

Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz

Empfehlungen für Langzeitinstitutionen

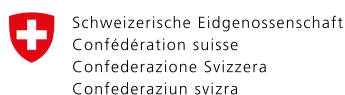
Juni 2020



Ein Projekt von:



Im Auftrag von:



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Warum diese Publikation?

Die vorliegenden Empfehlungen beschreiben die für die Person mit Demenz optimalen Bedingungen in Langzeitinstitutionen. Sie sind als Empfehlungen zu verstehen, damit bereits bestehendes Potential und Strukturen sorgfältig geprüft werden können. Die Empfehlungen sollen als Anregung zur Verwirklichung von Projekten und neuen Prozessen dienlich sein und deren Umsetzung ist abhängig von den individuellen institutionellen Möglichkeiten. Besonders zentral für eine erfolgreiche Umsetzung sind Fortbildungen und der Einsatz von Mitarbeitenden mit spezialisiertem Wissen und Erfahrung. Darüber hinaus ist die person-zentrierte Haltung bei allen Mitarbeitenden eine wesentliche Grundvoraussetzung in der Begleitung von Personen mit Demenz.



A

Übergeordnete Grundsätze im Umgang mit der Person mit Demenz

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	4
A Übergeordnete Grundsätze im Umgang mit der Person mit Demenz	5
1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	7
2 Interprofessionelle Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung	8
3 Infrastruktur	15
4 Personelles	16
5 Selbstbestimmung der Person mit Demenz	18
6 Ernährung	19
Beispiele für die Umsetzung der Empfehlungen	21
Anhang	24

Hintergrund

Im Rahmen des Projekts 3.5 der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 hat das BAG Alzheimer Schweiz beauftragt, Empfehlungen für eine qualitativ hochstehende Pflege, Behandlung, Betreuung und Begleitung von Personen mit Demenz in Langzeitinstitutionen zu erarbeiten. Als Grundlage bediente sich Alzheimer Schweiz den DemCare©-Empfehlungen, welche 2013 von Demenzfachleuten aus allen Betrieben der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ), diversen Professionen und unter Einbezug einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich in mehreren Workshops erarbeitet wurden. Sie basieren auf dem Fachwissen und viel praktischer Erfahrung aller Beteiligten. Auf diesen Empfehlungen aufbauend organisierte Alzheimer Schweiz einen Stakeholder-Workshop, in dem Vertreterinnen und Vertreter aus der gesamten Schweiz über die Formulierung und den Inhalt der Empfehlungen diskutierten. Auf Basis einer zusätzlichen, erstmaligen schweizweiten Vernehmlassung mit rund 40 Akteuren aus Alters- und Pflegeheimen, Fachhochschulen, kantonalen Gesundheitsverwaltungen oder Organisationen wurden die Empfehlungen weiterentwickelt. Die vorliegende Publikation vereint damit gesamtschweizerische Expertise im Bereich Demenz.

Sämtlichen Akteurinnen und Akteuren, die im Rahmen des Stakeholder-Workshops oder der breiten Vernehmlassung zur Ausformulierung der vorliegenden Formulierungen beigetragen haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Beteiligte Organisationen waren:

- Alters- und Pflegeheim Krone Rehetobel
- Alterswohnheim Walzenhausen
- Amt für Gesundheit, Basel Landschaft
- Amt für Gesundheit, Schwyz
- Amt für Gesundheit, Thurgau
- Amt für Soziales, Appenzell Ausserrhoden
- Curaviva, Fachbereich Erwachsene mit Behinderung
- Domicil Bern
- Domicil Bethlehemacker
- Domicil Efenau
- Domicil Oberried
- Fachhochschule St. Gallen, Fachstelle Demenz
- Fokus, Leben mit Demenz
- Fondation Primeroche
- Fondation Saphir
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
- Haute école Arc (HeArc)
- Hôpitaux universitaires Genève (HUG)
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK/CDS)
- Langzeit Schweiz
- Lindenfeld – Spezialisierte Pflege und Geriatrie
- Logis Plus, Köniz
- Pflege Eulachthal
- Résidence les Pins
- Reusspark, Zentrum für Pflege und Betreuung
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI)
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP/SPPA)
- Spital Limmattal
- Stadtgarten Frauenfeld
- Swiss Nurse Leaders
- Verband Zürcher Krankenhäuser
- Zentrum Schoenberg
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut Pflege

A Übergeordnete Grundsätze im Umgang mit der Person mit Demenz

A.1

Die Grundhaltung in der Institution orientiert sich am person-zentrierten Ansatz. Das Personsein wird gemäss Kitwood (1997: 31) als Stand oder Status definiert, «der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen».¹ Der person-zentrierte Ansatz beeinflusst Organisationsstil und -struktur und bezieht sich nicht nur auf die Person mit Demenz, sondern auch auf ihr begleitendes Umfeld². Diese empathische Haltung und ein wertschätzender Umgang aller Mitarbeitenden³ im stationären und ambulanten Bereich gelten als zentrale Voraussetzung bei der Begleitung der Person mit Demenz⁴. Die institutionellen Rahmenbedingungen richten sich nach dem Erleben der Person mit Demenz.

A.2

Das Verhalten und Erleben einer Person mit Demenz wird als individuelle Normalität erkannt, für gültig erklärt und begleitet.

A.3

Ziel ist, die Lebensqualität der Person mit Demenz und die Selbsthandlungsfähigkeit ihrer Angehörigen zu fördern und gemäss dem Ansatz der familienzentrierten Pflege⁵ einen gemeinsamen Weg in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zu finden.

A.4

Die Begleitung⁶ einer Person mit Demenz wird interprofessionell und entsprechend dem Schweregrad der Demenz gestaltet (Pflege, Physio- und Ergotherapie, Aktivierungstherapie, Sozialberatung, Gerontopsychologen, Seelsorge, Arztdienst, Hauswirtschaft etc.). Der interprofessionelle Ansatz ermöglicht unterschiedliche Blickrichtungen und eine umfassendere Reflexion des Handelns. Die kontinuierliche ärztliche Versorgung (z. B. Heimarztprinzip) unterstützt diesen Prozess.

A.5

Die SAMW-Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz – erarbeitet im Zusammenhang der nationalen Demenzstrategie 2014–2019 – gelten als Leitlinien⁷. Sie geben Orientierung betreffend ethischer Fragestellungen.

