

Pflegeoase in St. Maria

Ausgangssituation:

Bisher liegen Menschen mit weit fortgeschrittener Demenzerkrankung in Einzel- bzw. Doppelzimmern. Zu den einzelnen pflegerischen Verrichtungen werden sie aufgesucht und anschließend wieder allein gelassen. Sie können für einige Zeit in einen Therapierollstuhl mobilisiert und in den Gemeinschaftsraum mitgenommen werden. Auch dort sind sie wegen ihrer Unfähigkeit, gezielt zu kommunizieren und der Belastung des Personals mit anderen Aufgaben häufig sich selbst überlassen.

Eine solche Art der Versorgung geht an den Bedürfnissen dieser schwächsten unter unseren Bewohnern vorbei. Sie leben sehr isoliert und Reiz arm. Viele verzichten nach einiger Zeit darauf, die Augen noch zu öffnen. Auch Versuche, ihnen zusätzliche Anregung über Dekoration oder Musik bzw. basale Stimulation im Rahmen von § 43b zu bieten, bleiben unbefriedigend, weil sie weder ausreichend lange noch häufig genug angeboten werden können.

Im Ergebnis liegen die alten Menschen, die oft nicht mehr sprechen können und immobil sind, Tag und Nacht in Bett oder Sessel und dämmern vor sich hin. Mahlzeiten werden oft im Bett angereicht, ohne dass auf das oft extrem verlangsamte Tempo der Menschen die erforderliche Rücksicht genommen werden kann. So drohen Aspirationsgefahr und Mangelernährung mit allen Folgen. Berührung und Kontakt erfolgen überwiegend zielgerichtet und zweckgebunden. Damit verlieren diese Menschen den wichtigsten Moment, der ihnen erlaubt, sich als Mitmenschen angenommen zu erleben. Einsamkeit ist das vorrangige Merkmal ihres Lebens am Lebensende.

Ob sie unter Schmerzen oder Ängsten leiden, bleibt häufig unbemerkt, weil sie nicht läuten und schon gar nicht Auskunft über ihr Befinden geben können. Um das festzustellen, verfügen wir heute trotz strukturierter Schmerzerfassung hauptsächlich über den Zeitraum, der uns für eine pflegerische Maßnahme zur Verfügung steht. Auch die zusätzliche Betreuung nach §43b deckt ja nur einige Minuten täglich ab. In der täglichen Praxis zeigt sich, dass für diese Gruppe bereits ein Doppelzimmer eher geeignet wäre als ein Einzelzimmer, weil hier naturgemäß die Pflegekräfte mehr Zeit verbringen und damit eher die Chance haben zu erkennen, dass jemand körperlich oder seelisch leidet. Allerdings verbietet seit Juli 2019 die Heimmindestbauverordnung Doppelzimmer. Dennoch dürfte die Präsenz einer Pflegekraft nur in sehr seltenen Fällen 2 Stunden in 24 h überschreiten. Damit stehen uns nur Momentaufnahmen zur Verfügung. Dies ist in regelmäßigen BESD-Schmerzerfassungen ersichtlich.

Diese Situation sorgt außerdem dafür, dass die verbliebenen Ressourcen weiter verkümmern. Wenn Pflegekräfte das Zimmer nur zu kurzen Besuchen betreten, bleiben auch Wachphasen ungenutzt, in denen die Bewohner aktiviert werden könnten. Dass Pflege in der üblichen Organisationsform eines Wohnbereichs in kurzen Zeitfenstern erfolgt, verhindert oft echte Begegnung mit Menschen, bei denen nicht selten die Wahrnehmung erschwert und jede gezielte Reaktion verzögert ist. So kann es sein, dass ein schwer demenzkranker Mensch erst dann reagieren kann, wenn die Pflegekraft bereits wieder das Zimmer verlassen hat.

