung fördern (siehe auch tilia Standard).
- Aktivitäten zu erhalten

Dazu braucht es:

- Kontinuität
- Ermöglichen primärer positiver Lebenserfahrung
- Aufbau und Erhalten einer individuellen Beziehung zur Bewohnerin
- Bewusste und strukturierte Abläufe
- Anpassung an den Lebensrhythmus des zu Pflegenden

Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien um die basale Stimulation umzusetzen, sind im tilia Standard zur basalen Stimulation beschrieben.

2.5 Integrative Validation

Die Integrative Validation ist eine wertschätzende Umgangs- und Kommunikationsform, die die Ressourcen des kranken Menschen in den Vordergrund stellt. Die Innenwelt der Menschen mit Demenz wird akzeptiert. Jeder Erkrankte ist anders, jeder hat eine verschiedene Lebensgeschichte, eine eigene Innenwelt und unterschiedliche Fähigkeiten und Stärken. Die Integrative Validation stellt die Person, deren Biographie und Lebensthemen und die individuelle Ressourcen in den Mittelpunkt.

Ziel:

- Gezielt das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz erfassen und verbessern
- Mittels Integrative Validation können wir Sicherheit und Würde vermitteln

Dazu braucht es:

- Sensibilität um ein bewusstes Wahrnehmen und Handeln
- Genügend in Integrative Validation geschultes Personal
- Umfassende und sorgfältige Information
- *Anpassung* an den Lebensrhythmus des zu Pflegenden

2.6 Milieuthherapie

Unter Milieutherapien wird ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzerkrankten verstanden. Die Milieuthherapie stellt ein umfassendes Betreuungskonzept dar, in dessen Zusammenhang sich die Begriffe „Milieu“ sowohl auf die räumliche Umgebung als auch auf die Umgangsformen und Aktivitäten bezieht.

Es soll eine Verbesserung des gesamten therapeutischen Milieus, besonders der Langzeitpflege erzielt werden, wobei die psychischen Bedürfnisse der Demenzkranken im Vordergrund stehen. Die therapeutische Wirkung resultiert nicht nur aus Einzelkomponenten der baulichen Umgebung als Milieu, sondern vom Zusammenwirken aller Milieukomponenten (Bau, psychosoziales Milieu, Organisation).

Ziel:

- Die Milieuthherapie soll dem Demenzkranken ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und vom pathologischen Stress befreites Leben, trotz der zunehmenden Adaptionsstörung an ihre Umwelt, ermöglichen.
- Die adäquate Gestaltung der Umgebung soll Quellen der Überforderung abbauen und Sicherheit und Geborgenheit ausstrahlen
- Durch die Milieuthherapie soll die Belastung für die Betreuende reduziert werden

Notwendig dazu:

- Soziale Umgebung beinhaltet eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Dies ist eine Voraussetzung für ein günstiges therapeutisches Milieu
- Beziehungskonstanz, das heisst Bezugspersonensystem. Es soll eine persönliche Beziehung zwischen den Demenzerkrankten und dem Mitarbeitenden aufgebaut werden
- Eine positive Grundhaltung dem Erkrankten gegenüber (wie Respekt, Akzeptanz, Partnerschaftlichkeit, Kritikvermeidung, Bestätigung der Realität des dementen Menschen) ist eine geforderte Voraussetzung
- Eine fest vorgegebene Tagesstruktur in der sich Aktivitäten und Ruhephasen abwechseln. Dabei soll, um ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln, jeder Tag gleich strukturiert sein.
- Eine weitere Zielsetzung der Tagesstrukturierung ist die Vermittlung des Gefühls der Bestätigung, die Steigerung des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens.
- Biografie- und Erinnerungsarbeit.
- Die Aktivierung kann sowohl bekanntes wie z.B. Wäsche bügeln als auch unvertraute Handlungen beinhalten.
- Zum strukturierten Tagesablauf gehört auch das regelmässige Treffen von Gruppen. Wichtig ist das Gefühl ein Teil einer Gruppe zu sein. Die Gruppe soll möglichst klein sein. Aktivitäten wie singen, tanzen, Ballspielen, Spaziergänge, kochen und backen sind dazu sehr geeignet.
- Trotz des relativ festen Rahmens im Tagesablauf soll der Spontanität und den Wünschen der dementen Person keine zu feste Begrenzung gesetzt werden, was auch „Milieu à la Carte“ genannt wird.
- Die Raumstruktur soll möglichst barrierefreie Wege bieten, um dem Bewegungsdrang dementer Menschen entgegen zukommen.

