***Konzeptvorlage* zu «Mindestanforderungen für das Pflege- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz im konventionellen, gemischten Pflegeheim (integrative Wohnform)»**

**Ausgangslage**

Diese Vorlage für ein Pflege- und Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz (integrative Wohnform) wurde durch CURAVIVA Thurgau erarbeitet und wird durch CURAVIVA Schweiz allen interessierten Institutionen zur Verfügung gestellt.

**Hinweise zur Verwendung der Konzeptvorlage**

* Das Pflege- und Betreuungskonzept ist als Teil des übergeordneten Pflege- und Betreuungskonzeptes anzusehen und kann bei Institutionen zur Verwendung kommen, in denen Menschen mit Demenz auf konventionellen, gemischten Abteilungen wohnen. Es enthält Grundsätze, die für alle Mitarbeitenden verbindlich sind und ist ausgerichtet auf die konkrete Umsetzung im Pflege- und Betreuungsalltag.
* Grundlegende, theoretische Ausführungen sind im übergeordneten Pflege- und Betreuungskonzept beschrieben. Wo es nötig oder sinnvoll ist, soll darauf verwiesen werden.
* Mögliche Leitlinien, Merkblätter oder Handlungsanweisungen werden in den Anhängen beschrieben. Das Konzept ist auf die Strukturen, Möglichkeiten und Ziele der Institution anzupassen.
* Die Kriterien, die von den Institutionen benannt und beschrieben werden, müssen mess- und überprüfbar und damit verbindlich sein. Dies gilt auch für allfällige Anhänge mit Leitlinien, Merkblättern und Handlungsanweisungen.
* Die Grundlagenkenntnisse zum Thema Demenz werden vorausgesetzt und ein Person-zentrierter, validierender Umgang mit Menschen mit Demenz (nachfolgend MmD) wird gelebt.

*Bei einer Verwendung der Konzeptvorlage sind alle gelb markierten und kursiven Passagen (Fakten/Hinweise) durch die Institution auf ihre individuelle Situation zu überprüfen und anzupassen.*

|  |
| --- |
| **Vorlage erstellt durch:**  ERFA-Gruppe Curaviva TG, Bereichsleitung Pflege und Betreuung:  Gabriele Dalucas, Wohngemeinschaft Bühl GmbH  Marie Kathrin Saladin, Alters- und Pflegezentrum Amriswil  Regula Steinemann, Bürgerhof - Wohnen im Alter  Renate Merk, Regionales Alterszentrum Tannzapfenland  **Punktuelle Begleitung:**  Franziska Zeller-Forster, Pflegeexpertin HÖFA II / Pflegeberatung  Irene Leu, DCM-Trainerin, Demenz-Beraterin, Geschäftsführerin Wirrgarten Basel  Julia Käppeler, Pflegefachfrau, Diplompflegewirtin, Geschäftsführerin CURAVIVA Thurgau  **Überarbeitet durch:**  Irene Leu, DCM-Trainerin, Demenz-Beraterin, Geschäftsführerin Wirrgarten Basel |

CURAVIVA Schweiz, Dezember 2018

**Inhaltsverzeichnis:**

[1. Ausgangslage 3](#_Toc434936069)

[2. Ziel und Zweck der integrativen Pflege und Betreuung 3](#_Toc434936070)

[3. Aufnahmekriterien 3](#_Toc434936071)

[3.1 Aufnahme- und Ausschlusskriterien 3](#_Toc434936072)

[3.2 Verlegung oder Verbleib auf der konventionellen Abteilung 4](#_Toc434936073)

[4. Personelle Anforderung 4](#_Toc434936074)

[4.1 Fort- und Weiterbildung 5](#_Toc434936075)

[5. Räumliche Gestaltung 5](#_Toc434936076)

[5.1 Gestaltung von Innenräumen 5](#_Toc434936077)

[6. Angehörigenarbeit 6](#_Toc434936078)

[7. Freiwillige Mitarbeit 7](#_Toc434936079)

[8. Pflegeorganisationssystem 7](#_Toc434936080)

[9. Biografiearbeit 7](#_Toc434936081)

[10. Ernährung 8](#_Toc434936082)

[11. Tagesstruktur / Aktivierung / Bewegung 9](#_Toc434936083)

[12. Herausforderndes Verhalten 10](#_Toc434936084)

