



Betreuungs- und Pflegekonzept für Personen mit Demenz

1. Kurze Beschreibung:

In der geschützten Wohngruppe „**Stube**“ werden Bewohner mit Demenz mit besonderem Betreuungsaufwand aufgrund anhaltender Verhaltensauffälligkeiten und gerontopsychiatrischen Problemstellungen betreut.

Das Betreuungskonzept wurde gemeinsam mit einer externen Beraterin (Gudrun Schaade - Dipl. Ergotherapeutin und Mitglied der deutschen Expertengruppe Demenz DED, Deutschland) mit Arbeitsschwerpunkt in diesem Bereich und einer Kerngruppe bestehend aus Sozialbetreuern, Krankenpflegern und Therapeuten erarbeitet und seit 2011 wird die Wohngruppe anlehnend an das Hamburger Modell geführt.

2. Philosophie und Grundgedanke dieser Betreuungsform:

Das Hamburger Modell wird bereits seit einigen Jahren in Deutschland und in leicht abweichender Form auch in anderen Pflegeeinrichtungen Europas angewandt. Der Grundgedanke dieser Betreuungsform ist die individuelle und auf den Alltag ausgerichtete Betreuung von verhaltensauffälligen Bewohnern mit Demenz. Grundvoraussetzung sind dabei die wohnlichen Aspekte, welche einer „simulierten Wohnsituation“ entsprechen und somit den Tagesablauf als Betreuungsgrundlage und Inhalt der angebotenen Tätigkeiten darstellen. Voraussetzung ist zudem die Begleitung und das Angebot ergotherapeutischer Leistungen, welche die Erhaltung und Förderung der Alltagskompetenz zum Ziel hat.

3. Ziele dieser besonderen Betreuungsform:

- Die Lebensqualität jedes Einzelnen steht im Mittelpunkt.
- Ziel ist es, eine der Erkrankung angemessene Betreuung und Pflege, welche den Stress für den Bewohner in der geschützten Wohngruppe minimiert und die Belastung der Mitbewohner reduziert.
- Die pflegerischen Maßnahmen werden auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der an Demenz erkrankten Heimbewohner abgestimmt.
- Der momentanen Verfassung und den Gewohnheiten der Bewohner wird Raum gegeben.
- Förderung der Fremd- und Selbstwahrnehmung.
- Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie.
- Auf Ess- und Trinkgewohnheiten wird eingegangen.
- Gezieltes und dosiertes Setzen von Reizen.
- Der Erkrankung angemessene therapeutische Interventionen.

4. Konkrete Umsetzung und gebotenen Leistungen:

In unserer Struktur wird nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege gearbeitet; alle Fachbereiche (Pflege, Reha, Freizeitgestaltung, Küche, Hauswirtschaft, Verwaltung) sind vernetzt, freiwillige Helfer und Angehörige werden immer mit einbezogen. Gemeinsam wird aktiv mitgestaltet und konkrete Maßnahmen umgesetzt (*siehe Anhang 1 Aktivierende Pflege*).

Die aktivierende Pflege stellt die Alltagskompetenz und Hilfe zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt und versucht diese angepasst an individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten der Heimbewohner in den täglichen Arbeitsablauf zu integrieren.

Im Besonderen wird diese Betreuungsform bei Bewohnern mit Demenz und der damit einhergehenden Problematik im Sozialverhalten und der Selbstversorgung intensiv angewandt und durch die geschützte Wohngruppe erweitert. Durch den besonders angepassten Wohnraum ist es möglich individuell auf Verhaltensstörungen und Betreuungsbedarf zu reagieren, und den Bewohnern ein Gefühl von Verständnis und eigener Entscheidungsfreiheit zu vermitteln. Besonders Personen mit Demenz fühlen sich unter nicht demenziell Erkrankten „fehl am Platz“ und nicht erwünscht. Ihre besondere Sichtweise und ihre Einschätzung alltäglicher Situationen aufgrund kognitiver Einbußen unterscheiden sich sehr stark von anderen und führen oft zu Konflikten und negativen Erlebnissen, die wiederum die Lebensqualität und das psychische Gleichgewicht beeinflussen. Die daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten bis hin zur Selbst/Fremdgefährdung werden zur täglichen Herausforderung und erfordern besondere Maßnahmen.