Daraus resultiert einerseits, dass die Menschen in einen Dämmerzustand versinken und andererseits dass die Pflegekräfte eher eine resignative Haltung einnehmen und an der vermeintlichen Vergeblichkeit ihres Handelns ausbrennen.

Einzelzimmer vs. Oase

Für Menschen im Endstadium einer Demenz ist der Nutzen der Unterbringung im Einzelzimmer allenfalls marginal. Die Unterbringung von männlichen und weiblichen Bewohnern im selben Raum verursacht keine Probleme, weil in diesem Stadium der Demenz die kognitiven Funktionen und damit Vorstellungen von Anstand und Sitte nahezu völlig verloren sind. Die fahrbaren Trennwände und Paravents ermöglichen es ohnehin, Rücksicht auf das Schamgefühl der Bewohner zu nehmen. (Übrigens stellt eine gemischte Belegung auch bei nicht dementen Menschen auf Intensivstationen kein Problem dar.) Statusvorstellungen, die ein Einzelzimmer mit 1. Klasse assoziieren, sind in diesem Stadium der Krankheit längst verloren gegangen. Das Bedürfnis, eine Privatsphäre zu haben, schwindet mit den Möglichkeiten, innerhalb der Privatsphäre in irgendeiner Weise selbst aktiv zu sein. Nach unserer Erfahrung verlieren sich die Distanz und das Bedürfnis danach mit dem Fortschreiten der Erkrankung. Beim Eintauchen in die eigene Vergangenheit kehren die alten Menschen in der Mehrzahl in eine Lebensphase zurück, in der sie in einer größeren Familie gelebt haben. Es ist nicht neu, dass Anfang des 20. Jahrhunderts Ein-Kind-Familien ebenso wie ein eigenes Zimmer die Ausnahme waren. Die Phasen des Alleinlebens sind im späten Stadium der Demenz vergessen, weil sie in aller Regel erst im fortgeschrittenen Alter nach der Familien- und Berufsphase eingetreten sind. Den Erkenntnissen von Reisberg und anderen Gerontologen zufolge erleben Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz Stress, wenn sie allein gelassen werden. Ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse ähneln denen von Kindern unter zwei Jahren. Dabei hat das Bindungsbedürfnis einen hohen Stellenwert. Daraus folgt, dass die Präsenz einer Bezugsperson den wichtigsten Beitrag zum Wohlbefinden leistet. Für diese besonders verletzlichen alten Menschen bedeutet Lebensqualität in erster Linie, persönliche Zuwendung und Annahme zu erleben.

Nach unserer Auffassung bedeutet eine Pflegeoase, wie wir sie planen, keineswegs die Rückkehr zu den mit Recht verbotenen Mehrbettzimmern. Der Platzbedarf pro Bewohner ist genauso berechnet wie bei einer Unterbringung im Einzelzimmer. Die möglichen Einsparungen an individuellen Nasszellen werden durch den erhöhten Aufwand für die Gestaltung der Oase mit Sinneselementen und das eigene Pflegebad mit Wellnesselementen aufgewogen. Die Oase ist keine billigere Lösung sondern die bessere Lösung für Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, von sich aus Kontakt zu ihrer Umwelt aufzunehmen.

Wir benötigen unterschiedliche Betreuungsformen für unterschiedliche Menschen. Das bedeutet, dass die Menschen, die Privatheit schätzen, selbstverständlich ein Einzelzimmer benötigen. Es ist aber daraus nicht zwingend abzuleiten, dass das für alle Bewohner eines Pflegeheims gilt. Als kognitiv nicht eingeschränkte Menschen können wir uns nur durch genaue Beobachtung in die Situation von schwer demenzkranken Personen versetzen, die nahezu ausschließlich aus ihren Emotionen leben. Deshalb loten wir zusammen mit den vertrauten Bezugspersonen aus, ob ein besonders vulnerabler, demenzkranker Mensch von der Pflegeoase profitieren wird. Mit der Oase können wir unser Angebot für demenzkranke Menschen, die ja überall die größte Bewohnergruppe bilden, bedarfsgerecht verbessern. Während der segregative Demenzbereich Bewohnern in früheren Stadien entgegenkommt, kann die Oase Menschen in der Endphase der Erkrankung eine liebevoll gestaltete Umgebung und ein Leben in Beziehung zu Mitmenschen ermöglichen.

