

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 61 (1990)
Heft: 3

Artikel: Pflegerische Probleme bei der stationären Versorgung Dementer
Autor: Scholz, Detlef
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809975>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 27.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pflegerische Probleme bei der stationären Versorgung Dementer

Von Detlef Scholz aus «Arbeitshilfen für den Heimleiter 6/89»

Noch vor zehn Jahren war der Anteil von dementen alten Menschen im Bereich der Altenhilfe relativ gering. Dagegen fand man sie überwiegend in den psychiatrischen Kliniken, wohin sie eigentlich nur bedingt gehörten. Die psychisch gestörten alten Menschen waren «Bewahrungsfälle», die meist bis zu ihrem Lebensende im wahrsten Sinne des Wortes dahingevegetierten.

In den letzten Jahren stieg, nach internationalen Schätzungen, der Anteil leicht bis schwer Dementer in den Altenhilfeeinrichtungen ständig an. Zurzeit dürfte die Zahl der Bewohner verschiedenster Demenzgrade im Pflegebereich bei etwa 90 Prozent und im Altenbereich bei etwa 50 Prozent liegen.

Diese hohe Zahl Dementer wirft natürlich im Altenhilfebereich besondere Probleme auf, da ja ursprünglich die Betreuung Verwirrter in diesen Einrichtungen nicht vorgesehen war. Von den baulichen Gegebenheiten, bis hin zum Stellenplan, ergibt sich hier eine Flut von ungelösten Fragen, die in fünf Problemkreise einzuteilen sind:

1. Probleme des betreuenden Personals
2. Probleme in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen
3. Probleme in der Zusammenarbeit mit den Ärzten
4. Probleme bei der medikamentösen Therapie
5. Probleme bei der Aktivierung und Führung Dementer

Probleme des betreuenden Personals

In der Vergangenheit entstand unter dem betreuenden Pflegepersonal durch den Anstieg Dementer in den Altenhilfeeinrichtungen immer mehr Unruhe und zum Teil Hilflosigkeit im Umgang mit diesen Kranken. Es war darauf nicht vorbereitet.

Das Personal wurde zum Spielball zwischen den sogenannten geistig klaren und den dementen Heimbewohnern. Ihre Aufsichtsaufgaben nahmen einen grossen Raum an Betreuung ein, wodurch zwangsläufig die Zuwendung zu den nicht Dementen stark reduziert wurde. Die Folgen waren Unruhe auf den Stationen, Unzufriedenheit der klaren Bewohner und ihrer Angehörigen, Eifersuchtsszenen und Aggressivität. Oftmals konnte man feststellen, dass das Personal die Dementen in einer kindlichen Art betreute, die die Hilflosigkeit der Mitarbeiter deutlich machte. Diese Zustände sind auch heute noch in vielen Heimen anzutreffen.

Durch den unzureichenden Unterricht in den Fächern Geriatrie und Psychiatrie während der Ausbildung und der in den Heimen oft nicht fachärztlichen Betreuung ist eine qualifizierte Pflege der Hirnleistungsgestörten meist nicht möglich. Wenn dann auch noch die Leitung eines Heimes dem Personal keine fach- und sachgerechte Hilfe geben kann, werden die Pflegenden mit ihren Problemen allein gelassen. Dazu kommen eine übermässige nervliche Belastung und ein erhöhter Pflegeaufwand, bedingt durch die bei Dementen fast immer vorliegende Inkontinenz. Selbst einfachste pflegerische Verrichtungen sind bei dieser Bewohnergruppe erschwert.

Die Grenzen dieser Arbeit sind tagtäglich sichtbar und spürbar. Die daraus resultierenden mangelnden Erfolgserlebnisse werden für das Personal problematisch, weil sie kleine Erfolge, die ja auch in der Therapie zählen, einfach nicht sehen.

Ein weiteres Problem ist die Unsicherheit bei Rechtsfragen, wie Aufsichtspflicht, Freiheitsberaubung, Haftung usw.