- Die Wohngruppe bestehend aus 8 Personen wird bereits morgens in Zyklen ergotherapeutisch betreut. Ziel ist dabei die Erhaltung noch vorhandener Ressourcen und Stärkung der Selbstständigkeit sowie des Selbstwertgefühls. Die Ziele werden vorab im interdisziplinären Team mittels Betreuungsplan festgelegt und vier monatlich evaluiert. Auch hier ist der gewohnte morgendliche Ablauf von Waschen und Anziehen Vorgabe und Inhalt der therapeutischen Arbeit. Dieses ADL Training findet in den jeweiligen Zimmern statt um somit die Transferleistung erreichter Ziele in den Alltag zu ermöglichen. Anschließend werden die Bewohner in die „Stube“ begleitet.
- Der Tag beginnt mit einer gemeinsamen Morgenrunde, wobei die anstehenden Tätigkeiten oder Angebote besprochen werden und die Bewohner auf den Tag eingestimmt werden sollen. Bestimmte Rituale und gemeinsame fixe Essenszeiten geben dem Heimbewohner Struktur, dies wiederum wirkt sich positiv auf Verhaltensauffälligkeiten und Unruhe aus. Die Angebote sind vielseitig und stets am Alltag und den jahreszeitlichen Gegebenheiten orientiert und finden in Einzel- und Gruppenstunden statt. Gemeinsam mit der Betreuungsperson werden die anstehenden Aufgaben vom Aufräumen, Kochen, Tisch decken bis hin zu einfachen Hausarbeiten, Gartenarbeit, Versorgung der Haustiere usw. erledigt.
- Therapeutische Angebote: Training der noch vorhandenen kognitiven Funktionen, funktionelles Training, Biographie Arbeit, Gartentherapie, ADL und IADL Training, Wahrnehmungstraining, Entspannung, Sturzprophylaxe.
- Weitere Angebote: Feste und Feiern im Jahreskreis, Ausflüge, regelmäßige Spaziergänge, Kurzaktivierungsangebote, Hl. Messe für Demente unter theologischer Begleitung.

5. Organisationsmodell:

Das Altersheim Niederdorf hat 2011 die Qualitätsinitiative des Verbandes der Seniorenwohnheime mit abschließendem Audit erfolgreich abgeschlossen. Die von der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol geforderte Akkreditierung erfolgte ohne Auflage.

Die geschützte Wohngruppe wird von einer **ausgebildeten Sozialbetreuerin mit abgeschlossener Zusatzqualifikation** im Bereich Demenz geleitet.

Die Kommission (Kerngruppe) besteht aus der Koordinatorin (SB), Pflegedienstleitung (KPF), Wohnbereichsleitung (KPF), Ergotherapeutin mit Demenzausbildung und gerontopsychiatrischer Erfahrung sowie ärztlicher Begleitung.

Die Aufnahme neuer Bewohner in die Wohngruppe wird mittels Befunderhebungsbogen und gemeinsamer Bewertung in der Kerngruppe geregelt, ebenso die Entlassung, falls die Situation nicht mehr den Bestimmungen entspricht (siehe Dokument: *Betreuungsbögen geschützte Wohngruppe "Stube"*).

Zur Erhebung biographischer Daten ist eine eigens geschulte Arbeitsgruppe gebildet worden, welche dafür einen ausführlichen Biographie Bogen erstellt .

Das Biographie wissen ist ein essentieller Bestandteil in allen vorgestellten Betreuungskonzepten für demente Menschen. Für demente Menschen stellt die Erinnerung an ihre Vergangenheit eine wichtige Ressource dar, weil das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt ist , das Langzeitgedächtnis, in dem sehr gut memorierte und meist lange zurück liegende Informationen gespeichert sind, jedoch häufig noch lange während des Krankheitsfortschritts relativ intakt bleibt. Mit Hilfe von Biographie wissen finden betreuende Personen leichter Zugang zu einer dementen Person. Da auf diese Weise ein Kennen - und Schätzenlernen erleichtert wird, kann sich schneller eine persönliche Beziehung zwischen Betreuer und Betreuten entwickeln. Auch die Kommunikation mit dementen Menschen, die im Pflegealltag oft nur aus Standardfragen und Standardantworten besteht, profitiert von der Biographiearbeit. Gesprächsthemen können sich auf die individuelle Vergangenheit einer Person beziehen und den Betreuern fällt es leichter , Verhaltensweisen und Äußerungen dieser Person zu interpretieren, auf Bedürfnisse einzugehen und Beschäftigungsangebote zu machen, die den Interessen des Demenzerkrankten entsprechen.

(siehe Anhang 2 Biographiearbeit).

Zudem wird für die Bewohner der „Stube“ ein Lebensbuch gemeinsam mit den Angehörigen gestaltet, welches zur Aktivierung der Gedächtnisfunktionen verwendet wird. Die Biographie ist ein Eckpfeiler in der Betreuung von Demenzkranken.

Regelmäßige Teamsitzungen für den Austausch, Fallbesprechungen und die Realisierung von Projekten werden abgehalten.

6. Schulung und Weiterbildung von Mitarbeitern

Die Weiterbildung der Mitarbeiter, die in der betreuten Wohngruppe eingesetzt werden, wird kontinuierlich gewährleistet und forciert. Neue Mitarbeiter absolvieren vorab eine einführende Schulung zum Thema Demenz und der Arbeit in der Wohngruppe, welche von der ausgebildeten Ergotherapeutin und der Koordinatorin abgehalten wird.