1 Kitwood, Tom. Demenz. 1997. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Christian Müller-Hergl und Helen Güther. 7. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.

2 Bezugspersonen sind Vertrauenspersonen aus dem familiären oder sozialen Umfeld.

3 Unter Mitarbeitenden sind alle Beteiligten in der Institution gemeint von Freiwilligen, Angestellten, Mitarbeitenden in Kader- und Stabsstellen bis zu Verwaltungsratsmitgliedern.

4 Demenz wird in Fachkreisen als Majorer kognitive Störung (DSM-V) bezeichnet. Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird hier der Begriff Demenz weiterhin verwendet.

5 Wright, Lorraine M. und Maureen Leahey (2014). Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Aus dem kanad. Engl. von Heide Börger; deutschsprachige Ausg. bearb. und hrsg. von Barbara Preusse-Bleuler. Bern: H. Huber.

6 Zur einfacheren Lesbarkeit wird anstelle von Pflege, Behandlung, Betreuung und Begleitung im Weiteren der Ausdruck Begleitung verwendet und meint damit alle Begriffe.

7 https://www.samw.ch/dam/jcr:8859a70b-7c46-4796-98f6-3f50dced8a36/richtlinien_samw_demenz.pdf.

- A.6** —
Die Begleitung einer Person mit Demenz findet im spezialisierten Rahmen statt, gemäss dem jeweiligen Schweregrad der Demenzerkrankung (z. B. Pflege- und Betreuungsgruppen, Pflegeoasen, vgl. 3.3). Personen mit einer leichten Demenz werden in der Regel im häuslichen Umfeld unterstützt.
- A.7** —
Die Institution hat eine interprofessionelle Ethikgruppe, in welcher ethische Fragestellungen wie z. B. Einsatz von Zwangsmassnahmen, Selbstbestimmung, Ernährung und medizinische Behandlung in Bezug auf Demenz thematisiert werden.
- A.8** —
Die Mitarbeitenden sind sich bewusst, dass man bei der Begleitung einer Person mit Demenz an die eigenen Grenzen stossen kann. Sie werden darin unterstützt, dies frühzeitig zu erkennen und zu akzeptieren. Präventive Massnahmen und Bewältigungsstrategien werden gemeinsam reflektiert und entwickelt (z. B. Ethikgruppe, Fallbesprechungen, Coaching, Supervisionen und Fortbildungen).
- A.9** —
Grundsätzlich entspricht die Kompetenz (Selbst-, Sozial-, Fach- und Methodenkompetenz) im Umgang mit den Bewohnern dem aktuellen Bedarf der Person mit Demenz.
- A.10** —
Die zur Verfügung stehende Infrastruktur (z. B. Architektur) ist, wenn immer möglich, dem aktuellen Bedarf der Person mit Demenz angepasst.
- A.11** —
Essen ist Lebensqualität und hat einen wichtigen sozialen Stellenwert im Leben von Personen mit Demenz. Das Geniessen des Essens wird höher gewertet als eine ausgewogene Ernährung.

1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

1.1

Die Krankheit und die damit verbundenen Symptome von Personen mit Demenz haben auch Auswirkungen auf die Beziehung und das Leben der Angehörigen. Angehörige sind einerseits Auskunftspersonen und Vertretende der Person mit Demenz, andererseits oft auch Betroffene. Ihr Wissen über die Erkrankung, Verstehen der Symptomatik und des Verhaltens sowie ihr Eingebundensein in die Alltagsgestaltung unterstützen einerseits die Begleitung der Person mit Demenz. Andererseits wird dadurch die Situation der Angehörigen verbessert.

1.2

Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit sind der gegenseitige konstruktive Austausch (z. B. Standortgespräche und Familiengespräche). Inhalte des Austausches sind die Aufklärung und evtl. Schulung über die Krankheit und ihren Verlauf sowie die pflegerischen, betruerischen und therapeutischen Möglichkeiten für eine gute Begleitung, sowie das Abholen des Experten- und Erfahrungswissens der Angehörigen und ihre Befindlichkeit.

1.3

Die pflegerischen Ansprechpersonen und andere internen Bezugspersonen sind den Angehörigen bekannt. Die pflegerischen Ansprechpersonen suchen proaktiv den Kontakt und den regelmässigen Austausch.

1.4

Lehnt die Person mit Demenz regelmässig alltägliche Interventionen ab, so wird gemeinsam mit der Vertretungsperson nach einem gangbaren Weg im Sinne der Person gesucht.

1.5

Angehörige bzw. die Vertretungsperson zu medizinischen Fragen werden in Grundsatzentscheidungen mit einbezogen und bringen ihr Experten- und Erfahrungswissen im Umgang mit ihrer/ ihrem Angehörigen in die Begleitung ein.

1.6

Angehörigenanlässe (z. B. Informationsveranstaltungen, Fortbildungen) und Begegnungsmöglichkeiten (Gespräche, Austauschmöglichkeiten, Beratungs- und Selbsthilfegruppen, gemütliches Beisammensein) haben in der Institution einen hohen Stellenwert

2 Interprofessionelle Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung

2.1

Die Tagesgestaltung vermittelt Geborgenheit und Sicherheit. Sie richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen, der Altersgruppe, der Biografie (sensobiografische und lebensgeschichtliche Gewohnheiten und Ritualen, prägende emotionale Erlebnisse und Ereignisse in der Lebensgeschichte) und Ressourcen der Person mit Demenz. Es werden sinnstiftende, individuelle Aktivitäten kreiert und angeboten und die soziale Teilhabe (in der Institution und in der Gesellschaft) wird möglich gemacht.

2.2

Die Beziehungsgestaltung nach dem person-zentrierten Ansatz wird gelebt und ist dokumentiert.

2.3

In der Begleitung von einer Person mit Demenz wird durch Begegnung das Erleben von sozialen Kontakten und der Zugehörigkeit gesichert (z. B. Spiritual Care und spezifisches Sinnesangebot).

2.4

Die interprofessionelle Alltagsgestaltung einer Person mit Demenz wird durch Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und einem über 24 Stunden ausgewogenen Verhältnis von Aktivitäten und Ruhephasen (auch entsprechend dem Schweregrad der Demenz) gewährleistet.

2.5

Beim Umgang mit alltäglichen Gefahren gilt das Normalitätsprinzip, besondere Risiken werden von Fall zu Fall zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen (unter Einbezug des mutmasslichen Willens des Betroffenen) besprochen, eingeschätzt und allfällige Massnahmen interprofessionell getroffen und evaluiert.