Die Folge davon sind Ängste, ein steigender Prozentsatz des Ausfalls durch Krankheit und eine hohe Personalfuktuation.

Probleme in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Angehörige von Dementen haben zum grössten Teil Schwierigkeiten im Umgang mit dem Krankheitsbild der Demenz.

Diese kommen zum Ausdruck durch die Ratlosigkeit und das Nicht-Wahrhaben-Wollen des geistigen Abbaus ihres nächsten Angehörigen. Sie reagieren oft schamhaft, besonders, wenn der alte Mensch vor einer Heimaufnahme in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurde.

Der Aufenthalt dort wird meist als Makel empfunden, es kommen Äusserungen wie: «So etwas hat es in unserer Familie noch nie gegeben», oder: «Meine Mutter, mein Vater sind nicht geisteskrank, sondern nur unruhig.»

Angehörige, die sich nicht frei äussern können, gehören zu der Gruppe, die die Zusammenarbeit mit dem Heim und seinen Mitarbeitern oft zu einem Problem werden lassen. Da sie selbst, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind, ihre dementen Angehörigen zu Hause zu betreuen und dadurch meistens ein nicht berechtigtes schlechtes Gewissen entwickeln, kommt es in der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und dem Pflegepersonal oftmals zu schwierigen Situationen.

Da werden zum Beispiel Klagen gegen das Personal laut, wie: «Warum ist die Kleidung so beschmutzt?» Wenn ein Dementer erzählt, es sei dieses oder jenes gestohlen worden, wird bei den Mitarbeitern misstrauisch nachgefragt, weil die Angehörigen Wahrheit und Wahnvorstellungen nicht unterscheiden können und auch nicht wollen. Problematisch wird es, wenn sich das Personal bemüht, mit Wahnbildern der Kranken realistisch umzugehen, dagegen die Angehörigen aber versuchen, diese zu untermauern. Durch diese Konfliktsituation entstehen bei den betroffenen Bewohnern unnötige Angst, Unsicherheit und Unruhe, die nach den Besuchen oft schwerlich wieder in den Griff zu bekommen sind.

Ein weiteres Problem entsteht auf der einen Seite durch die Uneinsichtigkeit der Angehörigen bei therapeutischen Massnahmen, wie Einnahme von Medikamenten oder Aktivierung, dann fallen Äusserungen wie: «Unnötige Lebensverlängerung, Quälerei.»

Auf der anderen Seite besteht aber eine sehr hohe Anspruchshaltung im Hinblick auf die pflegerische Betreuung, die sich durch ständige Unzufriedenheit äussert und das Vertrauensverhältnis beider Gruppen unnötig belastet. In diesem Zusammenhang wird dann sehr häufig auf den hohen Pflegesatz hingewiesen, den man ja schliesslich bezahlt. Schuldzuweisungen als Erklärung für die Verwirrtheit des Angehörigen finden ihren Ausdruck in Äusserungen wie: «Mutter ist so verwirrt, weil die anderen um sie herum alle bekloppt sind.»

Eine Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Personal kommt auch deswegen oft nur schwer zustande, weil die Angehörigen durchschnittlich sehr wenig Zeit für einen Besuch bei dem Dementen aufwenden. Auch der Einladung, sich als Gast an therapeutischen Gruppen zu beteiligen, wird nur in geringem Umfang Folge geleistet. Dahinter steckt vielleicht die Angst, auch einmal so zu werden.

Probleme in der Zusammenarbeit mit den Ärzten

Durch die freie Arztwahl in den meisten Altenhilfeeinrichtungen kommt eine Vielzahl von Ärzten zu den Bewohnern. Diese an sich gute Regelung führt aber gerade in der Betreuung von Dementen zu einigen gravierenden Problemen.