Zudem wurden folgende Schulungen zu folgenden Themen bereits gemacht:

- Zusatzqualifikation Gerontologie und Gerontopsychiatrie (3 Mitarbeiter)
- Musiktherapie bei Demenz
- Validation nach Naomi Feil
- Aktivierungskonzepte
- Basale Stimulation
- Umgang mit Aggressionen
- Kommunikation bei Demenz
- Ergotherapie bei Demenz mit Gudrun Schaade
- Lernerfahrung durch geführte Interaktion (Sonderegger)
- Führen nach Affolter hausintern durch Reha
- Sturzprophylaxe
- Maltherapie nach Hackenberg
- Gartentherapie

7. Beschreibung der Räumlichkeiten:

Die Räumlichkeiten der Stube entsprechen den Vorgaben des Hamburger Modells und simulieren eine kleine Wohnung im geschützten Rahmen. Gemeinsam mit der Ergotherapeutin und Buchautorin Gudrun Schaade als professioneller Beratung wurden die Räume gestaltet und eingerichtet. Es wurde besonders auf eine stimulierende, aktivierende und den kulturellen und biographischen Gegebenheiten angepasste Umgebung geachtet. In der Wohngruppe befinden sich eine Küche, eine Stube, ein Aufenthaltsraum, ein WC und ein Lagerraum. Bei der Wahl der Räume wurde auf ausreichend Licht

geachtet gemäß den Studien über positive Auswirkung von Licht auf die Stimmungslage, sowie der Einflussnahme auf die zunehmende Sturzgefahr mangels ausreichender Wahrnehmung von Schwellen, Übergängen, Möbel usw. Es wurde zudem darauf geachtet, Nischen zu schaffen die für Geborgenheit, Schutz und Ruhe sorgen. Die Stube ist an die gesetzlichen Bestimmungen für Brandschutz und architektonische Barrieren angepasst und ermöglicht einen uneingeschränkten Zugang zu allen Räumen und auch eine angrenzende Terrasse.

Die verschiedenen Räume dienen vor allem der Möglichkeit sich zurückzuziehen und nach eigenem Wunsch und eigenem Bedürfnisse das Tätigkeitsfeld auszusuchen. Gerade diese Möglichkeit ist auf geschlossenen Stationen oder in integrierten Strukturen nicht gegeben und stellt gleichzeitig ein Grundbedürfnis eines demenziell Erkrankten dar. Aufgrund ihrer veränderten Realitätswahrnehmung und ihrer eingeschränkten Belastbarkeit sehen sich diese Bewohner oft eingesperrt, in ihrer Freiheit beraubt und den Anforderungen, die sich ihnen stellen, nicht gewachsen. Dadurch steigert sich ihr Drang dieser Situation zu entfliehen. Die Betreuung in einer geschützten Umgebung erlaubt es den demenziell Erkrankten sich dort frei zu bewegen und das Leben nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten zu gestalten. Gewohnte Situationen, gleichbleibende Abläufe, klar strukturierte Tagesabläufe und „einfache Alltagstätigkeiten“ hingegen schaffen Sicherheit und Ruhe, sie sehen sich nicht ständig „Neuem“ ausgesetzt und unfähig. Genau aus diesem Grund haben wir diese besondere Wohnsituation geschaffen und sehen uns nach einigen Jahren in unsere Entscheidung bestärkt.

(Anhang 3 - Bilder der Wohnstätte)

8. Der Pflege und Betreuungsplan:

In Anlehnung an die 13 ATL'S von Monika Krohwinkel dient der Betreuungsplan als Instrument zur Ermittlung des Pflegeauftrages und ist im Sinne der ganzheitlich aktivierenden Pflege gestaltet. Gemeinsam plant und dokumentiert das interdisziplinäre Team für die Heimbewohner alle Maßnahmen, unter Berücksichtigung der vorhandenen Informationen, Ressourcen, Problemen, individuellen Bedürfnissen, usw., die zur Unterstützung und Hilfestellung seiner Alltagsbewältigung erforderlich sind. Der Betreuungsplan bietet Transparenz für Heimbewohner, Mitarbeiter, Ärzte, externe Berater und Angehörige. In regelmäßigen Abständen werden die Betreuungspläne (alle 4 Monate) evaluiert und den aktuellen Erfordernissen angepasst.

(Anhang 4 - Betreuungsplanes)

9. Die angewandten Methoden und Konzepte:

In der geschützten Wohngruppe „Stube“ wird in Anlehnung an verschiedenen Methoden und Konzepten gearbeitet, darunter:

- Hamburger Modell (sh. Punkt 2.Philosophie und Grundgedanke dieser Betreuungsform).
- Führen in Anlehnung an das Affolter-Konzept. Das Affolter-Konzept basiert auf dem Grundgedanken, dass der Mensch Informationen über sich und seine Umwelt benötigt, um gezielte Tätigkeiten ausführen zu können. Diese unterschiedlichen Informationen werden über Sinnesrezeptoren an das zentrale Nervensystem weitergeleitet, dort verarbeitet und führen dann zu einer angepassten Reaktion (Handlung), welche schließlich geplant und ausgeführt werden kann. Bei einem Demenzerkrankten kommt es im Verlauf der Erkrankung zu Störungen dieses Informationsverarbeitungsprozesses und zu einer veränderten Wahrnehmung, welche die Ausführung von gewohnten Handlungen massiv erschwert und einen erhöhten Pflegebedarf darstellt. Über das Führen wird einem Menschen, der an einer zentralen Störung der Bewegung leidet, die Wahrnehmung ermöglicht um Alltagsaktivitäten durchführen zu können. Heimbewohner der geschützten Wohnstätte werden daher in ausgewählten Tätigkeiten mit Hilfe dieses Konzeptes unterstützt und können in Selbsterfahrung und Eigenbeteiligung an ihren Ressourcen arbeiten.
- Sensorische Integration: unter den Begriff „sensorische Integration“ versteht man einen „neurologischen Prozess, welcher Sinneseindrücke aus dem eigenen Körper und aus der Umwelt organisiert und es uns ermöglicht, den Körper effektiv in der Umwelt einzusetzen“ (Ayres). Die Stimulation der taktilen, propriozeptiven aber auch der akustischen und visuellen Wahrnehmung sind besonders im fortgeschrittenen Stadium der Demenzerkrankung wichtig, da eine Verarbeitung der unterschiedlichen Stimuli immer schwieriger wird und zu

