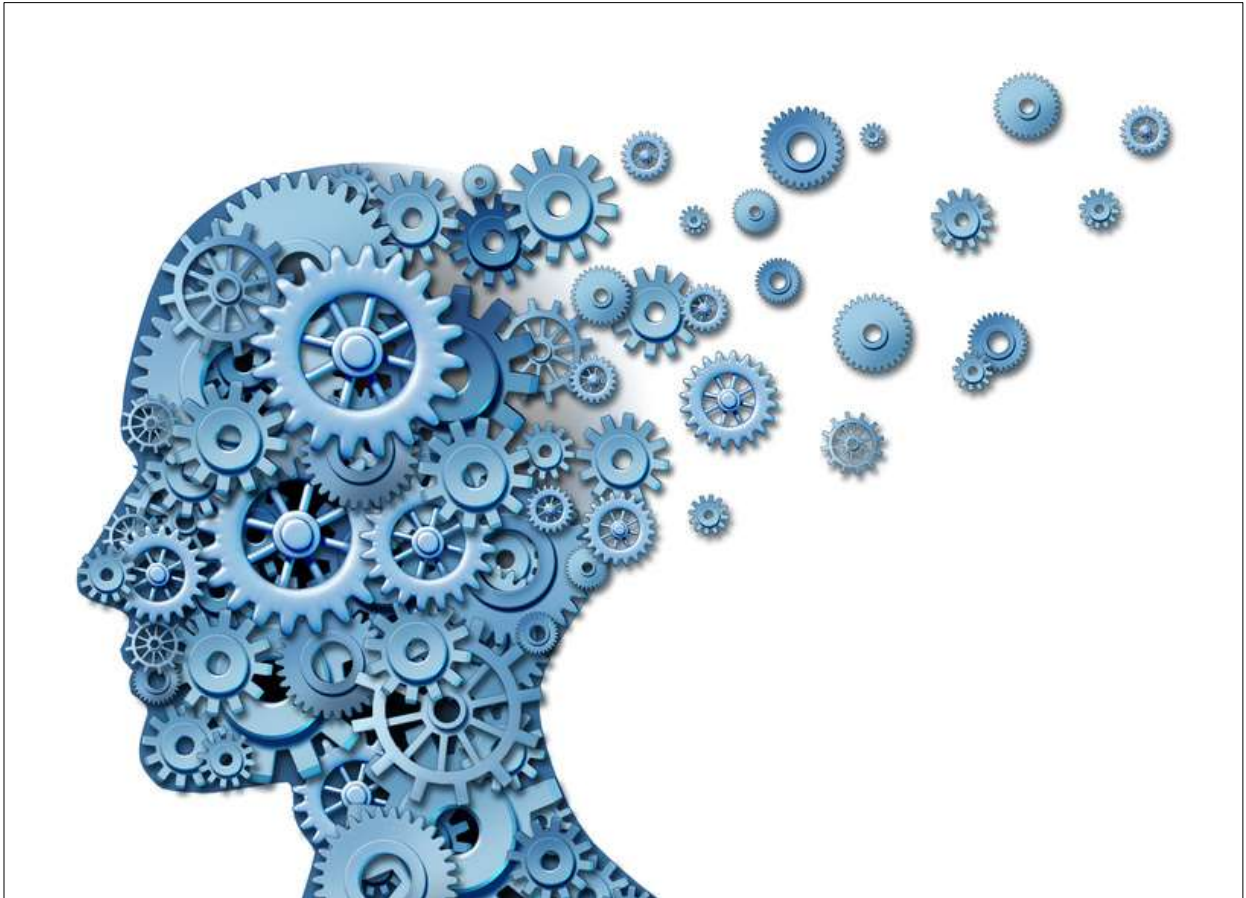


# Demenzkonzept



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>SINN UND ZWECK DES KONZEPTES</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>AUFFASSUNG DES AUFTRAGES VON PFLEGE / BETREUUNG ZU DEN THEMEN</b>	<b>4</b>
2.1.	Sicherheit	4
2.2.	Autonomie	4
2.2.1.	Autonomie; allgemeine Definition	4
2.2.2.	Autonomie; Bedeutung für unser Handeln	5
2.3.	Fachkompetenz	5
2.4.	Orientierung an den Fähigkeiten	5
<b>3.</b>	<b>VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT:</b>	<b>6</b>
3.1.	Altersgerechte Definition von Gesundheit und Krankheit	6
3.2.	Wissen und verstehen von Demenz	6
3.3.	Grundlagen im Umgang sind	6
3.4.	Multidimensionalität andersorientierter Menschen und ihrer Lebenssituation	7
<b>4.</b>	<b>MENSCHENBILD/ALTERSBILD („DAS HUMANISTISCHE MENSCHENBILD“)</b>	<b>7</b>
4.1.	Definition	7
4.2.	Dimensionen	7
4.2.1.	Einzigartigkeit	7
4.2.2.	Selbstverwirklichung	7
4.2.3.	Selbstverantwortlichkeit	7
4.2.4.	Selbstregulation	8
4.2.5.	Emotionalität	8
4.3.	Bedeutung für unser Handeln in Bezug auf Punkt 4	8
4.3.1.	Wertschätzung	8
4.4.	Normalität	8
<b>5.</b>	<b>ZIELGRUPPE BZW. EINGRENZUNG</b>	<b>9</b>
5.1.	Eintrittskriterien	9
<b>6.</b>	<b>DEMENZKONZEPT</b>	<b>10</b>
6.1.	Im Haus (integrativ)	10
6.2.	In der Gruppe (sekretativ)	10
<b>7.</b>	<b>RAHMENBEDINGUNGEN UND METHODEN</b>	<b>10</b>
7.1.	Pflege und Betreuung	10
7.1.1.	Alltagsgestaltung „Tag und Nachtrhythmus“	10
7.1.2.	Alltagsgestaltung „Körperpflege“	10
7.1.3.	Alltagsgestaltung „Kleidung“	11
7.1.4.	Alltagsgestaltung „Essen“	11
7.1.5.	Alltagsgestaltung „Nacht“	11
7.1.6.	Alltagsgestaltung „Animation (progressiv <sup>12</sup> /regressiv <sup>13</sup> )“	11
7.1.7.	Alltagsgestaltung „Rituale“	12
7.1.8.	Alltagsgestaltung „Abendgestaltung“	12
<b>8.</b>	<b>INNENRAUM-/AUSSENRAUMGESTALTUNG</b>	<b>12</b>
8.1.	Innenraum	12
8.2.	Aussenraum	12