Es ergeben sich bei der ärztlichen Betreuung Hirnleistungsgestörter im Pflegeheim drei entscheidende Schwierigkeiten:

1. Eine Reihe von Allgemeinärzten, die ja in der Regel die ärztliche Versorgung der Patienten im Pflegeheim durchführen, sind in nicht ausreichender Weise mit dem Krankheitsbild der Demenz vertraut, insbesondere mit den heutigen therapeutischen Möglichkeiten beziehungsweise Einflussmassnahmen auf das Krankheitsbild Demenz.

Dadurch kommt es teilweise zu einer vorschnellen Einweisung in eine geriatrische oder im Einzelfall sogar in eine psychiatrische Klinik, ohne dass eine ausreichend lange und zielgerichtete Behandlung versucht worden ist. Sicherlich spielt da oft auch der Druck seitens der Angehörigen und des Pflegepersonals eine gewisse Rolle.

2. Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass eine Reihe von Ärzten nicht bereit ist, wenn ihre eigene Behandlung nicht den gewünschten Erfolg erzielt, eine Mitbehandlung bei einem Fachkollegen der Psychiatrie anzufordern oder zu dulden. Sie geben lieber selbst immer mehr und mehr Psychopharmaka, Neuroleptika, in oft zu hoher Dosis, so dass von der betreuenden Seite häufig die Zeichen einer Überdosierung zu beobachten sind.

3. Eine weitere Problematik entsteht dadurch, dass manche Ärzte zu wenig Wert auf eine gute Krankenbeobachtung durch das Personal legen, indem sie die Führung eines Pflegeberichtes fordern; wenn dieser vorliegt, sich nicht die Mühe machen, ihn bei den seltenen Visiten mit heranzuziehen.

Leider gibt es auch Ärzte, die dem Leiden alter Menschen überhaupt nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie reagieren auf die Sorgen der Pflegepersonen, die ja eng mit den Kranken zu tun haben, mit Bemerkungen wie: «Warum soll ich da noch eine aufwendige Medizin durchführen, da ist sowieso Hopfen und Malz verloren.»

Wenn die Zusammenarbeit mit Ärzten so aussieht, kommt die ganze Konzeption einer modernen Altenpflege ins Wanken, die besagt, dass jeder Mensch ein Anrecht auf eine gute fachliche Betreuung in diesen Einrichtungen hat, und dass die Würde des Menschen, auch des dementen, zu achten ist, bis zu seinem Tod.

Eine gute, vertrauensvolle und fachlich konsequente Zusammenarbeit mit den Fachärzten scheitert oft daran, dass diese Ärzte wegen ihrer Arbeitsüberlastung teilweise nicht bereit sind, überhaupt Heime aufzusuchen, und dass sie, wenn sie kommen, das Pflegepersonal viel zu wenig in die Therapiebemühungen mit einbeziehen.

Probleme bei der medikamentösen Therapie

Der sinnvolle Einsatz der medikamentösen Therapie bei Dementen scheint, wie die Vergangenheit beweist, ein besonders grosses Problem zu sein. Wenn ein Dementer sich zu einem Störfaktor auf einer Station entwickelt, wird überwiegend, auch teilweise unter dem Druck des Pflegepersonals, versucht, ihn mit viel zu hohen Dosen Psychopharmaka in den Griff zu bekommen. Dabei kommen darüber hinaus des öfteren standardmässig Medikamente zum Einsatz, die vielleicht überhaupt nicht für die Behandlung dieser Patientengruppe geeignet sind.

Dabei werden wichtige Faktoren ausser acht gelassen, wie

- Arzneimittelinteraktionen
- Blutdruckverhältnisse des Kranken
- durch Diabetes bedingte Auswirkungen
- Wahnerlebnisse mit den dadurch bedingten Phobien

Es werden teilweise Dosierungen angeordnet, die nicht einen positiven, sondern einen Verschlimmerungseffekt bei dem Dementen erzielen.