[13. Medikamente 10](#_Toc434936085)

[14. Selbstbestimmung gegenüber Schutz und Sicherheit 10](#_Toc434936086)

[15. Psychiatrischer Konsiliardienst 11](#_Toc434936087)

[16. Palliative Care bei Menschen mit Demenz 11](#_Toc434936088)

[17. Umsetzung und Evaluation des Konzeptes 11](#_Toc434936089)

[18. Quellenangaben 12](#_Toc434936090)

# 1. Ausgangslage

*Es wird angenommen, dass im Kanton Thurgau etwa 3‘300 Menschen leben, die an Alzheimer oder an einer anderen Form von Demenz erkrankt sind. Jährlich erkranken zudem neu 800 Menschen in unserem Kanton (Quelle: Schweizerische Alzheimer Vereinigung, 2014).*

Etwa die Hälfte der Demenzbetroffenen lebt in den späten Stadien der Demenz in einem Pflegeheim oder einer anderen stationären Einrichtung. Ein Teil dieser Menschen lebt auch in unserem *Name der Institution einfügen*.

Im Herbst 2013 hat der Bundesrat die Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017 verabschiedet. Die Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017 ist ein ambitioniertes Projekt. Für eine demenzgerechte Versorgung braucht es in erster Linie Wissen und Bildung. Die Pflegenden müssen über spezifisches Wissen zu Demenz verfügen, um adäquat auf die Bedürfnisse der MmD eingehen zu können. Das gilt für alle Angebote und auf allen Ebenen: sei es bei der Betreuung zu Hause durch Angehörige, in der Langzeitpflege (Spitex, Heim) oder im Akutspital.

Dieses Konzept legt die Kriterien fest, nach denen in *Name einfügen* mit MmD gearbeitet wird und ist für alle Mitarbeitenden verbindlich.

Den Angehörigen dient das Konzept als Information und als Richtlinie.

# 2. Ziel und Zweck der integrativen Pflege und Betreuung

Schaffung eines Umfeldes, das den Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz auch im konventionellen, gemischten Betreuungsrahmen Nähe, Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Die Pflege und Betreuung, wie auch die Tagesgestaltung, orientieren sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner. Durch Einfühlung und Verständnis, verbunden mit hoher fachlicher Kompetenz, wird die Individualität der MmD berücksichtigt und deren Integrität geschützt. Es ist ein sehr hoher Anspruch, MmD integrativ zu pflegen, weil die Bedürfnisse von MmD und Menschen ohne Demenz, oder mit erst leichter Demenz, manchmal diametral entgegenlaufen. Im *Name einfügen* sind wir überzeugt, den verschiedenen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Wir überprüfen in regelmässig stattfindenden Team-Gesprächen mit allen Beteiligten *(Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Ärztin oder Arzt, Therapeutinnen und Therapeuten usw.)* das Setting für den MmD und für die anderen Bewohnerinnen und Bewohner der Abteilung und leiten bei Bedarf entsprechende Veränderungen ein.

# 3. Aufnahmekriterien

# 3.1 Aufnahme- und Ausschlusskriterien

* Einverständnis der Angehörigen oder des gesetzlichen Vertreters

*entweder nach vorgängiger Besichtigung und vorgängigem Aufnahmegespräch in der Institution, oder nach erfolgtem Pflege-Erstgespräch mit den Angehörigen*[[1]](#footnote-1) *und/oder gesetzlichem Vertreter an dem Ort, wo sich der MmD aufhält durch einen definierten Beauftragten der Institution (bspw. Teamleitung)*

* Ausschluss bei Weglaufgefährdung und bestehendem herausfordernden Verhalten wie unkontrollierte Aggressivität bei Irritation.
* *Weitere Abgrenzung bzw. Ausschlusskriterien zu den Aufnahmekriterien, falls es welche gibt, sind hier zu beschreiben, z.B. psychiatrische Diagnosen oder Zusatzdiagnosen, akute Suchtprobleme.*

# 3.2 Verlegung oder Verbleib auf der konventionellen Abteilung

In der Fachwelt ist mittlerweile unbestritten, dass mit zunehmender Demenz das soziale Verhalten der MmD sich mit den üblichen Gruppenregeln nicht mehr vereinbaren lässt, was für Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch für die Mitarbeitenden eine erhebliche Belastung bedeuten kann. Die Erfahrung zeigt ebenso, dass MmD, die vor Eintritt nicht durch herausforderndes Verhalten aufgefallen sind, dieses auf der Station entwickeln können, die Gründe dafür sind vielfältig.

