

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis CD-ROM	8
Ein persönliches Vorwort	9
1 Individuelles Erleben der Demenzerkrankung	11
1.1 Die Welt des an Demenz erkrankten Menschen	11
1.1.1 Empathie als Basis menschlichen Miteinanders bei vorliegender Demenz	12
1.1.2 Erfahren von Verlusten	14
1.2 Erleben der Demenzerkrankung von pflegenden Angehörigen – „Wir haben Alzheimer“	16
1.2.1 Entwicklung des Töchter-Pflege-Potenzials	17
1.2.2 Die Diagnose oder „Wir haben Alzheimer“	17
1.2.3 Eine besondere Beziehung: die Mutter-Tochter-(Pflege)-Beziehung	19
1.2.4 Motivation, die Pflege und Betreuung zu übernehmen	20
1.2.5 Beeinflussende Faktoren für Pflegebereitschaft	21
1.2.6 Erleben und Auswirkungen von Pflege auf das Leben der pflegenden Angehörigen	23
2 Lebensqualität	29
2.1 Begriff der Lebensqualität	29
2.2 Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz	32
2.2.1 Profil des Wohlbefindens	34
2.2.2 H.I.L.DE – Heidelberger Instrument zur Lebensqualität demenzkranker Menschen	38
2.3 Schlafstörungen bei Demenzerkrankungen	42
2.3.1 Wozu dient Schlaf?	43
2.3.2 Schlaf im Wandel des Lebenszyklus	43
2.3.3 Schlafstörungen im Alter	45
2.3.4 Auswirkungen von Schlafstörungen auf Lebensqualität und Gesundheit	46
2.3.5 Arten der Schlafstörungen	46
2.3.5.1 Insomnie	47
2.3.5.2 Hypersomnie	47
2.3.5.3 Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen	48
2.3.6 Schlafstörungen bei Demenz	48

2.3.6.1	Typische nächtliche Verhaltensweisen	48
2.3.6.2	Ursachen für Schlafstörungen bei neurodegenerativer Erkrankung	49
2.3.6.3	Ein besonders Phänomen – Sundowning	50
2.3.6.4	Auswirkungen der Schlafstörungen	51
2.3.7	Anmerkungen zur medikamentösen Behandlung von Schlafstörungen	51
2.3.8	Nichtmedikamentöse pflegetherapeutische Maßnahmen zur Schlafförderung	52
2.3.8.1	Positive Beeinflussung innerer und äußerer Schlafhindernisse	52
2.3.8.2	Einhaltung von Einschlafritualen und zeitlichen Abläufen	52
2.3.8.3	Berücksichtigung individueller Schlafhygiene	54
2.3.8.4	Das Bett als Ort der Geborgenheit und Sicherheit	55
2.3.8.5	Lichttherapie	56
2.3.8.6	Bewegungsförderung, Aktivierung und Stimulierung	56
2.3.9	Assessment zur Erfassung des Schlafverhaltens demenzerkrankter Menschen	57
2.3.10	Fazit	58
2.4	Vom Prozess des Bettlägerigwerdens	59
2.4.1	Bettlägerigkeit	59
2.4.2	„Festgenagelt sein“ – eine qualitative Untersuchung zum Prozess des Bettlägerigwerdens	62
2.4.2.1	Einige Eckdaten	62
2.4.2.2	Ergebnisse	62
3	Wohnen und Leben im Alter	71
3.1	Bedeutung der eigenen Wohnung	71
3.1.1	Die Wohnung eines Menschen sagt sehr viel über ihn aus	72
3.1.2	Faktoren für zufriedenstellendes Wohnen	73
3.1.3	Wohnen im Alter	74
3.1.4	Die Wohnung als wichtiges Element der Biografiearbeit	74
3.2	Einfluss des demografischen Wandels auf das Wohnen und Leben im Alter	76
3.2.1	Neue Generation alter Menschen	77
3.2.2	Aging in Place	79
3.2.3	Abschied von der Töchterpflege-Generation	80
3.2.4	Hohe örtliche Mobilität	81
3.2.5	Mangel an Pflegepersonal	82
3.2.6	Finanzielle Ressourcen	82