Diese Probleme haben bei der medikamentösen Therapie zwei wichtige Hauptursachen:

1. Die meisten Ärzte, die ins Heim kommen, also praktische Ärzte und Internisten, befassen sich vielleicht aufgrund ihrer Fachrichtung zu wenig mit dem Einsatz von Psychopharmaka und bringen somit die ihnen bekannten standardmässigen Mittel zum Einsatz. Psychiater dosieren Psychopharmaka teilweise sehr hoch, ohne die verschriebenen Medikamente des Hausarztes dabei zu berücksichtigen.

2. Die unzureichende Sachkenntnis des Pflegepersonals auf dem Gebiet der Medikamentenlehre, die in den Ausbildungen bis heute immer noch zu kurz kommt, führt dazu, dass Auswirkungen der Therapie entweder überhaupt nicht erkannt oder unter- bzw. überschätzt werden. Dabei ist im besonderen die Krankenbeobachtung im Nachtdienst zu nennen, die meist unzulänglich ist, wobei nächtlich bedingte Unruhe durch Blutdrucksenkungen oder mangelnde Flüssigkeitszufuhr bei den Betroffenen nicht erkannt wird. Es kommt zur Verabreichung von weiteren «bei Bedarf» angeordneten Psychopharmaka, die den schlechten Zustand des Kranken noch verstärken. Auch extrapyramidale Störungen werden des öfteren nicht richtig erkannt oder als «dazugehörig» zur Kenntnis genommen.

Daraus resultiert eine nicht fachkompetente Kommunikation mit dem behandelnden Arzt, der ja auf die Beobachtungen des Pflegepersonals weitgehend angewiesen ist.

Durch diese Probleme wird eine sinnvolle medikamentöse Therapie, die für den Dementen eine bessere Lebensqualität bringen sollte, zum Teil in Frage gestellt.

Probleme bei der Aktivierung und Führung Dementer

Die geschilderten Problemkreise haben alle eine Auswirkung auf die Aktivierung und Führung Dementer. Demente geben nun einmal äusserlich das Bild ab, als könne man mit ihnen wenig oder gar nichts anfangen. Sie wirken zerfahren, unruhig, umtrieben, teilweise aggressiv gegen andere, der Tag- und Nachtrhythmus ist

BVG-Kassenbeiträge

muss der Arbeitgeber mit einer Saat bezahlen, die er noch gar nicht ernten kann.



Ganz anders bei der

SHP Pensionskasse. Sie

ermöglicht, dann zu zahlen,

wenn das Geld verdient ist:

zum Beispiel monatlich,

vierteljährlich, halbjährlich

oder am Jahresende. Wir finden eben, dass Leben und Sicherheit eine sehr persönliche Angelegenheit sind. Deshalb können Sie bei uns auch jedem Ihrer Angestellten einen individuellen Vorsorgeplan einrichten. Und, wir garantieren Arbeitnehmern seit Jahren Freizügigkeit. Sie sehen, es lohnt sich, einmal über Ihre jetzige Altersversicherung nachzudenken und unseren Peter Stürm anzufragen. Er gibt Ihnen gerne nähere Auskünfte. Zum Beispiel über die zusätzliche Gewinnausschüttung – die SHP ist nämlich auch eine Genossenschaft.

☐ Darüber möchte ich Genaueres wissen. Bitte, senden

Sie mir kostenlos und unverbindlich Ihre Broschüre.

☐ Ich möchte einen Termin mit Peter Stürm vereinbaren.

Rufen Sie mich an unter Telefon: _____

Name/Vorname: _____

Firma: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Bitte senden an: SHP Pensionskasse für Spital-, Heim- und Pflegepersonal,
Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon 01/252 53 00

SH



Leben, wie es Ihnen passt.

Aber sicher.

gestört, sie sind zeitlich, örtlich und zur Person nicht voll orientiert, wie es in der Fachsprache heisst.