Für MmD auf der konventionellen Abteilung sind darum eigene Angebote zu schaffen. So können die anderen Bewohnerinnen und Bewohner, die ihren Tagesablauf weitgehend selber gestalten und selber Aktivitäten initiieren oder bei vom Heim angebotenen Aktivitäten mitmachen können, vor Irritationen und Disharmonie geschützt werden.

*Hier ist zu beschreiben, wie man diesem Anspruch gerecht wird.*

*Beispiel: Morgens und nachmittags ist die Stube 1 für eine Kleingruppe von MmD reserviert.*

Ein Wechsel in eine geschützte Wohngruppe oder in eine andere Institution bedarf der vorgängigen Standortbestimmung mit dem multidisziplinären Betreuungsteam und den Angehörigen. *Es wird bestimmt, wer für die Entscheidung verantwortlich ist.*

*Die Kriterien für eine Verlegung sind zu beschreiben, z.B. herausforderndes Verhalten Überforderung, Weglaufgefährdung.*

# 4. Personelle Anforderung

Die professionelle Betreuung von Menschen mit und ohne Demenz in einem konventionellen, gemischten Betreuungsrahmen stellt hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz und an die persönliche Reife der Mitarbeitenden aller Bereiche. Die grundlegenden Anforderungen an die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen sind in den entsprechenden Stellenbeschreibungen formuliert und werden an den jährlichen Mitarbeitergesprächen zielorientiert beurteilt.

*Hier ist z.B. zu beschreiben, wie man diesen Aspekten Rechnung tragen will.*

*Bei der Rekrutierung der Mitarbeitenden für das Pflege- und Betreuungsteam wird ein spezielles Augenmerk auf Eignung, Neigung und das vorhandene Interesse für diese Arbeitsweise gelegt.*

*Sinnvoll ist es beispielsweise, einzelne Mitarbeitende gezielt auszubilden, die den Teams bei Konflikten Support geben können und mit deren Qualifikation Situationsanalysen gemacht und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden können.*

# 4.1 Fort- und Weiterbildung

Es wird dafür gesorgt, dass sich die Mitarbeitenden auch im konventionellen Heim kontinuierlich in Bezug auf das Thema Demenz unter Berücksichtigung des gemischten Betreuungsrahmens fort- und weiterbilden.

Diese Fort- und Weiterbildung umfasst für das Pflege- und Betreuungspersonal folgende Aspekte:

* Krankheitsbilder der Demenz, Verlauf und Auswirkungen auf die Betroffenen, die Angehörigen und die Pflegenden.
* Angebote zur Erlangung einer validierenden Grundhaltung, die von Wertschätzung geprägt ist und den psychischen Bedürfnissen von MmD nach Geborgenheit / Wohlbehagen / Trost, Einbeziehung, Tätig-Sein, Identität und Bindung Rechnung tragen.
* Kommunikation und Begegnungen mit MmD sowie Umgang mit herausforderndem Verhalten
* Fallbesprechungen und Intervisionen
* Aggressionsmanagement
* Grund- und Aufbaukurs in Basaler Stimulation sowie Grund- und Aufbaukurs in Kinästhetik*, falls im Pflege- und Betreuungskonzept nicht bereits empfohlen/ver­langt).*
* *Weitere Fort- und Weiterbildungsangebote: z.B. Instrumente Serial Trail Intervention (STI) und 7 Schritte ethischer Entscheidungsfindung, 10-Minuten-Aktivierung, Dementia Care Mapping (DCM), Tagesstruktur, Schmerzmanagement, Ernährung, Angehörigenarbeit,*

*Hier sind die zeitlichen Intervalle sowie die Verpflichtung bzw. der Anspruch der Mitarbeitenden auf Fort- und Weiterbildung zu formulieren. Allenfalls Querverweis auf ein vorhandenes Fort- und Weiterbildungskonzept.*

# 5. Räumliche Gestaltung

# 5.1 Gestaltung von Innenräumen

MmD sind aufgrund ihrer kognitiven Einbussen angewiesen auf eine eindeutig gestaltete, einladende Umgebung mit ausreichendem Tageslicht oder entsprechend wirksamen künstlichen Lichtquellen.