2.6

Die Nutzung der vorhandenen Ressourcen, die für die jeweilige Person mit Demenz bedeutsam sind, wird gezielt unterstützt.

2.7

Die Person mit Demenz hat die Möglichkeit, täglich mindestens einen Spaziergang/Aufenthalt an der frischen Luft unternehmen zu können.

2.8

Alle Interventionen orientieren sich an den besonderen Anforderungen der Begleitung einer Person mit Demenz. Zentral sind beispielsweise Rituale, Flexibilität, Geduld, Teilschritte, Anleitung und spezifische Kommunikationsgrundsätze. Letztere beinhalten z. B. Kontakt herstellen mit persönlicher Ansprache und Blickkontakt, dabei die physische und psychische Befindlichkeit des Gegenübers beobachten und darauf eintreten, einfache, deutliche, verständliche und langsame Sprache, kurze Sätze (eine Aussage pro Satz), der Person mit Demenz Zeit lassen, um

zu antworten (vermeiden, an ihrer Stelle zu antworten), eine empathische Grundhaltung einzunehmen, den emotionalen Erfahrungen der Person zuzuhören, das Gesagte neu formulieren, das Gesagte mit Gesten unterstützen, vermeiden, die Person nach der Bedeutung der Handlung oder Worte zu fragen, die Ressourcen und positiven Aspekte der Situation identifizieren, Zeit nehmen, um den Austausch zu beenden und die Person darüber zu orientieren, was als Nächstes passiert.

2.9

Gezielte Beobachtungen von nonverbalen und paraverbalen Signalen (z. B. Muskeltonus, Atmung, Mimik, depressive Symptome, Apathie) fließen in die Gestaltung der Begleitung ein.

2.10

Das veränderte Selbsterleben einer Person mit Demenz wird wahrgenommen und fließt in die Begleitung ein⁸.

2.11

Im Alltag werden Validation, Kinästhetik und basale Stimulation person-orientiert angewendet. Die Integration weiterer Konzepte (z. B. Snoezelen, Kunst- und Musiktherapie, Therapie mit Tieren) orientiert sich an reflektierten praktischen Erkenntnissen und nachgewiesenen Erfahrungen und am Wohlbefinden der Person mit Demenz.

2.12

Die verschiedenen Aspekte der Orientierung werden durch gezielte Massnahmen und Hilfsmittel unterstützt: zeitlich z. B. durch Rituale und alltägliche Routine, jahreszeitliche thematische Dekoration, gut sichtbare Abreisskalender. Örtlich z. B. durch warme Beleuchtung/ Leuchtstecker, unaufgeregte Tapezierung der Räume und unaufgeregte Böden, kontrastreiche Farben, hindernisfreie Einrichtung der Aufenthaltsräume, Haltegriffe und wenig Spiegel. Bei der Verwendung von persönlichen Fotos oder der Beschriftung von Zimmertüren ist darauf zu achten, dass sich die Person mit Demenz möglicherweise nicht wiedererkennt. Die Einrichtung des Zimmers mit persönlichen Gegenständen sollte deshalb in Zusammenarbeit mit der Person mit Demenz erfolgen, um eine bessere Integration zu ermöglichen. Die situative Orientierung ermöglicht es der Person mit Demenz, die Situation, in der sie sich befindet, zu erkennen und ihr Verhalten entsprechend anzupassen. Die Gestaltung des Raumes sollte sich also z. B. auf die jeweilige Aktivität beziehen, wobei idealerweise vermieden werden sollte, dass verschiedene Aktivitäten am selben Ort stattfinden. Auch richtig angepasste und eingesetzte Hilfsmittel wie Brille und Hörgerät erleichtern die Orientierung.

2.13

Die Kommunikation mit einer Person mit Demenz orientiert sich an ihrem Gefühlserleben im Hier und Jetzt. Das Interesse an der Welt des Anderen, Kreativität, Wertschätzung und Anerkennung der Fähigkeiten des Gegenübers ist die person-zentrierte Haltung.

2.14

Das Personal spricht die Person mit Demenz generell mit dem Nachnamen und «Sie» an. Eine Abweichung davon ist situativ gerechtfertigt, wenn der Betroffene auf den Nachnamen nicht mehr reagiert und ist entsprechend dokumentiert.

2.15

Bewegung wird gezielt interprofessionell (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Aktivierungstherapie) gefördert. Sie dient zur Stärkung von positiver Körperwahrnehmung und Selbständigkeit, zur Förderung von Durchblutung, Schlaf, Appetit und Verdauung, zur Sturz- und Schmerzprä-

⁸ vgl. Christoph.Held: Was ist «gute» Demenzpflege? Verändertes Selbsterleben bei Demenz s.43 ff. 2018 hogrefe.

vention als Möglichkeit der sozialen Teilhabe, sowie als Quelle von Lebensfreude. Das Gehen ist ein zentrales Grundbedürfnis von vielen Personen mit Demenz. Deshalb kommt der Rollstuhl als Hilfsmittel möglichst lange ausschliesslich punktuell zum Einsatz. Zur Anregung der Mobilität und zum Perspektivenwechsel werden Positionswechsel auf unterschiedlichen Sitzgelegenheiten ermöglicht.

2.16

Eine Demenzerkrankung kann mit einer ganzen Reihe von psychiatrischen Symptomen (BPSD)⁹ einhergehen. Diese werden unterteilt in Agitation/Aggression, Psychotische Symptome (Wahn, Halluzination), Depression (Apathie, Angst), Schlaf-Wach-Rhythmus Störungen und disruptive Vokalisation/Enthemmung. Die BPSD sind als Ausdrucksform der Person mit Demenz anzunehmen und im individuellen Kontext (Persönlichkeit, Biografie, Kultur, Umgebungsfaktoren, physische und psychosoziale Faktoren) zu sehen. Die Mitarbeitenden sind sich bewusst, dass herausforderndes Verhalten nicht einfach zur Demenzerkrankung gehört, sondern in der Regel einen individuellen oder systemischen Auslöser (biologischer, sozialer oder psychologischer Natur) hat bzw. provozierbar ist.