Das Pflegepersonal hat voll mit den dadurch aufkommenden Schwierigkeiten und der verstärkten körperlichen Versorgung und den Aufsichtspflichten zu tun, dazu fehlen meist noch die geeigneten Räumlichkeiten auf den Stationen und das nötige Fachpersonal, um diese Gruppe der Bewohner intensiv zu betreuen.

Die Folge davon ist, dass die Dementen

- wenig Ansprache bekommen
- auf der Station umherirren
- zum Weglaufen neigen
- in andere Zimmer gehen und somit den Ärger mit den klaren Bewohnern heraufbeschwören.

Einige von ihnen stehen unter hoher Dosierung von Psychopharmaka, und die dadurch bedingten extrapyramidalen Störungen mit Salbengesicht und unkoordinierten Bewegungsabläufen kennzeichnen sie für jeden aussenstehenden Besucher direkt auffällig.

Ein Nichterkennen der Bedürfnisse Dementer, die Unterschätzung noch vorhandener Fähigkeiten und der hektische Betrieb auf den Stationen, die dem Heimbewohner wenig Chancen lässt, wieder selbständig tägliche Verrichtungen ausführen zu können, führt letztlich zu einer körperlichen Entmündigung durch das Pflegepersonal und zu einer Verkümmern von noch aktivierbaren Gehirnzellen. Dazu kommen Ratlosigkeit, persönliche Hemmungen und zum Teil auch ein Desinteresse mancher Mitarbeiter.

Man zieht sich lieber auf pflegerische Tätigkeiten und Nebenarbeiten zurück, mit der Begründung, dass man zuwenig Personal habe und die Hygiene auf der Station ein wichtiger Punkt sei. Ausserdem könne man es nicht riskieren, Demente zum Beispiel mit Messern, Bügeleisen, Farben, Knetmasse usw. arbeiten zu lassen, da ja eine Verletzungs- und Vergiftungsgefahr bestände.

Erschwert wird eine Aktivierung und Führung auch durch uneinsichtiges Verhalten von Angehörigen, die sich dagegen wehren, weil sie die Wertigkeit solcher Aktionen nicht erkennen und sagen: «Mein Vater, meine Mutter haben ihr Leben lang gearbeitet, nun sollen sie verwöhnt werden, ausserdem bezahlen wir ja genug dafür.»

Zum einen gibt es Probleme bei der Aktivierung und Führung auch durch die unterschiedlichen Formen der Demenz, die zum Beispiel, auf den ersten Blick gesehen, bei einigen Bewohnern eine Gruppenfähigkeit ausschliessen.

Zum anderen fehlt die Verordnung der wichtigen aktivierenden Ergotherapie durch die zuständigen Ärzte. Dazu kommt noch das häufig anzutreffende Desinteresse von Trägern solcher Einrichtungen, die vielleicht aus Kostengründen diese Aktivitäten nicht unterstützen.

Fachblatt-Abonnement und Stelli

Die VSA-Geschäftsstelle erhält immer wieder Anfragen betreffs Abonnentenbezug Fachblatt ohne Stelli.

Leider ist es uns aus EDV-Gründen nicht möglich, die Adresskartei und damit den Versand zu trennen.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ihre Fachblatt-Redaktion

Die aktivierende, integrative Betreuung von gerontopsychiatrischen Heimbewohnern

Eine Lösung der bisher geschilderten Probleme bietet das «Dortmunder Modell». Dieses Modell ist in jedem Alten- und Pflegeheim mit den simpelsten Mitteln durchführbar. Die Art der Konzeption muss aber jeder Einrichtung entsprechend abgestimmt werden.

Das Raumprogramm

Gruppenräume von ausreichender Grösse, mit guter Belichtung und Belüftung, in der Nähe befindliche Toiletten-Anlage, Zugang zu einer Gartenanlage für ausreichende Bewegung an frischer Luft. Flurbereiche für Bewegungsmöglichkeiten bei schlechtem Wetter.