<b>9.</b>	<b>ANGEHÖRIGE; AUFKLÄRUNG UND/ODER EINBEZUG</b>	<b>12</b>
<b>10.</b>	<b>SEELENPFLEGE</b>	<b>13</b>
<b>11.</b>	<b>STERBEBEGLEITUNG</b>	<b>13</b>
<b>12.</b>	<b>ABWÄGUNG FREIHEIT/SICHERHEIT</b>	<b>13</b>
<b>13.</b>	<b>DIENSTBEKLEIDUNG</b>	<b>13</b>
<b>14.</b>	<b>INTERDISZIPLINÄRE BETREUUNG</b>	<b>13</b>
<b>15.</b>	<b>FREMDWORTVERZEICHNIS</b>	<b>14</b>

## **1. Sinn und Zweck des Konzeptes**

In der PUNTREIS ist eine grosszügige geschützte Abteilung realisiert, mit moderner Ausstattung, grosszügigen Räumlichkeiten und einer Aussenanlage. All diese Annehmlichkeiten helfen aber nichts, wenn sie nicht mit Leben erfüllt werden. Ein „roter Faden“, der strukturiert klare Aufgaben und Abläufe enthält, wie auch ein Umsetzungsplan mit beschlossenen Massnahmen, in welcher Reihenfolge diese eingeführt werden, ist von grosser Wichtigkeit.

Diesen Zweck soll unser Konzept erfüllen, immer im Bewusstsein, dass es nicht statisch sein wird und darf, sondern immer wieder Veränderungen erfahren wird, so wie sich auch Erkenntnisse oder die zu betreuenden Menschen um uns herum verändern werden. Es ersetzt nicht die Freude im Umgang mit demenziell veränderten Menschen oder gar den Respekt oder die Freude sich jeden Tag auf eine andere Welt, nämlich die Welt des demenziell veränderten Menschen, einzulassen, sondern trifft eine Aussage wie wir in der PUNTREIS den Menschen wahrnehmen wollen.

## **2. Auffassung des Auftrages von Pflege / Betreuung zu den Themen**

### **2.1. Sicherheit**

Sicherheit bezeichnet einen Zustand, der frei von unvermeidbaren Risiken der Beeinträchtigung ist oder als gefahrenfrei angesehen wird.

Mit dieser Definition ist Sicherheit, sowohl auf ein einzelnes Individuum<sup>1</sup>, als auch auf andere Lebewesen, auf unbelebte reale Objekte oder Systeme wie auch auf abstrakte<sup>2</sup> Gegenstände bezogen.

In der PUNTREIS sind wir uns bewusst, dass es keine absolute Sicherheit gibt. Wir haben uns aber zum Ziel gesetzt, die grösstmögliche Sicherheit zu gewährleisten, indem wir unvermeidbare Risiken ausschliessen, dies immer in der Abwägung zum Autonomiebedürfnis und Recht unserer Bewohner. Hierfür setzen wir präventive Massnahmen wie: Sturzrisikoeinschätzungen, evidenzbasierte<sup>3</sup>, präventive Massnahmen, Aufzugssperren, von Ort zu Ort Begleitungen, beaufsichtigte Gruppen und die Sicherheitsregeln im pflegerischen Handeln ein.

Personell erachten wir eine Umrechnung des CH - Index (RAI) mit dem Faktor 0.66, statt 0.56 für zwingend. In BESA empfehlen wir einen um 20% höheren Personalschlüssel, um die Vorgaben des Konzeptes und die diesbezüglichen kantonalen Vorgaben umsetzen zu können.

### **2.2. Autonomie**

#### **2.2.1. Autonomie; allgemeine Definition**

Das Wort Autonomie kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie Selbstgesetzgebung. Je nach Fachbereich bedeutet es Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstverwaltung, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Eigenverantwortlichkeit. Das Wort Autonomie hat im ethischen sowie auch im juristischen Sinn die gleiche Bedeutung, nämlich Selbstverantwortlichkeit.

### **2.2.2. Autonomie; Bedeutung für unser Handeln**

- a) Freiheitseinschränkende Massnahmen lehnen wir grundsätzlich ab, aber gleichzeitig ist uns bewusst, dass da, wo Bewohner einer akuten Selbst-/Fremdgefährdung (=eingeschränkte Selbstverantwortlichkeit) ausgesetzt sind, es notwendig sein kann, zu freiheitseinschränkenden Massnahmen greifen zu müssen.
- b) In allen Lebensbereichen des Bewohners wird die Autonomie des Menschen konsequent geachtet, mit Ausnahme der unter a) beschriebenen Bedingungen.

### **2.3. Fachkompetenz**

Wir setzen im geschützten Wohnbereich ausschliesslich speziell geschultes Personal zur Betreuung unserer anders orientierten Menschen ein. Das heisst, alle Mitarbeiter des sekretativen<sup>4</sup> Wohnbereichs müssen:

- im personenzentrierten Ansatz,
- im soziotherapeutischen Alltag,
- in der integrativen<sup>5</sup> Validation<sup>6</sup>,
- in der basalen Stimulation (Grundkurs),
- in der Kinästhetik (Grundkurs)

ausgebildet sein oder diese in angemessener Zeit absolvieren.

#### **Zusätzlich:**

Alle weiteren Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt müssen interdisziplinär in integrativer Validation ausgebildet sein, um den andersorientierten Menschen, welche auf den Abteilungen leben, wertschätzend und professionell begegnen zu können (integratives Betreuungsmodell).