weitreichenden Folgen, wie Überreiztheit, Kopfschmerz, Isolation, erhöhtem Muskeltonus, Kontrakturen und Schmerzen führen kann. Die Regulierung der Reize und deren Vereinbarkeit stehen im Mittelpunkt dieser Behandlungsform. Daher wird bereits bei der Auswahl der Textilien und der optischen wie taktilen Materialien in der geschützten Wohngruppe geachtet und diese gezielt zum Einsatz gebracht.

- Basale Stimulation: Im Zentrum der basalen Stimulation steht der eigene Körper des Menschen und dessen Wahrnehmung. Körperliche Aktivität, sprich Bewegung und Berührung stimuliert unsere Tiefensensibilität und ermöglichen eine optimale Abstimmung unserer Bewegungen und unseres Spannungszustandes. Bewegungslosigkeit wird sehr schnell auch zu einer Wahrnehmungslosigkeit. Das aktive Sein des Menschen und die Bewegungsfähigkeit sind die Basis für nach außen gerichtete Wachheit und die Teilhabe am umgebenen Geschehen. Im Verlauf der dementiellen Erkrankung sind die Betroffenen jedoch auf Grund von mangelnder Aktivität und Bewegungslosigkeit nicht mehr dazu in der Lage sich ihrer selbst bzw. sich ihres Körpers und ihrer Umwelt bewusst zu werden. Mit einfachen Angeboten der basalen Stimulation kann die Wahrnehmung unterstützt werden und dem Betroffenen das Bewusstsein für den eigenen Körper wieder geschärft werden. Gleichzeitig wird die Förderung des Kontaktes zu anderen Menschen und der Umgebung angestrebt. Im zwischenmenschlichen Kontakt wird bei der basalen Stimulation Nähe und Sicherheit vermittelt. Berührt werden bedeutet nicht nur bewegt werden sondern auch verstanden werden. Massagen, Düfte und gezielte Berührungen lösen Spannungen und intensivieren die Wahrnehmung für den eigenen Körper.
- Validation nach Naomi Feil: Validation bedeutet „wertschätzen, akzeptieren, annehmen“. Es handelt sich hierbei um eine Kommunikationsmethode mit desorientierten, an Demenz erkrankten Menschen in Kontakt treten zu können. Das Konzept basiert auf einer empathischen Arbeitshaltung und einen ganzheitlichem Ansatz zur Erfassung des Individuums. Ziel ist es dem Betroffenen eine vertrauensvolle Klima zu bieten um ihm die Möglichkeit zu gewährleisten sich mitteilen zu können und seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen.
- Milieuthherapie: durch das „attraktive“ Gestalten der äußeren Gegebenheiten (räumliche Gestaltung der Umwelt) und unter Berücksichtigung und Einbeziehung der Biographie des Betroffenen, werden Rahmenbedingungen geschaffen, welche sich den Fähigkeiten und Defiziten des Betroffenen anpassen und auf diese Weise die Handlungskompetenz fördern, sowie dem Betroffenen Sicherheit und Selbstwertgefühl vermitteln. Besonders in der Arbeit mit dementiell Erkrankten spielt die Umgebung und die dadurch vorhandenen Reize und Erinnerungshilfen eine große Rolle, eine ansprechende, bekannte und interessante Gestaltung der Räume fördern Eigeninitiative und Aktivität.
- Lernerfahrung durch geführte Interaktion nach Hans Sonderegger: dieses Prinzip geht ebenso wie das Führen nach Affolter von Lernerfahrung durch aktives Bewegen und tätig sein aus. Die Auswahl der geführten Bewegungsabläufe ist stark an den bisherigen Interessen und emotional gewichtigen Tätigkeiten orientiert, um somit den Wiedererkennungswert und die Motivation positiv für den Lerneffekt zu nutzen.
- Die bewusste Wahrnehmung der „inneren und der äußeren Körperwelt“ wird in pflegerischen Handlungen wie Lagewechsel im Bett. Transfer oder aber der Ganzkörperwaschung forciert und bewusst gestärkt.

10. Vernetzung:

Die Qualität der Betreuung hängt eng mit dem interdisziplinären Austausch und der Vernetzung zusammen. Daher ist es uns wichtig, alle Beteiligten und alle Bereiche im Haus im Grundverständnis für die Erkrankung Demenz zu sensibilisieren und dahingehend zu schulen. Allen Interessierten wird eine hausinterne Schulung zum Krankheitsbild und den damit einhergehenden Problematiken ermöglicht. Ideen und Anregungen von außen werden gerne angenommen und gemeinsam diskutiert. Es besteht die Möglichkeit Fachärzte im nahegelegenen Krankenhaus zu konsultieren und Maßnahmen zu besprechen (Bereich Neurologie und Psychiatrie).

Externe Berater werden eingeladen und nach Möglichkeit auch andere, ähnliche Strukturen besucht. (St.Pauls Eppan, Montan, Meran, Böhm (Wien), Münchenstift (D), Neumarkt).