Die Raumausstattung

Minimalanforderung

Küchenzeile, ohne Spülmaschine, mit Doppelspüle

Schränke zur Unterbringung von Materialien

Tische mit robusten Arbeitsplatten und bequemen, altengerechten Stühlen

Fernsehgerät, Radio, Plattenspieler, Kassettenrekorder, eventuell Videorekorder

Die Zielgruppe

Maximal zwanzig Heimbewohner in einer Gruppe, mit Erkrankungen vom Pick-Alzheimer-Typ und zerebrovaskulärer Insuffizienz. Die Zielsetzung in der Betreuung ist ein Aktivierungs- und Lebensgestaltungsprogramm, welches die seelische, geistige und körperliche Beweglichkeit des einzelnen gerontopsychiatrischen Heimbewohners erhält, verbessert und drohender Verschlechterung der Krankheit vorbeugt.

Grundsatzüberlegungen

Jegliche Art der Überversorgung, die in eine körperliche Entmündigung durch das betreuende Personal führt, ist zu vermeiden, indem noch vorhandene geistige und körperliche Fähigkeiten aus dem Langzeitgedächtnis gefördert werden, wie die Ausführung von hauswirtschaftlich-praktischen Tätigkeiten, tägliches Aus-der-Zeitung-Vorlesen, Tagesdatum und Uhrzeit benennen und das Wetter schildern.

Spezielle Angebote für die Betroffenen, wie Selbsthilfetraining, Realitäts- und Orientierungstraining, Gedächtnisübungen, Gruppengespräche usw.

Pflegeangebote müssen sich an den noch vorhandenen Fähigkeiten des einzelnen Bewohners orientieren und zu einem lebenspraktischen Training führen, wie Körperpflege, Ankleiden, Kontinenztraining.

Bei allen Mahlzeiten, die in der Gruppe eingenommen werden, muss die Selbständigkeit beim Schmieren von Broten, Auffüllen von Speisen, Schneiden von Fleisch, Essen mit Messer und Gabel sowie die Einnahme von Getränken geübt und gefördert werden.

Auch die Herstellung von Mahlzeiten für die Gruppe, in Verbindung mit hausfraulichen Tätigkeiten, wie Gemüseputzen, Kochen, Backen, gehört mit zur Anregung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten.

Weitere therapeutische Angebote

Die Anwendung einfacher Werktechniken, die nicht den Anspruch einer qualifizierten Beschäftigungstherapie haben, wie

Schneiden, Reissen, Kleben, Malen, Umgang mit Modellier- und Knetmasse, dienen der Förderung der Feinmotorik.

Die Anfertigung von Raumschmuck lässt teilhaben an der Vorbereitung von Festen, die, jahreszeitlich bedingt, auch die zeitliche Orientierung fördern.

Bewegungsübungen in Form von gezielter Gymnastik, Tänzen und Sitztänzen, die durch ihre spielerische Rhythmik der Sensibilisierung der Sinnesorgane und der Körperwahrnehmung dienen.

Durch Liederraten, Singen und Musizieren mit Orff'schen Instrumenten wird das Altgedächtnis angesprochen und gefördert.

Kreis- und andere Gruppenspiele dienen der Lebensfreude und steigern die sozialen Kontakte.

Rate- und Tischspiele, der Umgang mit Zahlen und Worten, fördern die Sprache und das Verständnis für die nächste Umgebung.

Gespräche mit aktuellen Bezügen, wie Themen aus der Tageszeitung, jahreszeitliche und örtliche Gegebenheiten, sollen zur zeitlichen und örtlichen Orientierung beitragen.