### **2.4. Orientierung an den Fähigkeiten**

Die Pflege richtet sich konsequent nach den Fähigkeiten unserer andersorientierten Bewohner. Grundsatz: Ressourcen erkennen, erhalten, fördern. Die Übernahme von Pflegehandlungen wird so durchgeführt, dass der andersorientierte Mensch diese nicht als Ausgleich eines Defizites empfindet.

- es wird das wahrgenommen, was an Fähigkeiten vorhanden ist
- es geht darum, so zu pflegen, wie der Bewohner sich pflegen würde, wenn er die Möglichkeit dazu hätte
- es ist erforderlich, sich in die Person, die durch Pflege Unterstützung erhält, hineinzusetzen, in ihren Schuhen zu gehen
- eine Deutung der Situation sollte weitgehend frei von den eigenen Wünschen und Bedürfnissen der Pflegekraft sein

#### **Beispiel**

*Es gibt viele Bewohner, die keine tägliche Ganzkörperpflege wünschen. Pflegekräfte beschreiben diese Situation in Schulungen zur Pflegeplanung oft als problematisch. Begründung: Sie selber duschen auch täglich. Sie gehen also von ihren eigenen Bedürfnissen aus, nicht von denen des Bewohners. Sie sind in „ihrer Welt“, in ihrer Sicht verhaftet. Daraus heraus handeln und werten sie. Dabei ist mittlerweile (speziell im Hinblick auf die individuelle Dekubitusprophylaxe) bekannt, dass häufige und routinemässige Ganzkörperwaschungen nicht bei allen Bewohnern angezeigt sind: „Die Fähigkeiten beziehen sich auf die Begabung oder Kapazität einer Person, etwas zu können: im Leben zu bestehen“. Mit anderen Worten: „Fähigkeiten geben einen Einblick in die Möglichkeiten, die der Mensch zum biologischen, psychologischen und sozialen Funktionieren hat. Sie geben an, was er alles kann bzw. das, was er in der Lage ist zu tun.“*

### **Defizitsichtweise bzw. Orientierung an Pflegeproblemen**

Eine alte Dame hängt ihre bereits verwendeten, mit Urin durchnässten Inkontinenzeinlagen zum Trocknen auf die Heizung; sie zeigt keine Einsicht in Erklärungen der Pflegekräfte; trotz Wegnahme der Inkontinenzeinlagen durch Pflegekräfte führt sie das Verhalten mehrmals täglich durch.

### **Fähigkeitsorientierte Sichtweise**

Eine alte Dame nutzt ihre alte Kompetenz, „ihre Wäsche und Hausarbeit“ zu erledigen, so wie sie es viele Jahre in ihrem Leben getan hat. Sie ist mit der Bearbeitung oder Beseitigung einer „Ungeschicklichkeit“ oder „Unpässlichkeit“ beschäftigt und sucht selber eine Lösung.

## **3. Verständnis von Gesundheit und Krankheit:**

### **3.1. Altersgerechte Definition von Gesundheit und Krankheit**

Wir akzeptieren die Vorstellung unserer Bewohner, was für sie Gesundheit und Krankheit ist und definieren diese nicht für sie. Da, wo der Bewohner dies auf Grund seiner anderen Orientierung nicht kann, ist für uns der Massstab von Krankheit und Gesundheit die beste anzunehmende, erreichbare Lebensqualität und das Wohlbefinden unserer Bewohner. Für uns steht nicht die Lebensdauer, sondern die Lebensqualität unserer andersorientierten Menschen an erster Stelle unseres Handelns.

### **3.2. Wissen und verstehen von Demenz**

Demenz verstehen wir nicht als Totalverlust von Fähigkeiten oder der Autonomie. Zwar gehen dem andersorientierten Menschen insular einzelne Fähigkeiten verloren, aber ausserhalb der insularen Fähigkeitsverluste, bleibt der andersorientierte Mensch entscheidungsfähig und besitzt dort die Fähigkeiten autonom zu handeln.

Alle Aussagen, die der andersorientierte Mensch macht, sind für uns gültig. Das heisst, wir interpretieren Aussagen nicht, sondern akzeptieren diese als Realität unserer andersorientierten Bewohner. Da andersorientierte Menschen nicht vollumfänglich unsere als normal erlebte Realitätsebene erreichen können, begeben wir uns in die Realitätswelt unserer Bewohner und begegnen ihnen dort wertschätzend.

Je mehr die neurologische Beeinträchtigung voranschreitet, desto mehr sind die betroffenen Menschen darauf angewiesen, erleichternde Ergänzungen bei „abgerissenen Handlungsprogrammen“ zu erfahren und somit in ihrem Personsein gestützt zu werden.

### **3.3. Grundlagen im Umgang sind**

- Ein Milieu mit einem hohen Mass an Expressivität (Ausprägungsgrad) und mit einem geringen Mass an Dominanz. Ungewöhnliches und bizarres Verhalten wird toleriert und zugelassen, begleitet, ermöglicht und „gehalten“. Nicht das „objektive Pflegeresultat“ ist entscheidend, sondern das „wie“, der Prozess der Pflege selbst. Das eigentliche Ergebnis unserer Pflege ist die psychologische Qualität des Prozesses an sich.
- Die Beziehung wird von uns aus einer grundlegend therapeutischen, zulassenden Haltung heraus gestaltet, mit den Merkmalen der Wertschätzung, der Echtheit und der Empathie.
- Es geht uns darum, den andersorientierten Menschen einführend zu verstehen, ihn in der Welt seiner Realität zu begleiten und ihn darin nicht allein zu lassen. Manche Menschen mit anderer Orientierung können nicht mehr „positiv bei sich selbst

intervenieren“, bzw. durch Selbstinstruktionen aus belastenden Gefühlen, befreien. Sie benötigen daher Menschen, die mit ihren Gefühlen mitgehen und diese wandeln helfen.