3.2.7	UN-Behindertenrechtskonvention – Inklusion – Partizipation	83
3.2.8	Ambulant vor stationär	86
3.3	Ebenen des Lebens und Wohnens demenzerkrankter Menschen im gesellschaftlichen Kontext	88
3.3.1	Entwicklung gesellschaftlicher Wertvorstellungen .	88
3.3.1.1	Entwicklung tragfähiger und nachhaltiger Konzepte zur Gestaltung von Wohn- und Lebensbedingungen alter und demenzerkrankter Menschen	90
3.3.2	Neue Wohn- und Versorgungsansätze	92
3.3.2.1	Altenheim	93
3.3.2.2	Betreutes Wohnen	94
3.3.2.3	Wohngemeinschaften	95
3.3.2.4	Demenz-Wohngemeinschaft	95
3.3.2.5	Mehrgenerationenhaus	97
3.3.2.6	Alzheimer Dorf Hogewey – ein Domizil für Alzheimer-Patienten	102
3.3.2.7	Leben im Quartier – Quartiersentwicklung	103
3.3.3	Individuelle Maßnahmen zum Erhalt und der Förderung selbstständigen Lebens und Wohnens – Mikroebene	109
3.3.3.1	Wohnraumanpassung	109
3.3.3.2	Wichtigste Grundsätze der Wohnraumanpassung bei Demenz	114
3.3.3.3	Einsatz von Hilfsmitteln als Grundlage für selbstständiges und sicheres Leben und Wohnen ...	120
3.3.3.4	Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege ..	130
4	Literatur	137
5	Mitarbeiterschulung	141

Inhaltsverzeichnis CD-ROM

1 Praxistipps und Arbeitshilfen zur Schulung

- ▶ Erfolgreich präsentieren
- ▶ Einladung – Muster
- ▶ Teilnahmebescheinigung – Muster
- ▶ Teilnehmerliste – Muster

2 Schulungsunterlagen

Komplette Schulungen als bearbeitbare PowerPoint-Dateien und als PDF-Dateien. Handouts mit Folien und ergänzenden Texten als PDF-Dateien.

- ▶ Schulungseinheit 1: Was ist Lebensqualität?
- ▶ Schulungseinheit 2: H.I.L.DE. – Heidelberger Instrument zur Lebensqualität **DE**menzkranker
- ▶ Schulungseinheit 3: Festgenagelt am Bett – Vom Prozess des Bettlägerigwerdens
- ▶ Schulungseinheit 4: Schlaf und Schlafstörungen im Alter
- ▶ Schulungseinheit 5: Mobilitäts- und Wahrnehmungsförderung

3 Praktische Arbeitshilfen

- ▶ Assessment zur Erfassung des Schlafverhaltens
- ▶ Assessment Bewegung
- ▶ Assessment zur Erfassung der Mobilität

Ein persönliches Vorwort

Das Thema Demenz begleitet mich beruflich nun seit 27 Jahren. In den Achtzigerjahren war ich erstmals mit demenzkranken Menschen konfrontiert und wusste dies gar nicht. Noch als Schülerin eines normalen Gymnasiums arbeitete ich als „Aushilfe“ in einem Altenpflegeheim. Ich war damals gerade erst 18 Jahre alt und bin mehr oder weniger zufällig zu diesem „Job“ gekommen. Zunächst empfand ich es als befremdlich, alte und mir unbekannte Menschen zu waschen, anzuziehen, ihnen zu trinken zu geben und sie zu „füttern“. Ich arbeitete in einer typischen Station, die sich im Altbau des Heims befand. Damals waren Mehrbettzimmer üblich. Die Belegung der Zimmer wurde vom Pflorgeteam diskutiert und anhand des Kriteriums „wer passt zu wem“ vorgenommen. Viele Male mussten Bewohner von einem ins andere Zimmer umziehen.

Allerdings gab es eine Konstante, nämlich das von den Pflegenden so bezeichnete „Kinderzimmer“. Hier handelte es sich um ein Zimmer, das von vier älteren Damen bewohnt wurde. Es lag direkt gegenüber dem Aufenthaltsraum des Pflegepersonals. Die dort lebenden Frauen hatten alle eines gemeinsam, nämlich die Diagnose „HOPS“ (Hirnorganisches Psychosyndrom). Die Diagnose „HOPS“ war damals gängig und wurde in Ermangelung besseren Wissens als Synonym für Demenz genutzt. Die vier Damen zeigten sich sehr aktiv, aber nicht zugänglich für „normale Kommunikation“. Immer wieder wurde vonseiten des Personals erwähnt, dass man bei den Bewohnerinnen vorsichtig sein müsse. Mehrmals wäre es vorgekommen, dass gebissen, gekratzt und geschlagen worden wäre. Solche körperlichen Attacken konnte ich mehrfach beobachten, wenn Kollegen sich diesen Bewohnerinnen auf eine bestimmte Art und Weise näherten bzw. mit ihnen umgingen. Ich selbst habe bei diesen Bewohnerinnen diese Erfahrungen nicht machen können. Ich arbeitete gerne mit den alten Damen, obwohl es mir damals eigentlich nicht bewusst war.