Kulturelle Angebote

Teilnahme an Gottesdiensten beider Konfessionen, Film- und Diavorführungen, Fernsehen, Rundfunk, Video, Musikhören

Teilnahme an Festen und Feiern, wie Geburtstage, Karneval, Sommerfeste, Advent und Weihnachten

Kleinere gemeinsame Ausflüge, Stadtbummel, Einkaufen

Kontaktpflege zu Angehörigen, Freunden und Bekannten

Medizinische Ziele

Reduzierung oder Abbau von Psychopharmaka und Schlafmitteln



Teleskop-Rampen aus Alu

Hindernisse meistern Sie wieder selbständiger...

und erst noch kostengünstiger. Die superleichten jedoch äusserst stabilen Teleskoprampen aus Aluminium sind ein ideales Hilfsmittel für Rollstuhlfahrer. Sie werden damit ein rechtes Stück unabhängiger. Wollen Sie unsere Modelle ausprobieren? Rufen Sie doch einfach an oder besuchen Sie unsern Vorführraum.

Bimeda AG
Rehabilitationshilfen
Heim- und Spitalbedarf

Kasernenstrasse 1
8184 Bachenbülach
Tel. 01 860 97 97

bimeda
damit Sie's leichter haben

Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr

Verbesserung von Sensibilität und Motorik

Steigerung der Kreislaufstabilität durch Kneipp'sche Anwendungen

Toiletentraining für Inkontinente

Medizinische Betreuung

Ausgabe der Medikamente und Durchführung der allgemeinen Pflege geschehen durch ausgebildete Mitarbeiter

Intensive Koordination allgemeinmedizinischer, psychiatrischer und sozialer Dienste

Führung einer Pflegedokumentation mit Beobachtungsberichten und medikamentöser Therapie für jeden Heimbewohner

Tägliche Dienstübergabebesprechungen mit dem gesamten Team

Personelle Besetzung

Nur auf freiwilliger Basis:

Langfristig angestellte Beziehungstherapeuten, wie examinierte Altenpfleger/innen, Krankenschwestern oder -pfleger mit Psychiatrieerfahrung

ABM-Kräfte mit entsprechender Vorerfahrung

Zivildienstleistende

Fortbildung

Regelmässige hausinterne und externe Fortbildung mit entsprechenden Themen

Supervision

Regelmässige Supervision mit dem gesamten Team durch eine externe Fachkraft

Betreuungszeit

Montags bis sonntags von 7.30 bis 19.45 Uhr

Angehörige

Bildung eines Angehörigenbeirats

Besuche und Beteiligung der Angehörigen in der Gruppe sind erwünscht

Tagesablauf auf der aktivierenden Station

Nachdem die gerontopsychiatrischen Heimbewohner auf ihren Stationen mit der Grundpflege und einem Duschbad, das, nach der Kneipp'schen Lehre durchgeführt, der Anregung des Kreislaufs dient, versorgt worden sind, werden sie von den Mitarbeitern der Station ab 7.30 Uhr zur aktivierenden Station gebracht.

Dort helfen einige den Tisch decken und das Frühstück vorbereiten; danach schmieren sich die Bewohner, soweit möglich, selbst ihre Brote. Die Frühstückszeit zieht sich oft bis 9.30 Uhr hin, da es zur Konzeption gehört, die Mahlzeiten in grosser Ruhe einzunehmen.

Nach dem Frühstück wird unter Mithilfe der Gruppenteilnehmer das Geschirr gespült. Anschliessend werden aus der Tageszeitung ausgewählte Artikel vorgelesen, ausserdem über das Tagesdatum, Uhrzeit und Wetter gesprochen.

Es folgt das für den Tag geplante Aktivitätenprogramm, welches einmal wöchentlich vom gesamten Team erstellt wird. Die Angebotspalette reicht von Malen, hausfraulichen Tätigkeiten, Kreis-

spielen, Singen, Tischspielen usw. bis zu Aussenaktivitäten bei jedem Wetter. Ruhephasen der Bewohner, die schon einmal dabei einschlafen, gehören mit zu den Normalitäten eines Tagesablaufes. Zwischendurch wird immer wieder ein Getränk angeboten. Gegen elf Uhr beginnt das tägliche Toilettentraining für Inkontinente, welches aber den Gruppenablauf nicht stört.