2.17

BPSD erfordern eine genaue Analyse im Rahmen einer interprofessionellen Fallbesprechung (STI¹⁰, Perspektivenwechsel, verstehende Pflegediagnostik). Aufgrund dieser werden Ziele und Massnahmen formuliert und die Begleitung angepasst (sorgfältige Kontaktaufnahme, stabilisierende und verlässliche Beziehungspflege, sowie Anpassung der Umgebungs- und Alltagsgestaltung). Zeitweise ist eine 1:1 Begleitung angebracht. Interprofessionelle Fallbesprechungen finden alle 1–2 Monate und nach Bedarf statt.

2.18

In Bezug auf die Verweigerung von Pflegeinterventionen wird nach alternativen Möglichkeiten gesucht und nur dann gegen den Willen der Person mit Demenz gehandelt, wenn eine Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder Schädigung befürchtet und/oder das Umfeld unverhältnismässig beeinträchtigt wird.

2.19

Das Ausmass der Demenzerkrankung inkl. Defizite und Ressourcen wird regelmässig (im Rahmen der gesetzlich erforderlichen Erfassung des Pflegeaufwands für BESA, Plaisir und RAI und nach Bedarf) durch Testung und Alltagsbeobachtung interprofessionell erfasst und dient der Anpassung der Begleitung.

2.20

Die interprofessionellen Beobachtungen sind Bestandteil der ganzheitlichen Begleitung und fliessen in die Diagnosen und in den Behandlungsplan ein.

2.21

Besonderes Augenmerk wird auf die Wahrnehmung, Interpretation und Behandlung von Symptomen, die nicht geäussert werden können, insbesondere Schmerz, gelegt.

2.22

Der Inhalt der Patientenverfügung, der mutmassliche Wille, die Bedürfnisse und der medizinische und pflegerische Bedarf der an Demenz erkrankten Person werden durch gezielte Beobachtungen, konsequente Dokumentation und interprofessionellen Austausch erfasst und umgesetzt, insbesondere auch in der End-of-life-Situation.

9 BPSD=Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz

10 STI = Serial Trial Intervention (Demenz Assessment)

- 2.23** — Die Begleitung der Person mit Demenz beinhaltet auch Palliative Care gemäss der Nationalen Leitlinien Palliative Care¹¹. Bei Bedarf werden interne und/oder externe Fachpersonen hinzugezogen.
- 2.24** — Die speziellen Bedürfnisse der terminalen Lebensphase werden bei der Person mit Demenz erkannt, richtig eingeschätzt und in ihrem Sinn erfüllt. Die Person mit Demenz kann ihre Angst und innere Unruhe, welche viele Menschen im Zusammenhang mit dem nahenden Tod spüren, oft nicht mehr verbalisieren. Häufig zeigen diese Personen die terminale Unruhe in unbekannter, gesteigerter Ruhelosigkeit. Diese gilt es im Rahmen einer End-of-Life-Care als solche wahrzunehmen und richtig einzuschätzen.
- 2.25** — Die Demenzerkrankung erhöht das Delirrisiko. Präventive Massnahmen, regelmässiges Screening, frühe Diagnostik und nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung werden konsequent umgesetzt¹².
- 2.26** — Zur Diagnostik und Erfassung der individuellen Situation werden zur Ergänzung des RAI-, Plaisir-BESA-Assessments die Assessment-Tools in Tabelle 1 (Seite 12) empfohlen. Die Ergebnisse werden jeweils interprofessionell besprochen.
- 2.27** — Regelmässige Arztbesuche (mindestens alle 1–2 Monate und nach Bedarf), interprofessionelle Visite, Austausch und Fallbesprechungen sind für eine Begleitung von Personen mit Demenz essentiell. Zentral dafür ist ein gutes funktionierendes, etabliertes und schriftlich festgehaltenes Schnittstellenmanagement.
- 2.28** — Der Einsatz von Psychopharmaka orientiert sich an den Empfehlungen der Schweizerischen Fachgesellschaft der Geriatrie¹³. Gemäss den Empfehlungen stehen nicht-medikamentöse Interventionen im Vordergrund. Werden Psychopharmaka bei BPSD (ausser bei psychotischen oder depressiven Symptomen) eingesetzt, braucht es die Einwilligung der vertretungsberechtigten Person. Es gilt das Prinzip, so wenig wie möglich, so viel wie nötig.
- 2.29** — Bei Eintritt und bei jeder Veränderung des Gesundheitszustandes oder der Lebensqualität wird die Intensität der medizinischen Behandlung gemäss Behandlungsplan (z. B. Hospitalisation ja oder nein, Antibiotika ja oder nein¹⁴) diskutiert. Diese Absprachen finden mit den Angehörigen und im interprofessionellen Team und unter angepasster Beteiligung der Person mit Demenz statt. Das Eruiere der subjektiven Lebensqualität, systematische und regelmässige Erfassung der Ressourcen und Wünsche bilden die Grundlage für den Entscheid (mutmasslicher Wille, Patientenverfügung, etc.).

11 BAG (2011). Nationale Leitlinien Palliative Care.

12 Vgl. Savaskan, E. und W. Hasemann (2017). Leitlinie Delir. Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Bern: Hogrefe.

13 Savaskan, E. et al. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis 103(3): 135-148.

14 Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative ch (2018): Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern.

Tabelle 1: Assessment-Tools zur Diagnostik und Erfassung der individuellen Situation

Erfassung Schweregrad Demenz			
Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Montreal-Cognitive-Assessment (MoCA) -Test	Vgl. NDS-Projekt 3.1: Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen	Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin
Mini-Mental-Status-Examination (MMSE)-Test	NDS-Projekt 3.1: Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin
Demenz Uhrentest (Assessment)	NDS-Projekt 3.1: Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin

Erfassung Alltagsfunktionen			
Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Barthel-Index (Assessment)	Mahoney und Barthel (1965) ¹⁵	Tertiärstufe A&B ¹⁶	Tertiärstufe A&B, Arzt/Ärztin

Erfassung Schmerzen			
Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)	Lagger et al. (2008) ¹⁷	Tertiärstufe A&B	Tertiärstufe A&B, Arzt/Ärztin
Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA)	Morello et al. (2007) ¹⁸	Tertiärstufe A&B	Tertiärstufe A&B, Arzt/Ärztin

¹⁵ Mahoney, F.I. und D.W. Barthel (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14: 61-65.

¹⁶ Es gibt eine Tertiärstufe A (Fachhochschulen (FH)) und zwei Tertiärstufen B (Höhere Fachschulen (HF) und Eidg. Berufsprüfungen).

¹⁷ Lagger, V. et al. (2008). Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Pflege 21: 149-156.