*Grosse, unübersichtliche Abteilungen oder kleinere Heime mit zwar gemütlichen, aber verwinkelten Räumen, sind für MmD ungeeignet, da dies oft zu Überforderung führt. Eintritte, die zwangsläufig zu Umplatzierungen führen werden, sind zu vermeiden.*

*Hier die Situation im Haus beschreiben, auch, ob das Bedürfnis nach Übersichtlichkeit gewährleistet ist (z.B. Farbkonzept, Orientierungshilfen).*

Wir sorgen mit den baulichen Bedingungen und entsprechender Gestaltung für

* grösstmögliche Sicherheit und Geborgenheit
* Anregung zu Alltagsaktivitäten
* die Möglichkeit einer privaten Atmosphäre und zur sozialen Interaktion
* qualitativ und quantitativ gezielten Umgang mit Reizen / Impulsen.

# 6. Angehörigenarbeit

Angehörige sind speziellen Anforderungen und auch Ängsten ausgesetzt, da sie oft bestimmen (müssen), ohne dies mit dem MmD abschliessend vereinbaren zu können. Sie haben teilweise bereits eine jahre- bis jahrzehntelange Geschichte mit dem MmD hinter sich, ohne je auf diese Krankheit vorbereitet gewesen zu sein und hatten häufig auch keinerlei fachliche oder persönliche Unterstützung in ihrer belastenden Situation. Die Zeit der Begleitung, vor und nach der Diagnosestellung oder eben ohne Diagnose, war in der Regel von viel Unsicherheit, Leid und Entbehrungen gekennzeichnet.

Manchmal treten Menschen zu einem Zeitpunkt ein, in dem noch keine dementielle Symptomatik erkennbar ist, die Demenz entwickelt sich erst während der Zeit im Pflegeheim. Auch hier sind Angehörige sehr belastet, weil sie ihre Nächsten nicht mehr als die erkennen, die sie waren. Es ist möglich, dass die Angehörigen die Veränderung ihrer Nächsten im Pflegeheim-Alltag beobachten und dann Schuldzuweisungen entwickeln, die für die Mitarbeitenden belastend sein können.

Manchmal war die Betreuung zu Hause für die Angehörigen eine tagfüllende Struktur, die jetzt wegfällt.

All diesen Umständen sollte nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

*Die Einbindung der Angehörigen in die Betreuung, entsprechend ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten, ist auch im konventionellen Rahmen sinnvoll und wünschenswert.*

*Angehörige ermöglichen den Zugang zu Informationen, die für die Pflege und Betreuung wertvoll sein können. Die folgenden Kriterien sind das Mindestmass an Aufmerksamkeit für die Angehörigen, sie können nach Möglichkeit der Institution erweitert werden.*

* Das Eintrittsgespräch mit den Angehörigen findet vor dem Eintritt statt; ein Gesprächsprotokoll, in welchem die gegenseitigen Erwartungen und Abmachungen deklariert sind, wird in der Pflegedokumentation abgelegt. Die pflegerische Bezugsperson der Bewohnerin oder des Bewohners ist auch die Bezugsperson für die Angehörigen.
* Regelmässige Standortbestimmungen mit den Angehörigen werden in der Pflegedokumentation festgehalten.
* Grundsätzlich sind Besuche von Angehörigen jederzeit willkommen. Um die Abläufe und Rituale im Betreuungsalltag nicht zu stören, sind allenfalls Abmachungen zu treffen.
* Feste resp. Rituale mit Angehörigen als Gäste der MmD werden regelmässig durchgeführt.
* Gemeinsame Aktivitäten werden geplant und durchgeführt.
* Informationsanlässe für Angehörige, die auch dem Aspekt Demenz Rechnung tragen, finden regelmässig *(regelmässig ist zu definieren)* statt.
* Den Angehörigen werden auf Wunsch Hinweise, Adressen und/oder Unterlagen für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz zur Verfügung gestellt.