- Die Pflegesituation ist „offen“ und nicht durch vorab festgelegte Ablaufsysteme „geschlossen“. Jeden Tag wird von uns neu herausgefunden und erarbeitet, was jetzt hier für diesen Bewohner Sinn machen kann.
- Eine sich an der Lust und am Humor orientierte Suchhaltung mit genügend Neugierde und Phantasie ist notwendig, um „Schlüssel“ zu den Welten und Szenen der Menschen mit anderer Orientierung zu gewinnen.
- Eine niedrige Abwehr unserer Pflegenden erlaubt die Solidarität mit den chaotischen und anarchischen Anteilen unserer Bewohner und damit den Verzicht auf zwanghafte Sauberkeits- und Beschäftigungsrituale.

### **3.4. Multidimensionalität andersorientierter Menschen und ihrer Lebenssituation**

Wir begreifen und verstehen den Menschen als multidimensionales Wesen mit seinen Wertvorstellungen, Wünschen, Erwartungen, Gefühlen, sozialer Herkunft, Religion und Biographie. Diese multidimensionale Sichtweise beachten wir im täglichen Umgang mit dem Bewohner und beziehen diese in seinen/unseren Alltag ein.

## **4. Menschenbild/Altersbild („das humanistische Menschenbild“)**

### **4.1. Definition**

Die Grundhaltung im humanistischen Menschenbild schreibt allen Menschen individuelle Einzigartigkeit, das Streben nach Selbstverwirklichung, Selbstverantwortlichkeit, Selbstregulation und die Fähigkeit zur Emotionalität zu. Diese Grundhaltung von Pflegepersonen ermöglicht den Menschen Lernen, Entwicklung, Förderung, Genesung aber auch menschenwürdiges Sterben. Dies in den folgenden Dimensionen.

### **4.2. Dimensionen**

#### **4.2.1. Einzigartigkeit**

Der Mensch ist ein ganzheitliches Wesen und mit dem phänomenologischen (lebensgeschichtlichen) Aufarbeiten von existenziellen Grundproblemen wie Liebe, Vergänglichkeit, Tod, Einsamkeit und Sinnfindung konfrontiert.

#### **4.2.2. Selbstverwirklichung**

Der Mensch steht in einem dauernden Prozess der Veränderung und besitzt die Fähigkeit, sich in Richtung grösserer Reife und psychischer Funktionsfähigkeit zu entwickeln. Die Tendenz zur Selbstverwirklichung ist eine ganzheitliche Dynamik und unterstützt die Entwicklung von kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten.

#### **4.2.3. Selbstverantwortlichkeit**

Der Mensch ist fähig, selbst Verantwortung für seine Ideen, Gefühle und Handlungen zu übernehmen. Er kann bewusst erleben und hat die Fähigkeit, seinen Freiheits- und Entwicklungsspielraum eigenverantwortlich zu erweitern.

#### **4.2.4. Selbstregulation**

Der Mensch ist fähig, sich von innen, von seiner organismischen Basis her zu steuern und seine im Leben auftretenden Probleme unter günstigen Bedingungen selbst zu lösen. Die Motivationsdynamik richtet sich auf die Herstellung des Gleichgewichtszustandes des Organismus (Homöostase) und das Streben nach neuen Entwicklungsmöglichkeiten (Intentionalität).

#### **4.2.5. Emotionalität**

Der Mensch ist von Gefühl, emotionalem Erleben, Verstand und Verstehen geleitet (vgl. Stumm / Wirth 1994, S.140ff).

#### **4.3. Bedeutung für unser Handeln in Bezug auf Punkt 4**

Die Autonomie eines Menschen erachten wir als höchstes Gut, welches nur unter den unter Sicherheit beschriebenen Voraussetzungen eingeschränkt werden darf. Unser Umgang mit den Menschen, unabhängig ob andersorientiert oder nicht, ist wertschätzend. Jeder Mensch wird als Individuum geachtet und respektiert.

Die inhärente Würde<sup>7</sup> zeichnet sich dadurch aus, dass man sie weder erwerben, noch verlieren und ebenso wenig wiedererlangen kann. Sie im täglichen Leben zu achten und zu schützen ist zentraler Teil unseres Menschenbildes. Nur das Umfeld eines Menschen kann sich würdelos verhalten. Deshalb machen wir auch keine Einschränkung in der Gültigkeit der Aussage bzgl. Alter oder geistiger Orientierung.

Grundsätzlich wissen nicht wir, was für andere Menschen gut ist, sondern nur sie selbst, auch wenn dieses Wissen verschüttet sein mag.

Das Wissen, dass das Verhalten andersorientierter Menschen einen Sinn hat, auch wenn es uns verborgen bleibt, impliziert in uns eine Haltung, die an sich schon positive Auswirkungen hat. Einen Menschen mit der Einstellung zu begegnen, dass sein Verhalten eine Bedeutung hat, die wir nicht verstehen, ermöglicht uns einen ganz anderen Zugang zu ihm, als wenn wir ihn einfach als „verwirrt“, „verrückt“ oder „unangepasst“ abstempeln würden.

Wir versuchen uns in seine Wahrnehmungen und seine Empfindungen einzufühlen, auch wenn sie schwer nachvollziehbar sind.

**Allein schon der Versuch, zu verstehen, verändert die Qualität einer Beziehung. Diese Haltung ist eine zentrale Voraussetzung für unser personenzentriertes Arbeiten!**

#### **4.3.1. Wertschätzung**

Resultierend aus diesem Menschenbild, betrachten wir jeden Menschen als eigene Persönlichkeit, mit individuellen Werten und Normen und akzeptieren diese wertungsfrei und ohne negative Auswirkungen auf unser Handeln. Dies gilt unabhängig von Religion, ethnischer oder sozialer Herkunft und seinem sozialem Status.

Wertschätzung oder nicht wertendes Akzeptieren bedeutet für uns, dass wir unser Gegenüber ohne zu werten akzeptieren, als ganze Person, so wie sie im Augenblick ist, mit all ihren jetzigen Schwierigkeiten und Möglichkeiten.