¹⁸ Morello, R. et al. (2007). A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The ECPA-2: Study of its psychometric properties.

Erfassung
Delir

Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Delirium Observation Screening Scale (DOS)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Tertiärstufe A+B	Tertiärstufe A&B, Arzt/Ärztin
Confusion Assessment Method (CAM)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin
Assessment of Geriatric Delirium Scale (I-AgeD)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz	Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin
4A's Test (4AT)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Assessments in der Langzeitpflege für Menschen mit Demenz	Arzt/Ärztin	Arzt/Ärztin

Erfassung
Depression

Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin
Geriatric Depression Scale (GDS)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin

Erfassung

Aggressionen, Unruhe und andere Verhaltensauffälligkeiten

Name des Instruments	Quelle	Durchführung	Interpretation
Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin
BPSD-DATE Algorithmus	Vgl. NDS-Projekt 6.2: Förderung des interdisziplinären Assessments in der Langzeitpflege	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin	Thementräger/-in Demenz (vgl. 4.7) und Fachexperte/-in Demenz (vgl. 4.8), Arzt/Ärztin
Demenz Assessment STI (Serial Trial Intervention)	Fischer et al. (2007) ¹⁹	Tertiärstufe A&B	Tertiärstufe A&B
Halbvisuelle Darstellung Verhaltensmuster	Goldbach (2019) ²⁰	Tertiärstufe A&B	Tertiärstufe A&B

¹⁹ Fischer, T. et al. (2007). Die «Serial Trial Intervention» (STI). Pflegezeitschrift 7: 370-373.

²⁰ Goldbach, R. (2019). Pflegezentren Zürich, nach einer Idee der Sonnweid AG, Wetzikon (vgl. Anhang 1).

3 Infrastruktur

3.1

Mittels Milieugestaltung wird ein Umfeld geschaffen, das Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, wohnlich-vertraute Gefühle und individuelle Kompetenzen fördert und Einschränkungen Rechnung trägt. Zur Milieugestaltung gehört die achtsame Pflege der Beziehung ebenso wie die wohnliche und zeitbiografische Umgebungsgestaltung. Diese Gestaltung beinhaltet Elemente, die das Wohlbefinden fördern, Orientierung geben, zu Tätigkeiten anregen und die Integration in die Gemeinschaft fördern.

3.2

Es werden Rückzugsmöglichkeiten, wie Ruheinseln im Aufenthaltsbereich mit unterschiedlichen Sitz- und Liegegelegenheiten, Ruheraum oder Ruhecken zur Reizabschirmung geschaffen.

3.3

Ein Angebot für Personen mit fortgeschrittener Demenz sind Pflegeoasen. Empfohlen wird von der «Expertengruppe Pflegeoasen»²¹: gemeinschaftlicher Raum, dauerhafter Aufenthalt der Personen mit Demenz, kontinuierliche Präsenz von Begleitungspersonen während der Tagschichten und ein zielgruppenspezifisches Pflege- und Betreuungskonzept, das an der Förderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität orientiert ist. Es wird individuell geprüft, ob die Person von einer Verlegung in die Oase profitiert.

3.4

Die Gestaltung der Innen- und Aussenräume inklusive Lichtkonzept sollten dem aktuellen Kenntnisstand und der «best clinical practice» entsprechen. Eine Orientierung hierfür bietet z. B. die Publikation «Gestaltung von Aussenräumen für Demenzkranke»²².

3.5

Die Spezialabteilungen für Personen mit Demenz verfügen über einen frei zugänglichen, gesicherten Aussenbereich.

3.6

Um möglichst viel Bewegungsraum zu schaffen, wird empfohlen, den Weglaufschutz nicht auf einzelne Abteilungen zu begrenzen, sondern übergreifend auf mehrere Abteilungen oder ein ganzes Haus auszuweiten oder einen individuellen Weglaufschutz (z. B. GPS) anzuwenden.

21 Brandenburg, H. et al. (2014). Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen – qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege* 27(2): 69–80.

22 AVA Stadt Bern (2006). Gestaltung von Aussenräumen für Demenzkranke. Empfehlungen für Institutionen und Baufachleute.

4 Personelles

4.1

Bei der Auswahl des gesamten Personals für die Spezialabteilungen für Personen mit Demenz ist auf die besonderen Anforderungen, insbesondere Sozial- und Selbstkompetenz, zu achten und regelmässig zu überprüfen: Geduld, Empathie, Gelassenheit, Einfühlungsvermögen, Beziehungsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Freude an der Begleitung von Personen mit Demenz, Gespür für Nähe und Distanz, Beobachtungsgabe, humanistisches Menschenbild, Flexibilität, Offenheit, Humor und Neugier «auf neue Wege».

4.2

Die Studien zur Erfassung des Pflegeaufwands zeigen einen erhöhten Zeitbedarf für die Personen mit Demenz. Dies erfordert eine entsprechende Personaleinsatzplanung.²³

4.3

Die Personaleinsatzplanung auf Demenzabteilungen orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der Person mit Demenz über 24 Stunden. Die Kontinuität des Personals steht im Fokus.

4.4

Alle Mitarbeitenden verfügen über ein, auf ihre Rolle zugeschnittenes, umfassendes, interprofessionelles und handlungsleitendes Fachwissen im Umgang mit Personen mit Demenz. Durch Grundlagenfortbildungen soll das notwendige Fachwissen (speziell auch zu den Themen Begegnung sowie verbaler und nonverbaler Kommunikation) erworben und laufend aufgefrischt werden. Darauf aufbauend sind individuelle Themenvertiefungen angezeigt. Um Nachhaltigkeit zu sichern, sind Unterstützung durch Thementräger/-innen Demenz und Fachexperten/-expertinnen Demenz, Leadership, Teamzusammenarbeit, Haltung der Organisation sowie interprofessionelle Fallbesprechungen nötig. Damit ist eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität der Person mit Demenz, eine steigende Professionalisierung der Mitarbeitenden und die betriebliche Qualitätssicherung gewährleistet.

4.5

Mitarbeitende der Hauswirtschaft, die fest einem Wohnbereich für Personen mit Demenz zugeteilt sind, werden bei Bedarf in die Planung und Besprechung der Begleitung einbezogen.

4.6

Dem Personal stehen Gefässe zum Austausch und zur Reflexion von komplexen Situationen, eigenen Vorstellungen, Haltungen und übergeordneten Werten zur Verfügung. Die Vernetzung zu den Ethik-Gefässen ist sichergestellt.