Eine individuelle und wohnliche Gestaltung soll durch kleine Wohneinheiten, alte Möbel oder persönliche Gebrauchsgegenstände geschaffen werden.

2.7 Snoezelen

Kurzbeschreibung → Unter Snoezelen wird das bewusste Anbieten von primären Reizen in einer angenehmen Umgebung verstanden. Mit Hilfe von Licht, Geräuschen, Gefühlen, Berührungen, Gerüchen und dem Geschmacksinn können sinnliche Erfahrungen gezielt für Menschen mit kognitiven Defiziten angeboten werden.

Umsetzung auf dem Wohnbereich → Ein Raum im Wohnbereich wird als Snoezelen Raum, mit der Möglichkeit Sinneserfahrungen zu machen, gestaltet und kann von den Pflegenden, den Aktivierungstherapeutinnen, der Seelsorgerin, aber auch von den Angehörigen genutzt werden. Der Raum ist so gestaltet, dass die Bewohnerinnen jederzeit Zugang haben.

2.8 Ernährung/Tinken

Ziel: Die Bewohnerinnen des geschützten Wohnbereichs haben eine ausgewogene und genügende Ernährung.

Ausgangslage: Da die dementen Bewohnerinnen sich oft nicht genügend lange konzentrieren können um eine vollständige Mahlzeit zu sich zu nehmen, ist es notwendig das Essen selbst- und die Form der Mahlzeitenabgabe anzupassen. Die Küche des tilia Ittigen wird darum die Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten wie folgt anpassen:

- Alle Bewohnerinnen des geschützten Wohnbereichs erhalten in der Regel zu den Hauptmahlzeiten eine ½ Portion.
- Der Wohnbereich erhält jeden Tag ein grösseres Supplement an Fleisch, Gemüse und Stärkeprodukten, dies ermöglicht es den Pflegenden auch zwischenzeitlich kleinere

Mahlzeiten anzubieten. Die Produkte sind so gekocht, dass sie problemlos und ohne Qualitätsverlust in der Mikrowelle erwärmt werden können.

- Alle Bewohnerinnen erhalten jeden Tag ein Dessert (Cremen, Gebäcke).
- Die Köche achten darauf, die Mahlzeiten farblich attraktiv zu gestalten (jedoch ohne Lebensmittelfarbstoff) und auf wenig bekannte Gemüse- oder Fleischsorten zu verzichten. Aus diesem Grund sind Wiederholungen von Gemüse (z.B. zwei mal pro Woche Karotten) oder Fleisch möglich.
- Es ist möglich, neben dem üblichen Angebot, jeweils am Montag weitere Zwischenmahlzeiten in der Küche zu bestellen (Trockenobst, Cakes, Schokolade u.s.w.), so dass auf den Bartischen des Wohnbereichs immer etwas zum Essen steht. Es ist auch in der Nacht möglich, solche Zwischenmahlzeiten zu verabreichen. Die Pflege ist für die Präsentation und den hygienischen Umgang dieser Lebensmittel verantwortlich.
- Um die Bewohnerinnen zum Essen zu stimulieren ist es möglich, Mahlzeiten oder ein Teil davon auf dem Wohnbereich zuzubereiten (z.B. Kartoffeln anzubraten, oder ein Brot fertig zu backen). Die Pflegenden melden dies am Morgen bis 9:00 Uhr der Küche, und bekommen die vorbereiteten Zutaten auf den Wohnbereich geliefert (z.B. blanchierte Kartoffeln und geschnittene Zwiebeln).

Des Weiteren gilt das tilia Konzept/Merkblatt zum Fingerfood (siehe Pflegehandbuch).