11. Evaluation

Gemeinsame Ziele werden im Betreuerteam formuliert und mittels Betreuungsplan, Tagebuch und Verlaufsdocumentation evaluiert. Die Kerngruppe prüft regelmäßig die Kriterien zur Aufnahme und deren Umsetzbarkeit (siehe Anlage 5 - Raster zur Aufnahme und Entlassung).

Individuelle Ziele zu den Bewohnern werden im Betreuungsplan verankert und viermonatlich evaluiert.

Anlagen:

- Anhang 1 Aktivierende Pflege
- Anhang 2 Biographiearbeit
- Anhang 3 Bilder der Wohnstätte
- Anhang 4 Betreuungsplan

Die Aktivierende Pflege

Das Prinzip der aktivierenden Pflege beruht auf der Annahme, dass selbstständiges Handeln und tätig sein ein Grundbedürfnis des Menschen ist. Daher orientieren sich die Schwerpunkte dieser Betreuungsform an den täglichen Aktivitäten und den Vorlieben der betroffenen Personen.

Der Erhalt noch vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten steht im Mittelpunkt und ist Ziel aller beteiligten Personen im Betreuungsprozess. Daher ist eine gemeinsame und interdisziplinäre Maßnahmenplanung unerlässlich.

In der aktivierenden Pflege soll der Mensch in seinem gesamten Umfeld, Möglichkeiten finden, sich aktiv einzubringen und darin bestmöglich unterstützt zu werden.

Die Beurteilung seiner motorischen, kognitiven und sozialen Kompetenzen gibt Aufschluss darüber welche Aufgaben unterstützend begleitet oder durch Betreuungspersonen übernommen werden sollen. Eine Aktivierung kann daher in allen Stadien der Pflegebedürftigkeit stattfinden und sollte stets Bestandteil einer individuellen und ganzheitlichen Betreuung sein.

Besonders das Krankheitsbild Demenz hat den fortlaufenden Verlust der Selbstständigkeit und eigenen Entscheidungsfähigkeit zur Folge und bedarf daher ein großes Ausmaß an professioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit auf der Basis der aktivierenden Pflege und Betreuung. Gewohnte Abläufe und Rituale können noch lange Zeit abgerufen werden und stellen daher den Schwerpunkt in der Auswahl der angebotenen Tätigkeiten dar. Die Orientierung am Alltag gibt Sicherheit und Verständnis, dies wiederum steigert die Motivation und das Selbstwertgefühl.

In der täglichen Arbeit sind es gerade die kleinen Dinge die oft unbemerkt und unwissend unseren Bewohnern „abgenommen“ werden, in der Annahme hier dem Pflegeauftrag gerecht zu werden. Eine detaillierte Erfassung der Probleme und Ressourcen ermöglicht eine individuell und ganzheitlich orientierte Planung und öffnet neue Perspektiven für Bewohner und Betreuer.

Die steigende Pflegebedürftigkeit, die das Alter, die Erkrankung mit sich bringt, erfährt dadurch eine überraschende und positive Wendung. Gezielte Förderung und mehr Eigeninitiative der Betroffenen verzögern den Prozess und steigern die Lebensqualität enorm.

Das Betreuerteam muss jedoch bereit sein sich auf diesen Prozess einzulassen und eigenen Sichtweisen zu ändern um der Eigenständigkeit mehr Raum zu geben. Eine genaue zeitliche Planung ist daher nicht möglich und flexibles Arbeiten und Denken sind Voraussetzung. Pflegestandards müssen individuell angepasst werden und die tägliche Betreuung erfordert mehr Zeit. Die aktivierende Pflege überlässt vieles dem Bewohner und greift nur unterstützend ein, eine Herausforderung für alle Beteiligten!

In unserem Heim wurde daher eigens eine Arbeitsgruppe bestehend aus allen Fachbereichen des Hauses (Pflege, Reha, Freizeitgestaltung, Küche, Hauswirtschaft) gebildet, mit dem Auftrag mögliche Tätigkeiten der eigenen Bereiche an die Bewohner zu übertragen und sie darin unterstützend zu begleiten. Dieser Austausch ermöglichte allen einen besseren Einblick in die Arbeit des jeweilig Anderen und zeigte uns viele Tätigkeiten auf, die unsere Bewohner im Sinne der aktivierenden Pflege und Betreuung übernehmen könnten. Gemeinsam mit den Therapeuten werden die dafür benötigten Fähigkeiten trainiert und gefestigt und anschließend von den Betreuern begleitet.

Die aktive Mitarbeit und Mitgestaltung im Haus steigerte das Selbstwertgefühl der Heimbewohner und holte sie aus ihrer Resignation und Lethargie heraus. Es ermöglichte allen Beteiligten eine andere Art der Kommunikation und Wertschätzung und trug dazu bei sich mehr „daheim“ zu fühlen.

Die Tätigkeitenliste und Beurteilung der Bewohner nach ihren Fähigkeiten wird regelmäßig aktualisiert und eventuelle Änderungen oder Schwierigkeiten in der Umsetzung gemeinsam bei den Teamsitzungen mit allen diskutiert. Die Auswahl der kleinen „Arbeitsaufträge“ erstreckt sich über das gesamte Haus und involviert schwerer Betroffenen, wie Selbstständige.