²³ Baumann, Alice (2012). CURAtime misst den Aufwand in Pflege, Hauswirtschaft und Hotellerie: Arbeitszeitanalyse zeigt auf einen Blick, ob die Massnahmen Früchte tragen. Curaviva 83 (1).

4.7

—
Pro Team steht ein/-e speziell fortgebildete/-r Mitarbeitende/-r als Thementräger/-in Demenz zur Verfügung (Tertiärstufe A und B). Thementräger/-innen Demenz sind Ansprechpartner für Fragen und Anliegen im Umgang mit der Person mit Demenz. Sie erkennen kritische Situationen frühzeitig, leiten Teammitglieder an und erteilen konstruktive Feedbacks zur Stärkung des Teams im demenzgerechten Umgang und damit zur Förderung der Lebensqualität der Person mit Demenz im Wohnbereich. Sie unterstützen die Umsetzung der Empfehlungen und sie führen die vorgängig festgehaltenen Tests durch, können sie interpretieren, interprofessionell besprechen und weitere Fachpersonen beiziehen.

4.8

—
Des Weiteren stehen den Institutionen ein/-e Fachexperte/-in Demenz zur Verfügung. Das sind Pflegefachperson HF/FH mit fundierten praktischen Erfahrungen und theoretischem Wissen (im Bildungsumfang eines CAS Demenz). Diese Person kann von den Teams für Beratungen und praktische Unterstützung angefordert werden und leistet regelmässig praktische Einsätze. Das Unterstützungsangebot ist für Mitarbeiter/-innen, Personen mit Demenz und externe Bezugspersonen und umfasst nachstehende Einsatzbereiche: Deeskalation in kritischen Situationen, Begleitung/Teaching und praktische Unterstützung bei herausforderndem Verhalten, Durchführen von Fallbesprechungen und Leiten von interprofessionellem Austausch sowie Fortbildungen.

4.9

—
Das Ärzteteam (inkl. Hausärzte) verfügt über Fachwissen zu Demenz und Palliative Care, nimmt an den Schulungen teil (vgl. 4.4) und pflegt die betriebsspezifischen Handlungs- und Handlungsgrundsätze.

4.10

—
Ein interner oder externer geriatrischer und/oder gerontopsychiatrischer Konsiliardienst steht zur Verfügung.

5 Selbstbestimmung der Person mit Demenz

5.1

Die Selbstbestimmung der Person mit Demenz wird mit verschiedenen Mitteln, Methoden und Strukturen gestärkt und gewährleistet (vgl. SAMW-Richtlinien Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz²⁴).

5.2

Die Kompetenz zur Selbstbestimmung in den verschiedenen Lebensbereichen wird situativ eingeschätzt und in die Begleitung integriert.

5.3

Das Personal berücksichtigt die Selbstbestimmung der Person mit Demenz, erkennt aber auch, wann diese Auswahlmöglichkeiten bei einer Person mit Demenz zur Überforderung führt. Die Begleitung wird in solchen Fällen entsprechend angepasst und evaluiert.

5.4

Die Person mit Demenz kann sich und andere Personen aus verschiedenen Gründen gefährden. Wenn immer möglich müssen alternative, wenig einschneidende Massnahmen geprüft und erprobt werden. Greifen diese nicht, müssen manchmal Zwangsmassnahmen als Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder medikamentöse Interventionen eingesetzt werden. Zwangsmassnahmen stellen jedoch schwere Eingriffe in die Persönlichkeit dar. Sie dürfen nicht alleine deshalb angeordnet werden, weil die Betroffenen die Abteilungsroutine stören oder weil die Arbeit der Betreuungspersonen erleichtert wird. Die medikamentöse Täuschung (verdeckte Medikamentenabgabe) gehört zu den Zwangsmassnahmen. Bei sämtlichen Zwangsmassnahmen müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Prozesse eingehalten werden (vgl. SAMW-Richtlinien Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz²⁵).

5.5

Alle Mitarbeitenden respektieren die Privatsphäre der Personen mit Demenz.

5.6

Sinnlichkeit und Sexualität sind Grundbedürfnisse aller Menschen. Auch Personen mit Demenz haben diesbezügliche Bedürfnisse. Ein sorgfältiger Umgang damit gehört zu den Aufgaben aller Mitarbeitenden. Jede Institution setzt sich mit dem Thema auseinander.

²⁴ https://www.samw.ch/dam/jcr:8859a70b-7c46-4796-98f6-3f50dced8a36/richtlinien_samw_demenz.pdf.

²⁵ https://www.samw.ch/dam/jcr:8859a70b-7c46-4796-98f6-3f50dced8a36/richtlinien_samw_demenz.pdf.

6 Ernährung

6.1

Es wird auf eine gemütliche und familiäre Essensambiance geachtet und das gemeinschaftliche Esserlebnis auch mit Ritualen und Einbezug in die Tätigkeiten gefördert. Es wird spontan auf Wünsche eingegangen und Gewohnheiten (wie z. B. alleine essen wollen) werden berücksichtigt. Die zugeteilten Unterstützungspersonen ermöglichen eine individuelle und situativ angepasste Essensatmosphäre und -begleitung. Sie motivieren, leiten an, führen und geben bei Bedarf das individuell angepasste Essen ein. Wenn immer möglich isst die Begleitperson mit (Familiäntisch, agogisches Essen).

6.2

Der Essenstisch sollte gemütlich, aber übersichtlich gestaltet sein. Unnötige Gegenstände sollten nicht auf dem Tisch stehen, um Ablenkung während dem Essen zu vermeiden.

6.3

Eine demenzgerechte Ernährung und Nahrungsaufnahme wird angeboten.

- Smooth-Food: durch unterschiedliche Zubereitungsarten werden die Lebensmittel ohne Verlust der Inhaltsstoffe oder des Geschmacks in eine geschmeidige Konsistenz gebracht.
- Fingerfood: Die Nahrungsmittel und speziell zubereiteten Speisen können mit den Fingern gegessen werden.
- Kleine Portionen mit hoher Eiweiss- und Energiedichte: die Kost ist angereichert und hochkalorisch (z. B. mit Butter oder Rahm), da durch den gegebenenfalls erhöhten Bewegungsdrang mehr Kalorien verbraucht werden.
- Kochen auf der Abteilung oder regelmässiges Frontcooking: Vorbereitete Zutaten werden auf der Abteilung vor oder mit den Personen mit Demenz zubereitet (z. B. Anbraten von Zwiebeln).
- Fliegende Verpflegung: Bei Personen mit Demenz mit einem ausgesprochenen Bewegungsdrang wird die Nahrung im Gehen angeboten.
- Schüsselsystem/Buffetsystem erleichtert Wahl und ermöglicht individuelle Portionierung. Es entspricht ausserdem der kulturellen Prägung, Autonomie und Selbstbestimmung vieler Menschen.