Ziele:

- Hohe Betreuungsdichte durch dauernde Präsenz von Pflegekräften, mit Ausnahme der Nacht, in der die Bewohner durch die Nachtwachen des übrigen Hauses versorgt werden.
- Zeitnahes Erkennen von Schmerzen und Unwohlsein bei den Betreuten und umgehendes Einleiten geeigneter Maßnahmen.
- Erkennen und Nutzen vorübergehender Phasen der Wachheit und des Wohlbefindens. Fundierte und kontinuierliche Verhaltensbeobachtung. Häufigere Mobilisation.
- Bewegungsförderung im Rahmen der Möglichkeiten der Bewohner
- Integration in die Gemeinschaft des Heims
- Verbesserung der Ernährungssituation durch verlängerte Zeiten für Nahrungsaufnahme.
- Erhalten der bestehenden Fähigkeiten der Pflegebedürftigen durch längere Kontaktzeiten und Umsetzung des Konzepts der Humanitude.
- Die Bewohner leben „Aufrecht bis zuletzt“ getreu der Pflegephilosophie Humanitude.
- Die Pflegekräfte erkennen die Bedürfnisse der Bewohner unmittelbar und schnell und können darauf reagieren.
- Die Angehörigen sind mit eingebunden.
- Kurze Wege erlauben es, noch behutsamer und aufwendiger zu pflegen.
- Die Umgebung ist anregend und fördernd gestaltet.
- Die direkte Umgebung des Bewohners wirkt identitätserhaltend.
- Die Pflegekräfte erleben ein höheres Maß an Arbeitszufriedenheit durch die Möglichkeit, sich den schwächsten Bewohnern gezielter und ausgiebiger zu widmen.
- Die Betten wurden neu beschafft und bieten, wenn sie behandlungsresistenter Schmerzen oder gravierender Kreislaufprobleme das Bett nicht mehr verlassen können die Möglichkeit, auch liegend auf der Terrasse die Natur zu erleben .
- Für die Bewohner stehen bei Bedarf weich gepolsterte Schalenrollstühle als Alternative zu den herkömmlichen Therapierollstühlen, die sehr stark nach Krankenhaus aussehen, zur Verfügung. Sie können auch im Außenbereich zum Einsatz kommen. Der Tisch im Gemeinschaftsraum dient als Treffpunkt. Für Besucher und Personal gibt es genügend Sitzgelegenheiten, um Kontakt mit den Bewohnern auf Augenhöhe zu ermöglichen.
- Ein gut ausgestatteter Sinneswagen mit Duftströmer, Lichteffekten, einer Stereoanlage, Tastmaterial und Aromaölen für Massagen, ermöglicht es, zusätzliche Umweltreize anzubieten. Demenzpuppen wirken oft tröstlich auf die weiblichen Bewohner und sprechen positive Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis an.
- Die Möblierung wird bewusst alltagsnah gewählt, um den Bewohnern das Gefühl zu ermöglichen, daheim zu sein.

Wissenschaftliche Begleitung:

Die wissenschaftliche Begleitung übernimmt die Hans- Weinberger- Akademie in Augsburg. Der Leiter, Volker Fenchel, Diplom- Gerontologe, nimmt bereits im Planungsstadium Einfluss auf die Gestaltung und permanente Weiterentwicklung des Konzepts. Er verfügt über sehr gute Kontakte zur Hochschule. Nach der Evaluation des Projekts „Pflegeoase“ waren sich alle an der Evaluation Beteiligten einig: es ist eine enorme Verbesserung spürbar bei den Bewohner*Innen, die die Möglichkeit wahrgenommen haben, in die Pflegeoase umzuziehen.