#### **4.4. Normalität**

Die Vorstellung von Normalität orientiert sich entweder an einem Ideal, an einem erwünschten Zustand, am Durchschnitt oder im Einzelfall an der Angemessenheit. Entsprechend hat man es mit unterschiedlichen Normen zu tun:



- **Ideale Norm:**  
Auch für behinderte Menschen ist es normal, eine eigene Wohnung zu haben.
- **Statische Norm:**  
Nahezu alle Menschen verlassen das Elternhaus und wohnen selbstständig.
- **Individuelle Norm:**  
Der Heranwachsende möchte und kann alleine wohnen.

Die gewohnte Normalität verliert nicht nur der andersorientierte Mensch durch seinen Heimeintritt, sondern zusätzlich durch seine kognitiven Veränderungen.

Unsere „Normalität“ ist die Welt des andersorientierten Menschen, sofern die Normalität oder Sicherheit anderer Bewohner davon nicht eingeschränkt wird.

Wir wissen, dass wir als Institution keine echte Normalität für den Bewohner herstellen können, schaffen aber da, wo es möglich ist „Normalitätsinseln“ für ihn. Wir versuchen uns dabei der Realitätsebene des andersorientierten Menschen anzupassen und verlangen nicht das Umgekehrte von ihm.

## 5. Zielgruppe bzw. Eingrenzung

### 5.1. Eintrittskriterien

Der Entscheid, ob ein Eintritt in den geschützten Wohnbereich als sinnvoll erachtet wird, trifft ausschliesslich die Pflegedienstleitung, das Pflegefachpersonal des Wohnbereichs (im Rahmen eines persönlichen Kennenlernens) und in Zusammenarbeit mit dem Facharzt. Dies gilt für interne Verlegungen sowie für Eintritte von ausserhalb. Der endgültige Eintrittsentscheid wird von der Geschäftsführung getroffen. Ebenso sind Eintritte zur „Probe“ möglich, um herauszufinden, ob der Bewohner vom geschützten Wohnbereich profitiert.

Die gesicherte Diagnose einer Demenz und der Demenzform muss vor Eintritt vorliegen oder innerhalb der ersten 14 Tage gestellt werden. Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Verhaltensauffälligkeiten vorliegen sowie eine Schutzbedürftigkeit nach Innen und Aussen bestehen, um die Eintrittskriterien für die geschützte Wohnform zu erfüllen.

- Selbst-/Fremdgefährdung
- die verschiedenen Formen der Orientierungslosigkeit (z.B. zeitliche, örtliche, zur Person)
- „Mein-Dein-Problematik“
- verschiedene Formen der Denkstörungen (z.B. Neologismen<sup>8</sup>, Konfabulierungen<sup>9</sup>, etc.)
- psychomotorische Unruhe und/oder Weglauftendenz, allgemein motorische Symptome wie zielloses Umherirren
- Vorliegen einer Affektinkontinenz<sup>10</sup>, Enthemmung, Gereiztheit, Labilität
- Angst
- wahnhaftige Tendenzen
- Pseudohalluzinationen, psychotische Symptome
- Echolalie<sup>11</sup>
- Verlust der Eigeninitiative, Antriebslosigkeit

## **6. Demenzkonzept**

### **6.1. Im Haus (integrativ)**

Nicht jeder andersorientierte Mensch braucht eine geschützte Umgebung (siehe Eintrittskriterien sekretatives Modell). Deshalb werden die leichter betroffenen Bewohner integrativ auf ihrem jeweiligen Wohnbereich betreut. Bewohner mit mildereren Formen der Orientiertheit, brauchen vordergründig neben ihrer Pflegebedürftigkeit kommunikative Betreuung und Wertschätzung. Dies wird autonom in den einzelnen Wohnbereichen gewährleistet.

### **6.2. In der Gruppe (sekretativ)**

Im geschützten Wohnbereich wird das sekretative Modell angewandt. Hier leben Menschen, welche unter Punkt 5 beschrieben sind. Mitarbeiter dieses Wohnbereiches haben neben ihren Betreuungsaufgaben die „Themenleaderschaft Demenz“ im Haus und stehen den anderen Wohnbereichen in Betreuungsfragen, bei der Pflegeplanung und zur Krisenintervention zur Seite.

## **7. Rahmenbedingungen und Methoden**

### **7.1. Pflege und Betreuung**

Normalisierungsprinzip: In unserem Wohnbereich setzen wir in folgenden Lebensbereichen Normalisierungsinselfen um:

- Tag und Nachtrhythmus
- Körperpflege
- Kleidung
- Alltagsgestaltung
- Nachtgestaltung

#### **7.1.1. Alltagsgestaltung „Tag und Nachtrhythmus“**

Der individuelle Tag- /Nachtrhythmus unserer Bewohner wird akzeptiert und gelebt. Das heisst, dass niemand zu festen Zeiten zu Bett gehen oder aufstehen muss. Ritualisierte Tagesabläufe wie z. B. Mittagsschlaf lehnen wir ab, es sei denn, der Bewohner ist diese gewohnt und möchte sie beibehalten. Überall auf dem Wohnbereich sind Sofas und andere Ruheplätze, wo der Bewohner, sofern er dies wünscht, auch in der Nacht einen Platz für individuelle Ruhephasen findet.

Wir sind bereit unsere Dienstzeiten entsprechend flexibel zu gestalten, da die Schlafgewohnheiten unserer Bewohner sehr stark von der jeweilig herrschenden Jahreszeit abhängig sind.

#### **7.1.2. Alltagsgestaltung „Körperpflege“**

Gewohnte Abläufe des Bewohners bei der Körperpflege werden akzeptiert und übernommen. Primär entscheidet der Bewohner wie, wann und in welchen Abläufen er Körperpflege erhalten will.

Gerade die Körperpflege hat oft nahezu rituellen Charakter. Diese Gewohnheiten werden in den Pflegehandlungen bewusst wahrgenommen und in diese integriert.

Bei Verweigerung der Körperpflege wird diese in den Alltag integriert. So kann die Intimwaschung z.B. nach dem Toilettengang durchgeführt werden.