6.4

Die Speisen sollten gut erkennbar sein. Es soll nur das serviert werden, was gerade gegessen werden soll. Hilfsmittel sollen gezielt eingesetzt werden.

6.5

Ess- und Trinkinseln stehen an bestimmten Orten bereit und kleine Häppchen animieren zum Essen im Gehen. Medikamente werden (bei Bedarf) von der Mahlzeit separiert, um den Geschmack und die Konzentration auf das Essen nicht zu verändern, respektive zu unterbrechen.

6.6

—
Die Malnutrition wird so weit wie möglich hinausgezögert.

6.7

—
Bei Nicht-Essen und Nicht-Trinken werden in erster Linie allfällige somatische und psychiatrische Ursachen ausgeschlossen und Essen und Trinken immer wieder auf kreative Weise angeboten. Auf Zwang und künstliche Ernährung wird verzichtet.

Beispiele für die Umsetzung der Empfehlungen

Empfehlung A.2

Frau M. hat eine umfassende Garderobe, die sie täglich mehrmals neu ordnet. Bei jeder Gelegenheit wechselt sie ihre Bekleidung in originellen Kombinationen. Die Pflegenden bestätigen sie in ihrem Tun, betrachten die Handlungen des Umziehens und Kleiderordnens als Ressource und geben entsprechend positives Feedback (dabei ist die Mimik und Gestik in Kongruenz mit dem Gesagten). Sie besprechen die gewählte Strategie mit den Angehörigen von Frau M., die über den grossen Wäscheverbrauch und das gewagte Erscheinungsbild besorgt sind.

Empfehlungen A.2/2.6/2.10

Frau F. war 50 Jahre lang Verkäuferin in einem Haushaltwarengeschäft. Heute beschäftigt sie sich mit Sammeln von Gegenständen. Vorzugsweise sammelt sie solche, die glänzen und die man (irgendwann wieder einmal) gebrauchen kann. Besonders angetan haben es ihr die Gabeln. Sie sammelt sie täglich ein und steckt sie in ihre grosse lederne Handtasche. Jegliches Bitten um Rückgabe der Gabeln werden kategorisch und mit Vehemenz abgelehnt. Die einzig erfolgreiche Strategie ist jeweils die Ankündigung und Durchführung einer Inventur mit ihrer Beteiligung. So gelingt es, alle Gabeln zu zählen (auch diejenigen aus ihrer Handtasche) und danach abzuwaschen und wieder in die Schublade zu versorgen.

Empfehlung A.8

Der Pflegefachmann M. hat drei Tage hintereinander Frau O. begleitet und gepflegt, die fast ununterbrochen «Aiuto, aiuto, oh Mamma mia» ruft (auch bei anderen Fachpersonen). Nun am vierten Tag äussert er das Bedürfnis, heute nicht zuständig zu sein für Frau O. Das Team akzeptiert sein Anliegen und tritt darauf ein.

Empfehlungen A.1/A.2./2.1

Herr S. schläft manchmal 48 Stunden am Stück und ist danach 72 Stunden wach. Alle Interventionen (z. B. Mahlzeiten in der Nacht, Körperpflege, Abgabe Medikation...) wurden seinem Rhythmus angepasst.

Empfehlungen 2.1/2.5./2.13

Frau B. spricht jede Person an, die ihr begegnet und verlangt etwas zu essen. Sie isst wahllos alles, was herumsteht. Ihr Übergewicht ist bereits beträchtlich (25 Kg) und zudem leidet sie an Diabetes mellitus. Das Übergewicht hat negative Auswirkungen auf ihre Beweglichkeit und ihre Atmung. Wenn der Wunsch nach Essen nicht erfüllt wird/abgelehnt wird, klammert sie sich an die Pflegefachpersonen, insistiert, wird lauter, kommt ihnen bedrohlich nah und schüttelt schliesslich die Person. Am Fachgespräch wurde beschlossen, dass das Wort «Nein» nicht mehr verwendet werden darf. Stattdessen wird gesagt: «Selbstverständlich, immer zur vollen Stunde erhalten Sie wieder etwas zu essen.» Dies hat deutlich positive Auswirkungen auf ihre Zufriedenheit.

Empfehlung 2.9

Herr L. reagiert mit Schimpfen, Schlagen, Stossen und Kneifen, erhöhter Atemfrequenz, ebenso wie einer angespannten Mimik, wenn das Personal in sein Zimmer tritt (egal wer und mit welchem Zweck). Durch eine Anpassung der Annäherung können solche Vorkommnisse vermieden werden: Nach dem Türklopfen wird die Tür nur einen Spalt breit geöffnet und umgehend Blickkontakt gesucht mit dem Bewohner. Zeigt dieser eine abwehrende Mimik und Gestik, so wird das Zimmer nicht betreten. Die besuchende Person sagt dann: «Ich störe ungern und komme nachher nochmals vorbei, ist das in Ordnung für Sie?».

Empfehlungen 2.10/2.18/4.6

Herr K. lehnt seit drei Monaten die Körperpflege kategorisch ab. Er mache dies täglich und zwar selber. Zum Duschen brauche er keinen Prokuristen. Durch eine interprofessionelle Fallbesprechung wurden folgende Interventionen entschieden: Die Beziehungsgestaltung und Vertrauensbildung stehen im Zentrum. Nebenbei werden kontinuierlich und mit unterschiedlichsten Strategien (um seine individuellen körperlichen Gewohnheiten evaluieren zu können), Angebote zur Körperpflege (z. B. Fussbad) gemacht. Mit den Angehörigen wurde diese Massnahme besprochen.

Empfehlung 2.12

Herr X. findet im Bad die Toilette nicht und uriniert in den Papierkorb oder in die Dusche. Als Orientierungsmassnahme wurde die WC-Brille ausgetauscht. Die Neue ist nun rot und somit gut sichtbar, als markante Unterscheidung zu den anderen Gebrauchsgegenständen im Bad. Er erkennt dies und kann die Toilette selbstständig benutzen.