*Hier wird auch festgehalten, in welchen Intervallen Angehörigen-Gespräche stattfinden, wer sie durchführt und wie der Dienstweg bei unüberbrückbaren Schwierigkeiten aussieht.*

# 7. Freiwillige Mitarbeit

*Wenn freiwillige Mitarbeitende eingesetzt werden, hier beschreiben. Es muss geklärt sein, welche Pflegefachperson für die freiwilligen Mitarbeitenden zuständig ist. Vielleicht werden freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spezifisch für die MmD eingesetzt, z.B. für Spaziergänge oder Einzel-Aktivitäten, was sehr sinnvoll ist.*

*Freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in Bezug auf Demenz/Umgang mit MmD zu schulen und zu begleiten. Hier wird beschrieben, wie diesem Anspruch Folge geleistet wird.*

*Der Zugang zu den üblichen Kommunikationsabläufen der Institution muss deklariert werden. Es finden regelmässige Standortbestimmungen statt. Es ist wünschenswert, dass Freiwillige nicht den gleichen Zugang zu den Bewohner-Dokumentationen haben wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; dies zum Schutz der vertraulichen Informationen über die Bewohnerinnen und Bewohner.*

Bewohnerinnen und Bewohner profitieren vom unbefangenen Umgang der freiwilligen Mitarbeitenden und erfahren Unterstützung in alltäglichen Aktivitäten und Unternehmungen, ergänzend zur professionellen Pflege und Betreuung.

- Mit den freiwilligen Mitarbeitenden wird eine schriftliche Vereinbarung über ihren Einsatz getroffen.

- Sie führen ihre Tätigkeiten in Absprache mit und unter Aufsicht der zuständigen Pflegefachperson aus.

* Sie stehen unter Schweigepflicht.

- Sie werden zu Bewohner- und Mitarbeiteranlässen eingeladen.

- Sie werden zu internen Fortbildungen eingeladen.

- Regelmässige Standortbestimmungen werden durchgeführt.

*Hier allenfalls Querverweis auch zur freiwilligen Mitarbeit in einem Gesamtkonzept / Betriebskonzept.*

# 8. Pflegeorganisationssystem

*Hier Querverweis zum Pflegeorganisationssystem resp. zur Bezugspflegearbeit im Gesamtkonzept der Institution. Abweichungen davon müssen beschrieben werden.*

Grundsatz: Vor dem Eintritt ins Pflegeheim wird dem MmD eine *Bezugspflegeperson / Ansprechperson / Kontaktperson* zugeteilt, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess übernimmt. Sie ist, falls nicht anders geregelt, auch Ansprechperson für die Angehörigen und das interdisziplinäre Team.

# 9. Biografiearbeit

Identität ist ein grundlegendes psychisches Bedürfnis der Menschen. Eine Demenz nimmt den Betroffenen nach und nach ihre Erinnerungen und damit das Bewusstsein dafür, wer sie sind und waren.Weil sich MmD nur noch in Fragmenten an ihre Lebensgeschichte erinnern, soll diese für sie bewahrt werden.

*Eine Biographie-Erhebung ist bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern zwingend. Die wesentlichen biografischen Daten müssen – wenn möglich - erhoben werden.*

Biografiearbeit gibt auch Auskunft darüber, nach welchen Werten der MmD gelebt hat, wie seine Persönlichkeit war, wie er gewichtige Ereignisse bewältigt hat etc. Mit der Biografiearbeit kann auch Verständnis für allfälliges herausforderndes Verhalten bewirkt werden.

*Es ist darauf zu achten, Bedürfnisse, Aktivitäten und Erleben der MmD nicht nur mit der Biografie in Zusammenhang zu bringen, sondern die aktuellen Geschehnisse genauso miteinzubeziehen.*

- Wir setzen uns dafür ein, die Lebensgeschichte der Bewohnerin / des Bewohners so weit wie möglich zu erfassen.

- Wir kennen die lebensgeschichtlichen Erfahrungen und beziehen diese als Orientierungshilfen im Alltag ein.

- Wir knüpfen an die biografischen Gewohnheiten und Strategien an und versuchen, ein Lebensumfeld zu schaffen, das Vertrauen, Erinnerung und Geborgenheit schafft.

- Es ist uns bewusst, dass die momentane Befindlichkeit von MmD nicht immer aus der Biografie abgeleitet werden kann und wir beziehen deshalb auch stets die Gegenwart der MmD mit ein.

# 10. Ernährung

Mahlzeiten sind mehr als Nahrungsaufnahme. Sie sind wichtige Orientierungspunkte im Tagesablauf. Sie sind auch Grundlage von Erleben und im besten Fall von Gemeinschaft.