### **7.1.3. Alltagsgestaltung „Kleidung“**

Grundsätzlich suchen unsere Bewohner ihre Kleidungsstücke selbständig aus. Dabei steht eine Pflegeperson beratend zur Seite, um z.B. jahreszeitengerechte Kleidung etc. zu ermöglichen. Im geschützten Bereich wird auch nicht der „Norm“ entsprechende Kleiderwahl zugelassen, nur in den öffentlichen Bereichen wird eine Blossstellung der Bewohner, die durch ihre Kleiderwahl entstehen könnte, vermieden.

### **7.1.4. Alltagsgestaltung „Essen“**

- Die Mahlzeiten werden nach den biographischen und aus der Region stammenden Essgewohnheiten unserer Bewohner zubereitet.
- Essrituale werden den jeweiligen Generationen angepasst: z. B. Kommunikationsregeln beim Essen (wer spricht beim Essen, wird überhaupt gesprochen, wer bekommt zuerst, Rangordnung etc.).
- Die Menüzusammenstellung sollte sich an den Jahreszeiten orientieren, damit die andersorientierten Menschen zusätzliche Orientierung erhalten.
- Ein gerichteter Teller mit mehreren Komponenten führt zur Überforderung bei andersorientierten Menschen, deshalb bieten wir „Schöpfservice“ an, um die Auswahl des Essens zu erleichtern.
- An verschiedenen Orten des Wohnbereiches werden Essstationen mit Fingerfood eingerichtet. Der andersorientierte Mensch kennt vielfach keine festen Esszeiten, sondern isst, wenn er Hunger verspürt oder sich eine Gelegenheit zum Essen bietet. So werden auch die Bedürfnisse unserer aktiven, andersorientierten Menschen berücksichtigt.
- Ein Nachtkaffee trägt ebenfalls zur Befriedigung dieser Bedürfnisse bei.

### **7.1.5. Alltagsgestaltung „Nacht“**

Ausser bei stark angetriebenen Bewohnern, welche unter diesem Antrieb leiden und keine Ruhe finden können, akzeptieren wir den Schlaf- Wachrhythmus der Bewohner. Sie dürfen auf sein, wann sie es wollen und sich einen Schlafplatz ihrer Wahl suchen. Häufig ist dies ein Platz auf einem Sofa im Flur.

**Zentrale Aussage ist, dass in der Nacht die Pflege und Betreuung nicht aufhört!**

Deshalb muss die ganze Nacht ohne Unterbrechung eine Nachtwache auf dem geschützten Wohnbereich anwesend sein.

Sind Bewohner untrübig, wird sich um sie gekümmert und sich mit ihnen beschäftigt, bis sie wieder Ruhe finden können und zu Bett gehen wollen. Sedierung bzw. Ruhigstellung aus Gründen der „Nachtruhe“ lehnen wir grundsätzlich ab.

### **7.1.6. Alltagsgestaltung „Animation (progressiv<sup>12</sup>/regressiv<sup>13</sup>)“**

Wir bieten den Bewohnern unseres Wohnbereichs ihrem momentanen Zustand entsprechend (progressiv/regressiv) unterschiedlich angepasste Aktivitäten an. Hierfür steht den Mitarbeitern des Wohnbereiches eine ausgebildete Beschäftigungstherapeutin zur Seite.

### **7.1.7. Alltagsgestaltung „Rituale“**

- Religiöse Rituale werden berücksichtigt und in den Alltag integriert (z.B. Rosenkranz beten, Gabe von Weihwasser beim Zubettgehen usw.).
- Körperpflegerituale wie unter „Körperpflege“ beschrieben.
- Essensrituale wie unter „Essen“ beschrieben.
- Würdigung der Tages-, Wochen, Monats- und Jahreszeitenrituale.

### **7.1.8. Alltagsgestaltung „Abendgestaltung“**

- Bewusstes und begleitetes Ausklingenlassen des Tages, um Ruhe zu vermitteln und einkehren zu lassen.
- Gestalten des Zimmers und der Betten für die Nacht, als bewusstes Schaffen einer nächtlichen Atmosphäre.

## **8. Innenraum-/Aussenraumgestaltung**

### **8.1. Innenraum**

- Es gibt Möglichkeiten, wo regressive Bewohner sich zurückziehen können und progressive Bewohner Aktivierung und Beschäftigung erhalten.
- Viele Sitzgelegenheiten (Sofas, Stühle) schaffen eine wohnliche Atmosphäre und bieten genügend Rückzugsmöglichkeiten für Ruhephasen und Entspannung.
- Prinzipiell gibt es ausser in Räumen mit Gefahrgut keine verschlossenen Türen. *„Da wo ich jede Türe öffnen kann, da bin ich Zuhause“*
- Barrierefreie Gänge, spiegelfreie Böden sowie optimale Beleuchtung (min. 500 Lux), schaffen Orientierung und Sicherheit für unsere Bewohner.

### **8.2. Aussenraum**

- Es muss ein frei zugängliches Aussenareal vorhanden sein.
- Der Aussenraum muss abgegrenzt und nur für andersorientierte Bewohner zugänglich sein. Auf Endloswege wird bewusst verzichtet.
- Es muss ein natürlicher Sichtschutz vorhanden sein.
- Tiere auf dem Areal sind ein wichtiger Bestandteil des Konzeptes.
- Hochbeete dienen zur basalen Stimulation und schaffen olfaktorische<sup>14</sup> Erlebnisse.

## **9. Angehörige; Aufklärung und/oder Einbezug**

- Bei einer Anmeldung im geschützten Wohnbereich, wird eine Führung durch den Wohnbereich angeboten und das Betreuungskonzept erläutert.
- Den Angehörigen werden Informationsbroschüren angeboten, wie mit andersorientierten Bewohnern umgegangen werden kann und die Beziehung während des Besuches oder der Abschied gestaltet werden sollte.
- Wir bieten ein „Angehörigenkaffee“, wo aktuelle Probleme und Fragen zwanglos besprochen werden können.
- Weiter sollen Angehörige zeitnah auf Situationen, welche für sie befremdlich oder skurril wirken, angesprochen werden, damit sie lernen, mit den zum Teil für sie beängstigenden Situationen umzugehen.
- Alle Mitarbeiter des Wohnbereichs müssen zum einem auf das Konzept sowie auf Gesprächsführung geschult werden, um Argumentationssicher zu werden und Angehörige optimal beraten zu können.