Hier einige Beispiele:

Versorgung der Tiere (Hühner, Vögel, Hasen, Katzen, Fische)

Kleine Flickarbeiten, Mithilfe in der hauseigenen Wäscherei

Kartoffel schälen, Pilze putzen, Preiselbeeren aussortieren

Tische decken und Abräumen in den Wohnbereichen

Verräumen der eigenen Wäsche, das eigene Bett machen,

Versorgung der Pflanzen im Haus und der Hochbeete

Auffüllen von Hygieneartikeln in den Zimmern

Luftaufpumpen der Rollstühle.....

Anhang 2: Biographiearbeit

Leitfaden Biographie

- Für die Biographiearbeit im Haus wird ein eigens dafür vorgesehener Biographiebogen verwendet.
- Die Biographie eines Heimbewohners wird frühestens nach sechs Wochen Aufenthalt und nur bei Fixaufnahmen erfasst.
- Die Erstellung kann je nach Möglichkeiten des Heimbewohners mit ihm alleine oder in Zusammenarbeit mit einem Angehörigen durchgeführt werden.
- Das Gespräch sollte in einem ruhigen und freundlichen Umfeld stattfinden und genügend Zeit dafür vorgesehen werden, ggf. auch aufgeteilt auf zwei Termine oder während anderer Tätigkeiten z.B. Einzelbetreuung, Ausflüge...wenn sich eine passende Gelegenheit ergibt.
- Wenn möglich sollte das Gespräch in der Arbeitszeit stattfinden.
- Zu welchem Zeitpunkt die Erstellung der Biographie erfolgt, obliegt dem jeweiligen Mitarbeiter.
- Nach Fertigstellung werden die Bögen in einer eigens dafür vorgesehenen Mappe im Schwesternstützpunkt eingeordnet und mit einem Foto des Heimbewohners versehen.
- Das Lesen des Bogens erfolgt von jedem Mitarbeiter eigenständig.
- Der Mitarbeiter, der die Biographie erstellt hat, muss die Meldung im Pflegebericht und Freizeitübergabe übernehmen.
- Für die endgültigen Bögen wird ein spezielles Papier verwendet.
- Die Aktualisierung, das Drucken der Bögen, die Einteilung neuer Heimbewohner, und das Anfertigen der Fotos übernimmt ein Mitarbeiter der Arbeitsgruppe aus jedem Wohnbereich.

Folgende Aufgaben müssen je nach Bedarf pro Wohnbereich weitergeführt werden

- Zuweisung neuer Heimbewohner an einen der beauftragten Mitarbeiter.
- Fotokopieren der Biographiebögen auf dafür vorgesehenem Papier, dieses muss bei Verena (Büro) rechtzeitig bestellt werden.
- Fotos der Heimbewohner anfertigen oder bei FZ nachfragen.
- Aktualisieren der Biographiemappen (Aussortieren verstorbener Heimbewohner)
- Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür zuständig den Eintrag in Senso zu machen, wenn eine Biographie erstellt wurde, ebenso für den Ablauf des Gesprächs in oder außerhalb der Dienstzeit mit oder ohne Angehörige.

Zuständige für den Wohnbereich 1:

1. Zuweisung neuer Heimbewohner
Übernimmt von Jänner bis Juni Martina Steger
Übernimmt von Juli bis Dezember Renate Steinwandter
2. Die Aktualisierung der Mappen
Übernimmt Ursula Ladstätter

Zuständige für den Wohnbereich 2:

1. Aktualisierung und Zuteilung neuer Heimbewohner
Übernimmt von Jänner bis Juni Julia Feichter
Übernimmt von Juli bis Dezember Maria Schatzer

2. Das Entwickeln der Photographien neuer Heimbewohner
Übernimmt Silvia Feichter für beide Wohnbereiche

Die Biographien der verstorbenen Heimbewohner müssen von den zuständigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe im vorgesehenen Ordner im Boxenlager archiviert werden.

Anhang 3: Bilder der Wohnstätte



Küche: Ort für die alltäglichen Tätigkeiten, gemütliches Beisammensein zu den Mahlzeiten



Terrasse: die HB haben die Möglichkeit sich im Freien aufzuhalten. In den Hochbeeten werden verschiedene Kräuter und Gemüse angebaut.

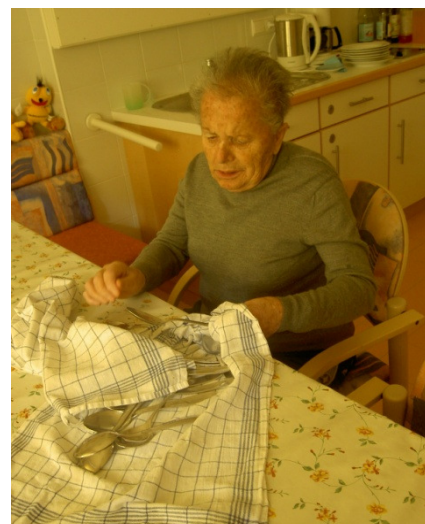


Aufenthaltsraum: hier finden die Gruppenstunden mit unseren Therapeuten statt. Auch Besucher und Freiwillige besuchen uns öfters.