MmD spüren manchmal keinen Hunger und Durst bzw. haben kein Sättigungsgefühl mehr. Es kommt vor, dass MmD den Gebrauch von Geschirr und Besteck vergessen. Spezielle Darreichungsformen können geeignete Alternativen sein, sind jedoch nicht für alle Menschen und in jedem Setting geeignet. MmD müssen vor der Kritik anderer geschützt werden, wenn sie die allgemeinen Essgepflogenheiten nicht mehr einhalten können.

- Im *Name der Institution* gelten vorgegebene Essenszeiten und Essensstandards.

- Sollte ein MmD hiermit überfordert sein, werden individuelle Anpassungen, mit dem Ziel ein grösstmögliches Mass an Selbständigkeit zu gewährleisten, umgesetzt, sofern dies die ganze Gruppe nicht beeinträchtigt.

- Wir nutzen gemäss individuellen Bedürfnissen Fingerfood und andere Darreichungsformen, wenn das von den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern toleriert werden kann.

- Wir vermeiden Reizüberflutung während den Mahlzeiten.

- Bei Ernährungsproblemen und erfasster Mangelernährung suchen wir im Team und ggf. mit den Angehörigen nach Lösungen und leiten entsprechende Massnahmen ein.

- Durch den Einbezug der Biografie sind wir in der Lage, ein auf den MmD angepasstes Umfeld zur Nahrungsaufnahme zu bieten. Dies kann ein familiäres Umfeld sein (z.B. Gruppentisch), kann aber auch heissen, dass jemand für sich alleine isst.

- Wir berücksichtigen, dass MmD mit einem grossen Bewegungsdrang einen erhöhten Kalorienbedarf aufweisen.

*Oft ist ein Verbleib auf der konventionellen Abteilung nicht mehr möglich, wenn Essenzeiten und übliche Sozialnormen nicht mehr eingehalten werden können.*

Es gelten folgende Zeitfenster für die Mahlzeiten *(beschreiben, falls sie vom Pflege- und Betreuungskonzept abweichen)*:

Frühstück: von: XX°° Uhr bis XX°° Uhr

Mittagessen: von: XX°° Uhr bis XX°° Uhr

Nachtessen: von: XX°° Uhr bis XX°° Uhr

In diesen Zeitfenstern wird ein gewisser Spielraum für die individuellen Bedürfnisse der einzelnen MmD ermöglicht. Zwischen diesen Zeiten besteht die Möglichkeit für Zwischenmahlzeiten, auf welche die Mitarbeitenden unkompliziert zurückgreifen können.

# 11. Tagesstruktur / Aktivierung / Bewegung

*Eine Tagesstruktur soll so geplant sein, dass es jeden Tag Fixpunkte gibt, die verlässlich sind und Sicherheit vermitteln können. Es ist wichtig, dass auch Rituale wie Singen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Tanzen an gewissen Tagen, Platz haben. Spontane Aktivitäten sollen ebenfalls möglich sein.*

*Zur Tagesstruktur gehört auch, wie lange das Morgenessen bereit steht, wann zu Abend gegessen wird, ob Angehörige dabei willkommen sind, welche Gruppen- und Einzelaktivitäten vorgesehen sind und entsprechend durchgeführt werden. Dazu braucht es einen verbindlichen Wochen- und Tagesplan für die Einzelnen, aber auch für die Gruppe. Individuelle, auf Personen und Situationen abgestimmte oder durch sie entstehende Aktivitäten ergänzen diese Vorgaben.*

*Hier ist zwingend zu beschreiben, dass für MmD, einzeln oder in der Kleingruppe, individuelle und nachvollziehbare Planungen bestehen müssen. Das Feiern von Festen im Jahreskreis soll ebenfalls beschrieben werden.*

*Tätig sein heisst, in eine Aktivität auf eine persönlich bedeutsame Art einbezogen zu sein. Es ist deshalb wichtig, Aktivierung nach Möglichkeit in den Alltag zu integrieren, den Bewohnerinnen und Bewohnern Aufgaben zuzumuten und sie selbständig arbeiten zu lassen; auch dann, wenn das Ergebnis nicht den Vorstellungen der Pflegenden entspricht. Hier ist der Schutz der MmD vor der Kritik der anderen Bewohnerinnen und Bewohner besonders wichtig.*

*Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen mit ausgewählten Aktivitäten dort abgeholt werden, wo ihre körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten liegen, hier ist der Gruppenzusammensetzung besondere Aufmerksamkeit zu schenken.*

*Bewegung ist ein anspruchsvolles Thema in der Pflege und Betreuung von MmD und es ist ihr im Konzept ausdrücklich Platz einzuräumen.*

*Oft ist der Bewegungsdrang bei MmD ausgeprägt. Es ist darauf zu achten, dass die Bewegungsräume frei oder in Begleitung von Pflegenden, Freiwilligen oder Angehörigen genutzt werden können. Manchmal bewegen sich MmD nicht (mehr) aus eigenem Antrieb und sie müssen regelmässig dazu motiviert werden. Es muss deklariert werden, wie tägliche Spaziergänge und weitere Bewegungsaktivitäten geplant werden und welche Aufgaben die Mitarbeitenden und Freiwilligen dabei haben*

*Hier Querverweis zum Pflege- und Betreuungskonzept betr. Einsatz von Aktivierungs-Fachpersonen oder Beschreibung, wie eine Aktivierungs-Fachfrau im Team integriert ist und für welche (täglichen) Einzel- oder Gruppenaktivitäten sie zuständig ist. Wenn keine Aktivierungsfachfrau eingesetzt wird, muss beschrieben werden, wie das Pflegeteam die alltagsgestaltenden Elemente umsetzt und wie die Pflegenden dazu befähigt werden. Ziel ist, einen Wochen-Aktivierungs-Plan zu erstellen, an dem sowohl die Mitarbeitenden der Pflege als auch der Aktivierung beteiligt sind.*

# 12. Herausforderndes Verhalten

Herausfordernde Verhaltensweisen im Zusammenhang mit einer Demenz können die Interaktion von Betroffenen und Mitbewohnenden, Angehörigen, aber auch Mitarbeitenden stark belasten. Oft handeln wir mit dem Ziel, die Störung schnellstmöglich zu beseitigen. Das Erkennen und Benennen des Auslösers hingegen wäre eine optimale Herangehensweise, da hier der nachhaltigere Lösungsansatz liegt. Mögliche Ursachen des herausfordernden Verhaltens können z.B. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen, akute und chronische körperliche Leiden, eine Veränderung in der Umgebung etc. sein.

*In diesen für alle belastenden Situationen ist es sehr wichtig, systematisch und besonnen vorzugehen. Ein anerkanntes Instrument hierfür ist z.B. die „Serial Trial Intervention“.*

# 13. Medikamente

Die Abgabe erfolgt nach Verordnung und in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten. *Betreffend Einnahmezeiten soll sich die Institution an dieser Stelle Gedanken machen, wie es gelingt, die Einnahme auf so wenige Zeiten wie möglich zu verteilen. Ein wichtiger Punkt ist, die Medikamentengabe möglichst von den Essenszeiten zu lösen und dadurch ein Verschmelzen von Medikamenten- und Essensverweigerung zu verhindern*. Bei Einnahmeverweigerung erfolgt die Rücksprache mit der Ärztin / dem Arzt, allenfalls mit dem psychiatrischen Konsiliardienst.

*Die Abgabe der Medikamente inkl. Verantwortlichkeit wird hier beschrieben.*

*Die Schmerztherapie in Bezug auf MmD muss beachtet und beschrieben werden.*

# 14. Selbstbestimmung gegenüber Schutz und Sicherheit

MmD verlieren im Laufe ihrer Erkrankung die Denk-, Urteils- und Abstraktionsfähigkeit. Das bringt mit sich, dass sie ihre Situation und die Umgebung nicht mehr realistisch einschätzen können.

MmD verlieren damit in der Regel ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung und brauchen darum umso mehr das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.