- Bei der Administration ist ein „Kummerkasten“ (Briefkasten) vorhanden, damit Angehörige Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge einbringen können (Qualitätssicherung).
- Aktivierung findet bewusst in der Besuchszeit statt. Dies vermeidet den Eindruck, dass mit den Bewohnern nichts gemacht würde. Ebenso haben Angehörige dadurch die Gelegenheit, sozusagen geführt und vom Personal begleitet, mit ihren Angehörigen etwas Gemeinsames zu erleben.

## **10. Seelenpflege**

- Wir gestalten unseren Umgang mit den Bewohnern kongruent, aufbauend, humorvoll und wohlwollend, damit sich die Seele unserer Bewohner wohlfühlen kann.
- Durch Trösten, aktives Zuhören, durch das Achten auf Stimmungen und diese wahrnehmen, begleiten wir durch das Eingehen auf diese Stimmungslagen unsere Bewohner positiv.
- Trauer wird zugelassen und begleitet.

## **11. Sterbebegleitung**

Hierauf gehen wir in unserem „Palliativkonzept“ ausführlich ein, ausser wenn andersorientierte Menschen nicht adäquat ihre Wünsche und Ängste äussern können. Gerade deshalb ist es für uns wichtig, gute biographische Kenntnisse über den Bewohner zu besitzen, da sie uns gerade in dieser Phase wertvolle Hinweise geben können.

## **12. Abwägung Freiheit/Sicherheit**

Freiheitseinschränkende Massnahmen lehnen wir grundsätzlich ab, aber gleichzeitig ist uns bewusst, dass da, wo Bewohner einer akuten Selbst-/Fremdgefährdung (=eingeschränkte Selbstverantwortlichkeit) ausgesetzt sind, es notwendig sein kann, zu freiheitseinschränkenden Massnahmen greifen zu müssen.

Nur bei akuter Selbst-/Fremdgefährdung nach festgelegten Regeln, zusammen mit den Angehörigen, dem Arzt und dem Pflegepersonal und nach Möglichkeit mit dem Bewohner, muss abgeklärt werden, ob ein psychiatrisches Konzil indiziert ist. Wenn nicht, müssen die Situation und die maximale Dauer innerhalb von 24 Std., in welcher der Bewohner fixiert werden darf, genau definiert sein. Freiheitseinschränkende Massnahmen müssen spätestens nach 14 Tagen auf ihre weitere Notwendigkeit oder Beendigung überprüft werden. Gestützt auf unser Menschenbild und die rechtlichen Grundlagen, versuchen wir diese aber konsequent zu vermeiden.

## **13. Dienstbekleidung**

Wir stützen uns bei der Kleiderwahl auf den milieu-/soziotherapeutischen Ansatz. Der klare logische Zwang der Milieu-/Soziotherapie spricht für das Tragen von privater Kleidung. Bei pflegerischen Verrichtungen bei denen es zur Kontamination der Kleidung kommen kann müssen Schutzkittel getragen werden.

## **14. Interdisziplinäre Betreuung**

Die Demenzbetreuung ist nicht alleine Aufgabe von spezialisierten Pflegekräften oder Bereichen, sondern ist nur in Zusammenarbeit mit allen Disziplinen des Hauses umsetzbar. Dies hat Konsequenzen für die Bereiche:

### Hotellerie/Hauswirtschaft

Neben der Ausbildung in integrativer Validation, einer hohen sozialen Kompetenz und Flexibilität muss dieser Mitarbeiter ein fester in das Pflegeteam integrierter Bestandteil des Wohnbereiches sein.

### Küche und Verpflegung

Das Küchenpersonal stellt für unsere andersorientierten Menschen ein umfangreiches Angebot zur Verfügung wie:

- Fingerfood
- Essensstationen
- Zwischenmahlzeiten
- Schöpferservice und Tischkultur

### Medizin

Für die adäquate fachmedizinische Versorgung unserer andersorientierten Bewohner sorgt ein gerontopsychiatrischer Dienst, welcher auf Anfrage Konzile durchführt. Der fachliche, medizinische Austausch zwischen Gerontopsychiater und Hausarzt ist unumgänglich und geregelt.

Die freie Arztwahl bezieht sich auf alle Fachärzte und muss gewährleistet sein.

## 15. Fremdwortverzeichnis

<sup>1</sup> Ein **Individuum** (für [lateinisch](#) „das Ungeteilte“) ist ein Mensch, Tier oder Gegenstand, insofern er einzeln ist und sich von anderen Menschen, Tieren und Gegenständen unterscheidet. Der Begriff „Individuum“ wird auf tierliche Lebewesen und auf Menschen angewendet; Einheit und intakte Ganzheit ist bei ihnen lebensnotwendig. Im Bereich der „[künstlichen Intelligenz](#)“ und in der [Science-Fiction-Literatur](#) wird er auf [Systeme](#) angewendet, die den [Turing-Test](#) bestehen. Zyniker fragen, ob hier beispielhaft [ELIZA](#) bereits als ein Individuum anzusehen ist; praktisch und [interneterprobt](#) werden [Chatbots](#) tatsächlich von menschlichen Gesprächspartnern so begriffen. Im Allgemeinen ist ein Individuum ein [Etwas](#), das [denken](#) kann, und spezieller: Ein [Ding](#) mit einem [Bewusstsein](#).

Bei Menschen wird statt von „Individuen“ auch von „[Personen](#)“ geredet, deren individuelle Eigenschaften und Interessen dann den Besonderheiten, die in einer [Bevölkerungsgruppe](#) ([Gemeinschaft](#), [Gesellschaft](#), [Kollektiv](#)) vorherrschen, gegenübergestellt werden können. Diesen Sachverhalt bezeichnet man als [Subjektivität](#).