Des Weiteren werden folgende Aspekte neu aufgenommen:

- Wenn bei einer Bewohnerin das Essen eingegeben wird, bleibt die Pflegenden während der ganzen Mahlzeit anwesend.
- Die Essgewohnheiten werden beim Eintritt einer Bewohnerin erfasst und in der Biographie, sowie in den pflegerelevanten Informationen unter Bereich K festgehalten.
- Am Sonntagmorgen wird auf dem Wohnbereich ein Zopf fertig gebacken und am Mittwochnachmittag ein Kuchen fertig gebacken. Ziel ist es, ~~dabei~~ die Bewohnerinnen olfaktorisch so zu stimulieren, dass sie mehr essen.
- Auf den Tischen im Korridor werden jederzeit Esswaren sowie Getränke, ~~werden~~, bereits in Becher abgefüllt, angeboten.
- Angebot des Nachtcafé.

2.9 Umgebungsgestaltung

Die Umgebung soll sicher und erwachsenen Menschen angepasst und wohnlich gestaltet sein und gleichzeitig Orientierungshilfen anbieten, wie rote WC-Türen, gross angeschriebene Zimmertüren u.s.w.

Weitere Ideen sind:

- Hell ausgeleuchtete Korridore. Mit warmen Farben gestaltete Elemente (z.B. Stoffbahnen oder Holztafeln, Sofakissen u.s.w.)
- Gezielter Einsatz von Nachtluchtern
- Kleiner Holzofen (ohne Feuer)
- Sinneswand
- Orientierung durch Bildsymbole
- Vorstellungswand für Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen
- Ecken für Rituale bei Todesfall (zum Beispiel in Form eines Engels)
- Gezielte olfaktorische Aktivierung bzw. Beruhigung
- Cheminée und Tonfiguren im Garten

2.10 Gartengestaltung

Der grosse Garten lädt zum gefahrlosen geniessen der Natur ein. In unserem Garten wächst eine Vielfalt von Beeren. Es hat verschiedene Hochbeete die unseren Heimbewohnerinnen daserspüren von Erde oder das Pflanzen von Blumen und Kräutern erleichtert. Bei diesem Erleben können

sie sowohl vom Personal wie aber auch von den Angehörigen unterstützt werden. Um den Garten gefahrlos zu geniessen zu können, werden keine giftigen Pflanzen gesetzt. Bei Fragen steht uns der Gärtner jederzeit beratend zur Seite. Der intensive Duft der Blumen oder der kräftige Geschmack von Kräutern wecken Erinnerungen und geben dem Demenzkranken ein Stück seiner Identität zurück.

2.11 Tiere

In allen tilia Zentren leben verschiedene Tiere die artgerecht und zur Freude der Bewohnerinnen in den verschiedenen Wohnbereichen gehalten werden.

Im geschützten Wohnbereich sind zwei Katzen zuhause. Diese leben seit ihrer Mutterentwöhnung im Wohnbereich. Demente Menschen reagieren sehr gut auf Tiere, da sie diese halten und streicheln können. Die Katzen erfreuen sich grosser Beliebtheit sowohl bei den Bewohnerinnen, den Anghörigen und den Mitarbeiterinnen. Sie helfen mit, ein Gefühl von einer heimeligen (und nicht Heim) Atmosphäre zu schaffen.

3 Weitere Dienste

3.1 Ärztliche Betreuung

Demenzkranke Menschen leiden oft, neben den durch ihre Demenz bedingten Symptomen, an weiteren Krankheiten. Sie benötigen deshalb eine umfassende, individuelle, medizinisch und gerontopsychiatrisch kompetente ärztliche Betreuung. Ziel der medizinischen Betreuung ist immer die Linderung von belastenden Symptomen und Leiden und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen. Deshalb führt die Heimärztin nach Aufnahme eines demenzkranken Menschen ein geriatrisches Assessment durch. Sie besucht die Bewohnerinnen regelmässig und zusätzlich nach Bedarf bei akuten Problemen. Sie arbeitet eng mit der Pflege und dem ganzen Betreuungsteam zusammen. Bei besonders schwierigen medizinischen Fragen wird eine Fachexpertin konsiliarisch beigezogen. In ethischen Dilemmasituationen, wie z.B. Anwendung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen oder Fragen zu lebenserhaltenden, medizinischen Behandlungen werden Entscheide interdisziplinär, nach dem mutmasslichen Willen der Betroffenen und unter Einbezug der Angehörigen getroffen (gemäss den Richtlinien der SAMW).