Zurückblickend glaube ich, dass ich mich damals mehr oder weniger in die älteren Frauen hineinversetzte. Ich fand es schrecklich, wie sie leben mussten und wie mit ihnen umgegangen wurde. Es war verletzend, herabsetzend und entwürdigend. Allein schon die Bezeichnung „Kinderzimmer“ spricht Bände.

Wenige Jahre später zog die Station in das Haupthaus um. Ich arbeitete immer noch dort. Allerdings änderte sich nun einiges, denn mit einem Mal hatten wir die „fitten“ Bewohner, die in ihren Einzelzimmern lebten und keine pflegerische Unterstützung benötigten, die Bewohner, die ein gewisses Maß an pflegerischer Betreuung benötigten, und die „Schwerstpflegefälle“. Zu dieser Zeit bestand also die klassische Einteilung von betreutem Wohnen, Altenheim und Pflegeheim. Diese drei Formen des Wohnens fanden im gleichen Wohnbereich statt. Damals wurde so verfahren, dass ein Bewohner des betreuten Wohnens umziehen musste, falls er zum „Pflegefall“ wurde. Dies schwebte als Damokles-Schwert über den Köpfen der Bewohner des Bereichs des betreuten Wohnens. Man hatte Angst davor, abzubauen und einer von „denen“ zu werden. Die Folge waren teils gefährliche Vertuschungen von gesundheitlichen Einschränkungen der Bewohner des betreuten Wohnens.

Die Pflegeversicherung führte zu einem schnellen und drastischen Wandel in unserer Einrichtung. Die „fitten Alten“ blieben aus und das Haus füllte sich mit schwerstverwirrten Menschen und mit Bewohnern, die zum Sterben kamen. Die Rahmenbedingungen passten sich dem veränderten „Bewohnergut“ allerdings nicht an.

Ich war auf der Suche nach einem Arbeitsfeld, in dem ich die Menschen „richtig“ pflegen konnte. So führte mein Weg in eine Intensivstation. Dort arbeitete ich neben meinem Pflegestudium im Nachtdienst. Ich hatte den Luxus, mich nur um drei bis vier Patienten kümmern zu müssen. Parallel dazu hatte ich die ersten Fortbildungen im Bereich der Basalen Stimulation, der Kinästhetik und des Aktivitas-Konzepts. Meine anfängliche Skepsis wandelte sich in Begeisterung. Die Dinge, die ich dort lernte, konnte ich bei „meinen Patienten ausprobieren“. Die Ergebnisse und Erfahrungen waren teilweise ergreifend. Mir wurde bewusst, wie wichtig das wahrnehmungs- und bewegungsfördernde Arbeiten ist.

Im Studium beschäftigte ich mich u. a. schwerpunktmäßig mit den Themen Behinderung, Einsatz von Hilfsmitteln und Wohnraumanpassung. Schon damals wurde mir bewusst, dass es in diesem Bereich viele ungenutzte Ressourcen für alte Menschen gibt.

Nach Abschluss meines Studiums arbeitete ich viele Jahre bei einem Hersteller von Medizinprodukten. Dort konnte ich meine Erfahrungen und mein Wissen in die Entwicklung von Medizinprodukten einfließen lassen, die den Bedürfnissen der zu pflegenden und hilfebedürftigen Menschen entsprechen.

Während der letzten gut 25 Jahre habe ich viele wunderbare Menschen kennenlernen dürfen, die mich prägten. Da waren die dementen Menschen des „Kinderzimmers“, die mir ein nachhaltiges Bild von Demenzerkrankungen vermittelt haben, die vielen „tollen“ Bewohner des betreuten Wohnens, die mir oft einen Einblick in ihr Gefühlsleben erlaubt haben. Da waren aber auch Professoren und Lehrende, die nicht nur mein Interesse auf bestimmte Themengebiete haben lenken können, sondern auch begeisternd und visionär waren. Und nicht zu vergessen und überaus wichtig: die Zusammenarbeit und die Gespräche mit guten und engagierten Kolleginnen und Kollegen, von denen ich nicht müde werde zu lernen.

Die inhaltlichen Stationen meines beruflichen Lebens finden sich in diesem Buch und fügen sich auf wundersame Weise zu einem harmonischen Ganzen. Nach wie vor empfinde ich die Pflege von Menschen als herausfordernde Aufgabe, aber als eine, die nicht nur erfüllend, sondern darüber hinaus auch faszinierend ist und fortwährend die eigene Persönlichkeit weiterentwickeln kann.

Natascha Möller-Woltemade