Sie können in gewissen Bereichen aber durchaus urteilsfähig bleiben (z.B. Apfelmus essen, Hut anziehen), allerdings nicht in allen Handlungen. *Daher ist von Fall zu Fall zu entscheiden, ob wir über die Person entscheiden müssen oder ob ihr ein (eingeschränktes) Bestimmungs- oder Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden kann. Kommen Störungen gehäuft vor, ist zwingend eine Standortbestimmung durchzuführen, um zu entscheiden, ob ein Verbleib der Person mit Demenz im konventionellen Betreuungsrahmen noch sinnvoll und würdig ist.*

*Im Konzept ist zu beschreiben, wie das Pflege- und Betreuungsteam mit ethischen Fragestellungen umgeht resp. welche Fachpersonen es bei entsprechenden Fragen beiziehen kann. Hierzu gibt es verschiedene Lösungsmöglichkeiten, eine davon kann ein kleines „Ethik-Team“ des Hauses sein.*

* Wir begegnen Unruhezuständen und anderem herausforderndem Verhalten mit unserer demenzspezifischen, bedürfnisorientierten, validierenden Haltung sowie durch körperliche Aktivitäten.
* Durch vorausschauende Planung und das Erkennen von Gefahren schützen wir die Bewohnerin oder den Bewohner.
* Bezüglich herausforderndem Verhalten, das im Moment nicht beeinflussbar ist und eine weitergehende Planung erfordert, bestimmen wir die Vorgehensweise und formulieren konkrete Massnahmen.

*Hier einfügen, wer diese Findung in einem spezifischen Problem bearbeitet (siehe* oben).

* Weil in unserem Betreuungsrahmen die Abteilungen gegen aussen nicht geschlossen sind, ist bei Weglaufgefahr oder grosser Unruhe eine Verlegung auf eine geschützte Wohngruppe oder andere milieutherapeutische Massnahmen zu prüfen. Pharmakologische und bewegungseinschränkende Massnahmen werden vom Betreuungsteam sorgfältig geprüft und zurückhaltend eingesetzt.

# 15. Psychiatrischer Konsiliardienst

*Muss namentlich erwähnt werden, es gibt verschiedene Möglichkeiten je nach Kanton.*

# 16. Palliative Care bei Menschen mit Demenz

*Muss beschrieben werden. Es kann auf ein bereits bestehendes Konzept verwiesen werden, in dem die Palliative Care bei MmD enthalten ist.*

# 17. Umsetzung und Evaluation des Konzeptes

Umsetzung

* Nach Erstellung oder bei wesentlichen Änderungen wird das Pflege- und Betreuungskonzept den Mitarbeitenden des *Name der Institution einfügen* im Rahmen einer Einführung vermittelt.
* Das Pflege- und Betreuungskonzept für MmD ist Bestandteil der regulären Einführungsunterlagen für neue Mitarbeitende.
* Die Kenntnisnahme aller Mitarbeitenden wird dokumentiert.
* Alle Mitarbeitenden sämtlicher Bereiche in unserem Haus erhalten eine an den jeweiligen Bereich angepasste Schulung.

Rückmeldung zur Konzeptumsetzung

* Wir nutzen verschiedene Möglichkeiten, um aktiv Rückmeldungen zur Umsetzung unseres Pflege- und Betreuungskonzeptes für MmD einzuholen. Dazu gehören: Arbeitssitzungen, Pflegerapporte, Fallbesprechungen, interne Fortbildungen, Angehörigengespräche, Umfragen, Mitarbeiterbeurteilungen usw.

Weiterentwicklung des Pflege- und Betreuungskonzeptes

* Das Pflege- und Betreuungskonzept für MmD wird alle vier Jahre an den aktuellen Entwicklungen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sonstigen Anregungen aus Theorie und Praxis gemessen und überprüft.
* Im Falle eines Veränderungsbedarfes am Konzept werden entsprechende Vorschläge erarbeitet. Die neuen Konzeptelemente (Ziele, Massnahmen) werden im Team besprochen und gegebenenfalls in einem vereinbarten Zeitrahmen erprobt, evaluiert und eingeführt.
* *Verantwortlich für die Konzepterstellung mit Name / Vorname und Funktion, Datum der Erstellung, evtl. genehmigt / verabschiedet durch, Datum der nächsten Überprüfung.*

# 18. Quellenangaben

* Schweizerische Alzheimervereinigung www.alz.ch
* CURAVIVA Schweiz www.curaviva.ch/fachinformationen/politik
* Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften www.samw.ch
* *Allfällig weitere hinzugezogene Quellen aufführen*

1. Unter Angehörigen werden Menschen aus dem näheren sozialen Umfeld des Betroffenen verstanden. Dies können Familienmitglieder, Vereinskollegen, Nachbarn etc. sein. [↑](#footnote-ref-1)