3.2 Aktivierungstherapie

Die Aktivierungstherapie (AT) arbeitet direkt mit den Bewohnerinnen. Dabei ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Grundlage, welche wesentlich zum Gelingen des AT-Auftrages beiträgt. Die AT ist eine eigenständige, wie auch ergänzende Dienstleistung der ganzheitlichen Betreuung und Begleitung. Die Ziele der AT setzen zentral beim Individuum Mensch mit seinen Interessen, Bedürfnissen, Wünschen, möglichen Fähigkeiten und Fertigkeiten an. Unter Einbezug dieser Aspekte, den biografischen Daten, der Persönlichkeitsstruktur, der Gemeinschaft der Mitbewohnerinnen, aber auch aktuellen Themen aus dem Pflegezentrum und dem weiteren Umfeld wird gezielt versucht die Bewohnerin zu aktivieren. Methodisch werden Prozesse in Gang gesetzt, sowie gezielt Hilfestellungen gegeben, damit es der Bewohnerin möglich ist am Geschehen teilzunehmen, sich damit auseinanderzusetzen und sich einzubringen. Dieser Prozess bedingt eine aktivierende Grundhaltung der Therapeutin. Die Mittel und Aktivitäten orientieren sich am aktuellen sowie am früheren Alltag der Bewohnerin, aber auch an dem für sie momentan realen, eingebildeten oder virtuellen Bewusstseinszustand.

Die Aktivierungstherapie hat folgende schwerpunktmässige Ausrichtungen:

Prävention: vorbeugen vor Passivität, Abhängigkeit und Apathie, bestehende Fähigkeiten und Fertigkeiten erhalten.

Modifikation: bestehende Einschränkungen und Behinderungen besser integrieren, Verhalten verändern, ablenken von Krankem auf Gesundes.

Kompensation: neue Möglichkeiten finden oder fördern, Wissen und Erfahrungen, Bedürfnisse und Wünsche in anderen Formen ausdrücken und ausleben.

Entwicklungen ermöglichen: sich in neuen Lebenssituation zurechtfinden, Sicherheit und Abwechslungen in Tages- und Wochenstrukturen schaffen, Orientierung im Jahresablauf finden, neue Kontakte knüpfen, Beziehungen aufbauen, eine (neue) Rolle finden, sinngebende Momente erfahren, Bezug zur Umwelt schaffen, erleben und erhalten.

Formen der Aktivierungstherapie und Animation für Menschen, die an einer Demenz leiden:

Einzeltherapie - Betreuung durch Kurzbesuche (10' und mehr) → Gesellschaft leisten/für BW Begleiter/in sein, für ihn/sie "da sein", einfache Massagen (z. Bsp. Handmassage), spazieren gehen, bewegen, spielen, einfachstes gestalten, einfachstes kurzvorlesen, Tierbesuche bei und durch Heimtiere, zusammen essen/Geselligkeit, Verbundenheit, Zugehörigkeit erfahren u.a.

Kleinstgruppentherapie - Betreuung von max. 2-3 Personen → zusammen spielen, singen, Musik hören backen, essen u.a.

Die **Teilnahme**, wenn immer möglich, runden das Angebot an Aktivitäten, kulturellen Anlässen und Feste im Jahreskreis ab.

3.3 Maltherapie

Es braucht keine Vorkenntnisse im künstlerischen Bereich und keine besonderen Fähigkeiten. Die Maltherapie wird von einer ausgebildeten Maltherapeutin angeboten.

Die Maltherapie **fördert**:

Die Kreativität, die Konzentrationsfähigkeit, die Eigenverantwortung, die Wahrnehmung und das Erinnerungsvermögen.

Die Maltherapie **schaft**:

Freiraum, Befriedigung, Selbstbestätigung, Beziehung, Erfolgserlebnisse, Freude und Wohlbefinden.

Die Maltherapie **ermöglicht**:

Die Selbstreflexion, den Selbstaussdruck, den Ausgleich im seelisch-psychischen Bereich, wertfreier Umgebung die eigenen Ressourcen zu entdecken, für kurze Zeit die Sorgen, ev. auch die Schmerzen zu vergessen, eine alte Liebe wieder neu zu entdecken und Farbe in den Alltag zu bringen.