Empfehlung 2.13

Frau K. äussert sich sehr aufgebracht und mehrmals täglich wie folgt bei verschiedenen Mitarbeitern: «Hilfe, meine Unterwäsche wurde gestohlen, alles ist weg!». Im interprofessionellen Team wurde folgende validierende Begegnungsmöglichkeit besprochen: «Ich sehe, das macht sie wütend und beschäftigt sie sehr. Bestohlen werden ist etwas Schlimmes, dabei ist es doch so wichtig, dass man ehrlich miteinander ist. Ehrlichkeit währt...» und Frau K. ergänzt: «am längsten».

Empfehlung 2.14

Herr G. ist ein gepflegter Herr mit entsprechenden Umgangsformen. Als er aufgrund von Diarrhoe dringende, immer wiederkehrende Hilfe auf der Toilette benötigt, sagt er zur pflegenden Person: «Ich bin de Hans, säg mer doch eifach Hans, mer sind ja under eus». Die Pflegende hat Hemmungen, Herr G. mit Hans anzusprechen und bleibt der Ansprache beim Nachnamen. Daraufhin sagt Herr G.: «Ich ha der doch gseit, ich bi de Hans, säg mer doch bitte Hans». Die Pflegende geht aufgrund dieser speziellen intimen Situation darauf ein, sie nennt den Bewohner beim Vornamen, bleibt jedoch beim «Sie». Nach dem Toilettenbesuch wird diese Art der Ansprache nicht mehr verwendet, da die Situation dafür nicht mehr gegeben ist.

Empfehlung 2.15

Frau R. hat einen starken Bewegungsdrang, dieser ist jedoch unkoordiniert. Dadurch kommt es fast täglich zu Stürzen. Die Physiotherapeutin und Fachexpertin Demenz gehen für die Therapie gemeinsam mit Frau R. in eine Sitzposition auf den Boden. Durch diese Massnahme ist im Laufe der Zeit eine deutliche Stimmungsaufhellung zu beobachten und die Bewegungen sind ohne Sturzrisiken realisierbar/praktikabel (Sitzmobilitätstraining in der Physiotherapie). Zusätzlich wurde im Zimmer von Frau R. eine Bodenbewegungsmöglichkeit eingerichtet.

Empfehlung 5.1

Frau J. hat einen ausgeprägten Bewegungsdrang und läuft daher den ganzen Tag auf der Abteilung umher. Sie liebt schöne Schuhe über alles und hat jeden Vormittag folgendes Ritual: Nach der Morgentoilette und dem Frühstück ist sie auf der Suche nach «passenden schönen Schuhen», die ihr gefallen (trotz eigenen, die sie sich sofort nach der Morgenpflege anzieht). Dies sind meistens diejenigen von anderen Bewohnenden oder Mitarbeitenden, die sie gerade tragen. Sobald sie fündig geworden ist, entwendet sie die Schuhe der Person (zieht sie dem Gegenüber unsanft aus, wenn Widerstand geleistet wird) und trägt sie, bis sie am Abend ins Bett geht. Dieses Verhalten löste beim Gegenüber Unruhe und Unbehagen aus. Deshalb wurde folgende Massnahme getroffen: Ins Zimmer von Frau J. wurde gut sichtbar für sie ein Schuhgestell mit ihren Lieblingsschuhen platziert. Nun steht sie am Morgen auf, greift sich ein paar eigene schöne Schuhe und unterlässt das beschriebene Ritual.

Empfehlung 5.3

Fr. V. steht vor ihrem Schrank, fasst ihre Kleider immer wieder an und strahlt. Wenn sie gefragt wird, was sie gerne davon anziehen möchte, sind Zeichen der Überforderung (Körperanspannung, Mimik angespannt und Atemfrequenz erhöht) beobachtbar. Die Pflegenden ermöglichen Frau V. als erstes, dass sie ihre Kleider im Schrank betrachten und befühlen kann. Im Anschluss bieten sie ihr am Tisch einen Kaffee an. Währenddessen Frau V. ihren Kaffee trinkt, treffen die Pflegenden eine beschränkte Kleidervorauswahl, die sie Frau V. im Anschluss präsentieren. Frau V. kann sich so konkret für eine Kleiderkombination entscheiden.

Anhang

Demenz Assessment: Halbvisuelle Darstellung von Verhaltensmustern zur Verdeutlichung von zirkadianen Zusammenhängen sowie der Einflussnahme mittels Medikation

Quelle: Goldbach, R. (2019). Pflegezentren Zürich, nach einer Idee der Sonnweid AG, Wetzikon

Bewohner/-in:	Abt./Zimmer:
0	23
1	22
2	21
3	20
4	19
5	18
6	17
7	16
8	15
9	14
10	13
11	12
12	11
13	10
14	9
15	8
16	7
17	6
18	5
19	4
20	3
21	2
22	1
23	0
Datum / Bemerkungen:	
Datum / Bemerkungen:	
Datum / Bemerkungen:	
Datum / Bemerkungen:	
Legende :	
Blau	Orange
Blau	Rosa
Blau	Grün
Ablage in Bewohner/-innendossier	

IMPRESSUM

Herausgeber

Alzheimer Schweiz
Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autorinnen

Mitarbeitende Alzheimer Schweiz
Bieri, Gaby (Pflegezentren Zürich, Geriatrischer Dienst)
Silva-Lima, Silvia (Pflegezentren Zürich, Pflegezentrum Entlisberg)
Widmer, Beatrice (Pflegezentren Zürich, Schulungszentrum Gesundheit Zürich)

Kontakt

Alzheimer Schweiz
Gurtenstrasse 3
3011 Bern
058 058 80 20
info@alz.ch

Publikationszeitpunkt

Juni 2020

Zusätzliche Exemplare dieser Broschüre können kostenlos bestellt werden:

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
BBL-Bestellnummer: 311.807.d

Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher, französischer und italienischer Sprache verfügbar.

Digitale Version

Diese Publikation ist in allen Sprachversionen auch als PDF verfügbar:
www.nationalemenezstrategie.ch

Ergänzende Informationen stehen hier zur Verfügung:

www.nationalemenezstrategie.ch

Gestaltung in Zusammenarbeit mit

moxi ltd.

Erarbeitet im Rahmen von:



Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014-2019