Ruheräume: die HB können sich jederzeit ausruhen. Ruhesessel, Divan und Betten können jederzeit zur Ruhepause genutzt werden.

HB bei verschiedene Aktivitäten.



Standard Betreuungsplan

1. Ziel und Bedeutung des Betreuungsplan

- Der Betreuungsplan dient der Ermittlung des Pflegeauftrages und ist im Sinne der ganzheitlichen und aktivierenden Pflege gestaltet.
- Gemeinsam plant und dokumentiert das multidisziplinäre Team mit und für die Heimbewohner alle Maßnahmen, unter Berücksichtigung der vorhandenen Informationen, Ressourcen, Problemen, individuellen Bedürfnissen, usw., die zur Unterstützung und Hilfestellung seiner Alltagsbewältigung erforderlich sind.
- Der Betreuungsplan bietet Transparenz für Heimbewohner, Mitarbeiter, Ärzte, externe Berater und Angehörige.

2. Was beinhaltet der Betreuungsplan

- Die Pflegeanamnese bietet die Grundlage für den Betreuungsplan. Der Betreuungsplan Problembeschreibung, Zielsetzung und Maßnahme zum jeweiligen ATL.
- Zum besseren Verständnis einiger Formulierungen und Besonderheiten in der Planung und Ausführung gibt es einen **Leitfaden**.
- Die Biographie wird von der Arbeitsgruppe Biographie erfasst.

3. Wie wird er erstellt

- Beim Erstgespräch wird der Betreuungsplan provisorisch zur Informationssammlung ausgefüllt.
 - Die ersten 4-6 Wochen nach der Aufnahme in unser Haus, nutzt das Pflegeteam um den neuen Heimbewohner kennen zu lernen. Alle Beobachtungen und Pflegemaßnahmen werden im Verlaufsbericht festgehalten.
 - Nach etwa 4-6 Wochen wird der eigentliche Betreuungsplan erstellt. Die Wohnbereichsleiterin setzt das Team zur Ausarbeitung zusammen und sieht es im Dienstplan vor.
 - **Geplant werden Pflegemaßnahmen ab einer Dauer von einem Monat und niemals doppelt.**
 - Therapeutische Maßnahmen werden mit entsprechendem Symbol gekennzeichnet.
 - Zeitlich begrenzte Pflegemaßnahmen werden in der Maßnahmenplanung festgehalten.
 - Die Evaluation der Betreuungspläne wird von zwei fix beauftragten MA durchgeführt.
 - Die Evaluation der Betreuungspläne erfolgt generell alle vier Monate. Die Evaluierungstermine können vom Evaluationsteam flexibel verschoben werden bzw. HB ausgetauscht werden, so dass der Betreuungsplan immer aktuell ist.
-
- Aufgabe der WBL ist es beim Erstellen des Dienstplanes die Evaluierungstermine monatlich festzulegen. Änderungen in der Anamnese dürfen alle MA vornehmen.
 - Bei der Evaluation von HB, die in der Stube betreut werden, soll ein MA der Stube anwesend sein.
 - Das Evaluationsteam plant eine Woche vor dem Evaluierungsdatum unter Nachschauen „Umsetzung Bp möglich“ oder „Bp wird neu erstellt“ zweimal täglich. Für die FZ wird bei

Heimbewohnern, die auf -1 betreut werden, ein Info an FZ geschrieben. Die FZ dokumentiert Veränderungen als Pflegeberichtseintrag.

- Aufgabe der Pflegeperson und der FZ ist es, die auftretenden Schwierigkeiten genau im Verlaufsbericht zu dokumentieren so lange sie bestehen. Wichtig ist auch genau den Teil zu beschreiben der nicht umsetzbar ist. Auch Verbesserungen müssen dokumentiert werden die dann ebenfalls neu evaluiert werden.
- Der Betreuungsplan wird nur bei Fixaufnahmen und Tagespflegen (5tägige Betreuung) erstellt.

4. Allgemeine Richtlinien

- Der Betreuungsplan sollte im gesamten Haus einer bestimmten Linie folgen und entsprechend geplant werden, hierzu einige Ergänzungen:

Folgendes wird NUR in der Anamnese festgehalten:

- Mittagsrast, Medikamenteneinnahme

Im Betreuungsplan zu vermerken:

- Als zu erreichende Trinkmenge wird 1000 ml als Richtwert genommen, wenn eine Kontrolle der Trinkmenge notwendig ist oder wenn als Maßnahme ein Getränk vorbereitet wird, so ist dies im Betreuungsplan zu vermerken.
- Lagerungen bzw. Häufigkeit dieser werden ebenfalls im Betreuungsplan vermerkt.
- Bei eventuellen Fragen an PT oder ET oder FZ können diese jederzeit während dem Evaluieren anrufen bzw. hinzugeholt werden, sie müssen somit nicht während des gesamten Zeitraumes anwesend sein.
- Obstipationsprophylaxe wird nicht im Betreuungsplan vermerkt.
- Die Betreuung in der Stube wird im Bp (Sich beschäftigen) geplant.
- Das Wechseln der Einlagen und die Häufigkeit bzw. Toilettentraining wird als Maßnahme im Bp vermerkt.
- Besondere Lagerungen laut Reha werden im Bp übernommen beim nächsten evaluieren.
- Anziehen bzw. Ausziehen der Stützstrümpfe werden im Bp geplant.
- Dokumentation der Alltagsaktivitäten (z.B. Bett machen, Getränke holen ecc)
- Die FZ hakt hauswirtschaftliche Tätigkeiten unter der Maßnahmenplanung ab. In der Anamnese werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten unter Sich beschäftigen, Punkt "Alltagsaktivitäten" vermerkt.
- Die Wohnbereiche planen die Tätigkeiten im Bp, bis das Ziel erreicht ist (solange HB Hilfe braucht) oder dokumentieren Tätigkeiten in der Anamnese (unter Hobby/Aktivitäten bei selbständiger Durchführung).