3.4 Musiktherapie

Die Musiktherapie im tiliä Ittigen ist gedacht für Bewohnerinnen die verbal kaum oder gar nicht mehr erreichbar sind, bei denen palliative Begleitung angebracht ist, die Freude an Musik (z.B. auch am Singen) zeigen und die wenig Kontakt haben.

Die Therapiesitzungen finden im Einzel- oder im Gruppensetting wann immer möglich im Musikzimmer der AT statt. Bei nicht ausreichender Mobilität oder Vitalität ist auch die Arbeit im Bewohnerzimmer möglich.

Sowohl in der Gruppe als auch im Einzelsetting wird „aktiv“ und „rezeptiv“ gearbeitet:

Die **aktive** Musiktherapie bedeutet Improvisieren auf elementaren Instrumenten, die ohne musikalische Vorkenntnisse spielbar sind und dem Singen von (alt)bekannten Liedern.

Die **rezeptive** Arbeit besteht aus dem Hören von Musik ab Tonträgern, dem Spiel der Therapeutin oder einem Teil der Gruppe. Sie kann aber auch Entspannungsübungen mit Musik einschliessen.

Das dritte Arbeitsinstrument in der Musiktherapie ist das therapeutische Gespräch. Soweit es den Teilnehmenden möglich ist, wird im Gespräch darüber reflektiert, wer wo warum was gehört, (erlebt, sich erinnert) hat. D.h. Musik wird in Bezug gesetzt zur Lebensgeschichte der Bewohnerin.

An der Musiktherapie ist besonders, dass durch sie Krankheit nicht immer den Abbruch der Kommunikation bedeuten muss. Denn auch motorisch und sensorisch schwer kranke Menschen sind in der Lage zu kommunizieren und können sich dieses Kommunikations- und Interaktionsmediums bedienen, um Bedürfnisse zu äussern und/oder zu stillen.

3.5 Physiotherapie

Demente Bewohnerinnen haben die gleichen körperlichen Beschwerden wie nicht demente Bewohnerinnen. Die Physiotherapeutin arbeitet also auch mit ihnen zum Beispiel an Schmerz, Kraft, Beweglichkeit oder Gleichgewicht.

Es gibt aber vor allem Unterschiede und manchmal Schwierigkeiten bei der Kommunikation. Die verbale Kommunikation ist oft erschwert oder nicht mehr möglich. Das bedeutet oft einen grösseren Zeitaufwand, oder das Ziel wird nur über Umwege erreicht. Um die Verständigung zu ermöglichen, werden nebst der verbalen Kommunikation auch averbale Techniken, wie taktile oder visuelle Kommunikation eingesetzt.

Eine weitere Herausforderung ist es, mit den schnellen Stimmungswechseln oder dem aggressiven Verhalten während der Therapie umzugehen.

Aus diesen Gründen behandeln wir demente Bewohnerinnen nicht in der Gruppe, sondern in Einzelbehandlungen.

3.6 Seelsorge

Eine Kultur der Spiritualität ist unverzichtbarer Bestandteil einer ganzheitlichen Betreuung. Die Seelsorgerin ist Ansprechperson für die religiös spirituellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen. Ihre Aufgabe ist es, die Menschen darin zu unterstützen, aus der eigenen spirituellen Verwurzelung Kraft und Geborgenheit zu schöpfen. Menschen, die an einer Demenzkrankheit leiden, reagieren oft stark auf altvertraute religiöse Handlungen und Symbole. Das Singen eines bekannten Liedes, das Lesen eines Psalms oder eines vertrauten Gebetes können auch demente Menschen auf einer tiefen seelischen Ebene berühren, trösten oder stärken.

Arbeitsweise der Seelsorgerin auf dem Wohnbereich

Die Seelsorgerin besucht alle Bewohnerinnen bei Eintritt. Nach Absprache mit dem interdisziplinären Team entscheidet sie über eine allfällige weitere Begleitung.

Je nach Situation und Bedarf begleitet sie Bewohnerinnen regelmässig über längere Zeit oder punktuell in Krisensituationen.

Auch Angehörigen steht das Angebot der Seelsorge offen.