<sup>2</sup> Das Wort **Abstraktion** (lat. abstractus – „abgezogen“, Partizip Perfekt Passiv von abs-trahere – „abziehen, entfernen, trennen“) bezeichnet meist den [induktiven Denkprozess](#) des Weglassens von Einzelheiten und des Überführens auf etwas Allgemeineres oder Einfacheres. Daneben gibt es spezifische Verwendungen von Abstraktion in bestimmten Einzelwissenschaften und einzelnen [Theorien](#).

<sup>3</sup> Evidenzbasierte Medizin (EbM, von englisch evidence-based medicine „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“) ist eine Richtung in der [Medizin](#), die ausdrücklich verlangt, dass bei einer medizinischen [Behandlung](#) patientenorientierte Entscheidungen nach Möglichkeit auf der Grundlage von [empirisch](#) nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden sollen.

<sup>4</sup> Als **Sekretion** ([lat.](#) secretio ‚Absonderung‘, von secernere ‚absondern‘, **sezernieren**)

<sup>5</sup> Der Begriff **Integration** (die, von [lateinisch](#) integrare, wiederherstellen; Deutsch Herstellung eines Ganzen) bezeichnet.

<sup>6</sup> Der methodische Ansatz besteht darin, die noch vorhandenen Ressourcen der Hirnleistungen zu nutzen, mit diesen zu arbeiten und den betroffenen Patienten 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 dahinter stehende 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.

<sup>7</sup> Unter **inhärenter Würde** wird die Vorstellung verstanden, dass alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft oder anderer Merkmale wie Geschlecht, Alter oder Zustand denselben Wert haben, da sie sich alle durch ein dem Menschen einzig gegebenes schützenswertes Merkmal auszeichnen, die **Würde**.

<sup>8</sup> Der Begriff **Neologismus** bezeichnet neue Wörter, die auf der Grundlage bereits in der Sprache vorhandener **Morpheme** gebildet wurden; er wird z. T. aber auch so verstanden, dass er alle in der Sprache neuen Wörter umfasst, d.h. auch **Neuschöpfungen** und **Fremd-** und/ oder **Lehnwörter**.

<sup>9</sup> **Konfabulation** oder konfabulieren ist die Produktion von objektiv falschen Aussagen oder „Geschichten“ (**fabula**: Geschichte, Fabel, Märchen). Verschiedene Formen sind bekannt. Einzelne beruhen auf falschen **Wahrnehmungen**, andere auf Fehlfunktionen des **Gedächtnisses**, z. B. wenn jemand mehr Informationen aus seinem Gedächtnis abzurufen versucht, als tatsächlich gespeichert sind (sog. provozierte Konfabulationen). Eine spezielle Variation beruht auf dem Versagen eines vorbewussten Filters, das die **kortikale** Repräsentation eines aufkommenden Gedankens je nach seinem Bezug zur aktuellen Gegenwart anpasst. Ein Versagen dieses Mechanismus<sup>1</sup> führt zu spontanen Konfabulationen und Desorientiertheit mit einem Verkennen der aktuellen Gegenwart. Nur diese Form hat eine klare **anatomische** Bedeutung: Sie beruht auf einer Schädigung des so genannten **orbitofrontalen Kortex**, einer Region unten am **Gehirn**, oberhalb der Augen. Besondere Aufmerksamkeit hat sie bei organisch bedingten Prozessen bekommen, z. B. beim **amnestischen Korsakow-Syndrom**.

<sup>10</sup> Rasches Anspringen von allen Affekten, die nicht beherrscht werden können und manchmal eine übermäßige Stärke haben können. Beispielsweise plötzliches Losweinen eines Patienten nach einem Schlaganfall, ohne dass er wirklich traurig wäre. Die Patienten leiden unter der mangelnden Kontrolle ihrer Gefühlsäußerungen, die oft gar nicht so wie dargeboten empfunden werden. Die inadäquaten Gefühlsäußerungen sind den Patienten peinlich, auch wenn sie bei Themenwechsel oft rasch wieder abklingen. Das pathologische Lachen und Weinen als Ausdruck der **Affektinkontinenz** wird als Enthemmungsphänomen motorischer Synergismen gesehen, damit Folge hirnanatomischer Störungen. Aus Fallberichten mit Stimulation mittels Hirnelektroden wird vermutet, dass eine Schädigung der caudalen Capsula interna für die Affektinkontinenz verantwortlich ist.

<sup>11</sup> **Echolalie** [**ɛçola'li**:] (von **griech.** ἠχώ (echó) = „Laut“; λαλώ (laló) = „ich rede“) ist Beschränkung der Sprache auf das Nachsprechen vorgesagter Wörter, bei **transkortikaler Aphasie**. Ein **krankhafter Zwang**, Sätze und Wörter von Gesprächspartnern selbst zu wiederholen; sie tritt u.a. beim **Tourette-Syndrom**, bei **Schizophrenie**, **Morbus Alzheimer** und **Autismus** auf.

<sup>12</sup> Im Allgemeinen bedeutet **progressiv** so viel wie „stufenweise fortschreitend“ (und bezeichnet das Gegenteil von **regressiv**), kann aber in speziellen Bereichen andere Bedeutungen haben: in der Medizin ein sich verschlimmernder **Krankheitsverlauf**.

<sup>13</sup> Das Wort **Regression** bedeutet Rückgang, Rückführung oder Rückschritt und bezeichnet in der **Psychoanalyse** den unbewussten oder bewussten Rückgriff auf kindliche Verhaltensmuster, siehe **Regression (Psychoanalyse)**.

<sup>14</sup> Die **olfaktorische** Wahrnehmung (**lateinisch** olfacere ‚riechen‘), auch Geruchssinn, olfaktorischer Sinn oder Riechwahrnehmung, bezeichnet die **Wahrnehmung** von **Gerüchen**. Der komplexe Geruchssinn wird erforscht von der **Osmologie** oder auch **Osphresiology**.