5. Legende

Um erkennen zu können, wer den Pflegeauftrag durchführt, wurde ein Symbolkonzept erarbeitet:

- **Pflege (Bindestrich)**
- o **Freizeitgestaltung (Kreis)**
- * **Therapeutinnen (Stern)**

Zu finden sind diese Symbole in der Spalte „Maßnahmen“. Es können auch zwei oder alle Symbole vor einem Pflegeauftrag stehen.

6. Formatierung (nur für das Evaluationsteam)

The screenshot shows a software interface for nursing care planning. The window title is "Pflege - Pflegeplanung - Pflegeplanung V6.07.2". The interface includes a patient information bar with fields for "Bewohner:", "Zimmer: 15b", and "Pfl. Stufe: 3". Below this, there are tabs for "Anamnese" and "Pflegeplanung". The main area displays a care plan for "01 Kommunizieren können". The table has columns for "Nr.", "Probleme", "Ressourcen", "Ziele", and "Maßnahmen". The "Maßnahmen" column is highlighted in grey. Red arrows point to specific elements: arrow 6 points to the "Stichtag" field (30.06.2012), arrow 1 points to the "Evaluation" field, arrow 4 points to the "Geprüft bis" field, and arrow 5 points to the "Nicht zugeordnete Leistungen" field (7). A green plus icon is visible in the top left corner of the table area. At the bottom right, there are buttons for "Maßnahmenübernahme" and "Maßnahmenpläne".

Probleme können nur abgesetzt werden, nicht evaluiert. Setze ich ein Problem ab, werden automatisch alle Ziele und Maßnahmen mit abgesetzt.

Änderungen in Anamnese und Pflegeplanung: hierbei muss zu Beginn der Änderungen eine Kopie mit dem grünen Plus gemacht werden (befindet sich in der Zeichenleiste oben links)

Stichtag **Nr. 6**: Dies ist die aktuelle Planung zum Stichtag. Wenn ich ein vergangenes Datum eingebe, sehe ich die Situation von diesem Datum, d.h. wie der Bp zu diesem Zeitpunkt ausgesehen hat.

Von	Hdz.	Bis	Hdz.	Geändert
12.12.11	ADM			26.01.12 AnST

Ziel
Dekubitus ist vermieden

Absetzgrund

Evaluation	Hdz.	Geprüft	Hdz.	Bemerkung
20.01.12	AnST	26.01.12	AnST	MaGU / Ziel erreicht

Ziele können evaluiert werden:

Auf Ziel Doppelklick. Ziel wird angezeigt z.B. Dekubitus ist vermieden.

Letztes Evaluationsdatum wird angezeigt. (hier blau markiert)

Überprüfen/Evaluieren des Zieles:

Bei Bemerkung **Nr. 2** das zweite Handzeichen angeben und ob das Ziel erreicht wurde und ob Maßnahmen weitergehen oder nicht.

Absetzen des Zieles:

Falls das Ziel abgesetzt wird bei Bemerkung **Nr. 2** das zweite Handzeichen angeben und dass das Ziel nicht erreicht wurde. Bei **Nr. 3** Datum eingeben und als Absetzgrund **Nr. 3** angeben warum das Ziel nicht erreicht werden konnte. Das Ziel wird nun schraffiert und die dazugehörigen Maßnahmen automatisch abgesetzt

Um nicht alle Ziele d.h. abgesetzte und aktuelle Ziele zu sehen mit rechter Maustaste „nur aktuelle“ anklicken.

Mitglieder der Planungsgruppe, alle FZGmitarbeiter, PT und ET (PDL schaltet Berechtigung frei) können Ziele prüfen siehe **Nr. 4**, d.h. nach dem Prüfen kann man die Formulierungen nicht mehr verändern. In ein leeres Feld kann man immer dazuschreiben, in ein "altes" nicht. Nach dem Prüfen immer sofort Speichern (Senso fragt nicht danach).

Evaluierungsdatum: **das heutige Datum** hernehmen

WICHTIG: **keine** Verknüpfung mit dem Maßnahmenplan machen. **Nr. 5**

ACHTUNG:

Kästchen im Bp sind nicht dynamisch d.h. werden nicht automatisch größer wenn Text nicht Platz hat. Anklicken notwendig!!!!

Wenn Kästchen leer bleiben soll → Entertaste bzw. Leerzeile einfügen.

7. Bei Problemen in Senso (gilt für alle MA)

1. Ticket im Helpdesksystem des Gemeindeverbandes (PDL, BL MaGU)
2. E-Mail an support.senso@siag.it

Telefonisch mittels unserem Callcenter 800796160

Jänner, 2019