Nach einem Todesfall gestaltet die Seelsorgerin auf dem Wohnbereich eine kurze Gedenkfeier für Mitbewohnerinnen und Mitarbeiterinnen.

Geplant sind regelmässig stattfindende gottesdienstliche Feiern auf dem Wohnbereich. Diese sollen speziell für demente Menschen gestaltet werden.

3.7 Freiwillige Mitarbeiterinnen

Freiwillige Mitarbeiterinnen haben eine wichtige Funktion beim Betreuen der Bewohnerinnen. Sie werden gemäss dem tilia Konzept zur Freiwilligenarbeit eingesetzt.

3.8 Aktivitätenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Aktivierungstherapie							
Physiotherapie							
Maltherapie							
Musiktherapie							
Seelsorge							

4 Personal

4.1 Stellenplan

Der Bedarf des Stellenplans wird mit der Leiterin Pflege und Betreuung sowie der Wohnbereichsleitung festgelegt.

4.2 Fort- und Weiterbildung/Support

Fort- und Weiterbildungen sowie Supports helfen die Fachkompetenz der Pflegenden zu erhöhen sowie Überforderungen vorzubeugen. Daher werden folgende Angebote für den geschützten Wohnbereich geplant:

- Alle neuen Mitarbeiterinnen besuchen das Einführungsmodul Validation
- Der Wohnbereich A erhält vier mal pro Jahr eine Praxisbegleitung in Form eines Training on the job (zirka Fr. 550.--/Einheit).
- Mindestens zwei Mitarbeiterinnen haben die Ausbildung zur Validationsanwenderin abgeschlossen
- Super- und Intevision werden nach Bedarf organisiert

5 Angehörige

Vor Eintritt

Bei einer Anmeldung für den geschützten Wohnbereich wird eine Führung durch den Wohnbereich angeboten und das Konzept schriftlich abgegeben.

Vor dem Eintritt wird die Bewohnerin von der Bezugsperson besucht. Den Angehörigen wird eine Liste mit den nötigsten Sachen, die mitgebracht werden sollten, abgegeben. Beim Besuch werden von der Bezugsperson die wichtigsten biografischen Daten gesammelt.

Nach Eintritt

In den ersten 6 Wochen wird ein Gespräch mit den Angehörigen, dem Arzt und der Bezugsperson organisiert.

1x im Jahr findet ein interdisziplinäres Gespräch mit Angehörigen, Bezugsperson, Ärztin, Leiterin Wohnbereich und bei Bedarf weiteren Berufsgruppen statt.

Die Bezugsperson nimmt monatlich mit den Angehörigen persönlich oder telefonisch Kontakt auf, um Fragen zu klären und die Beziehung zu den Angehörigen zu pflegen.

Für jede Bewohnerin besteht ein Journalheft, in welchem Bezugspersonen, Angehörige und Besucher gegenseitige Mitteilungen eintragen können.

Auf einer Infotafel im Korridor werden Name und Funktion von neuen Mitarbeitenden bekannt gemacht.

Dasselbe gilt, wenn uns eine Mitarbeiterin verlässt.

Nebst dem Angehörigenforum findet 1 - 2 mal jährlich ein Anlass mit den Angehörigen und den Bewohnerinnen auf dem Wohnbereich statt.

6 Quellenangaben und weiterführende Literatur

Bienstein, Ch., Fröhlich, A.D. (2003). *Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen*. Düsseldorf: Kallmeyer.

Dittmar, S. (2004). *Mit allen Sinnen Snoezelen für Menschen mit Demenz*. Grasleben: Sport-Thieme.

Held, Ch. (08/2008). *Das Durchlaufen dreier Welten. Lebensraumgestaltung und Betreuung von Patienten mit Alzheimerkrankheit*. Neue Zürcher Zeitung.

Held, Ch., Ermini-Fuünfschilling, D. (2006). *Das demenzgerechte Heim*. Basel. Karger Verlag.

Integrative Validation. (ohne Datum). Gefunden am 24.04.2008 unter <http://www.integrative-validation.de/start.htm>

Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.

SAMW. (2004). *Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*.

SBK. (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP). Gefunden am 19.05.2008 unter <http://www.palliative.ch>