Um 11.30 Uhr beginnen die Vorbereitungen für das Mittagessen, das aus der Heimküche geliefert wird.

Nach dem Mittagessen werden die Bewohner von den Teammitgliedern zum Mittagsschlaf auf ihre Stationen zurückgebracht.

Während der Mittagsruhe erfolgen die Übergabe an die Spätschicht und ein Übergabegespräch, jeden Tag auf einer anderen Station.

Gegen 14.30 Uhr kommen die Bewohner auf die aktivierende Station zurück, und der Nachmittag beginnt wieder mit Kaffeetrinken, Abwaschen, Aktivitätenprogramm, Toilettentraining und Abendbrot.

Um 19.30 Uhr werden die Bewohner, die nach dem Tagesablauf gesund müde sind, auf ihre Stationen zurückgebracht und dort von den Stationsmitarbeitern für die Nachtruhe vorbereitet.

Erfahrungswerte

Nach den Anfangsschwierigkeiten, die einfach zur Gründung einer aktivierenden Station dazugehören, wie

- Anlaufschwierigkeiten im Team, bedingt durch die neue und fremde Arbeitsweise,
- der Feststellung der Gruppenfähigkeit der Dementen,
- dem Einüben der Essgewohnheiten und dem Aufbau der sozialen Kontakte zu den Mitarbeitern,

wurden die Erfolgserlebnisse, die das Team erfahren hat, von einigen Rückschlägen abgesehen, immer grösser.

Zwei Beispiele:

Frau F., 79 Jahre alt, die seit fünf Jahren an der Pick-Alzheimer Krankheit leidet, sass vor der Einführung der aktivierenden Station nur stumpfsinnig und regungslos, ohne ein Wort zu sprechen, auf der Station. Nach einem Jahr der Aktivierung hat sie nach vier Jahren zum erstenmal wieder mit ihrer Tochter sprechen können, sie kann alleine essen und ihre Mimik funktioniert wieder.

Herr B., 81 Jahre alt, der vorher umtriebig auf der Station umherlief, die Mitbewohner erheblich störte und zum Weglaufen neigte, kann jetzt lange Zeit ruhig sitzen und sich auf Dinge, die um ihn herum passieren, konzentrieren. Die Weglauftendenzen sind völlig verschwunden.

Die Reihe der kleinen und grossen Fortschritte bei den dementen Heimbewohnern ist beliebig fortzusetzen, und dabei kommt es darauf an, dass die Betonung auf den kleinen Fortschritten liegt, die leider oft völlig übersehen werden. Oftmals erkennt man den Erfolg daran, dass die Dementen von den klaren Bewohnern kaum noch unterschieden werden können, da sich ihr Gesamtverhalten geändert hat.

Viele Mitarbeiter von Heimen, die sich dieses Modell angesehen haben, haben es nachgemacht. Es gab aber auch etliche, denen die Einfachheit dieser Konzeption Angst gemacht hat, da wir es in der heutigen Betreuung verlernt haben, in einfachen Dimensionen zu denken, indem wir die tatsächlichen Bedürfnisse der gerontopsychiatrischen Heimbewohner erkennen und uns ihre früheren Lebensgewohnheiten in der Therapie zunutze machen.

Wir sind aber alle aufgerufen mitzuhelfen, die Lebenssituation der gerontopsychiatrischen Heimbewohner zu verbessern, denn *es gibt nichts Gutes, ausser man tut es!*

Adresse des Verfassers: Detlef Scholz, Auf der Schützeneich 5a, D-5093 Burscheid.



OSTSCHWEIZERISCHE SCHULE
FÜR SOZIALPÄDAGOGIK
MÜLLER-FRIEDBERGSTR. 34
9400 RORSCHACH
071/42 28 42

Berufsbegleitende
Ausbildung zum/zur
Sozialpädagogen/in
Kurs I: 1991-1994

Auf der Basis der SAH-Grundanforderungen vermittelt die Berufsbegleitende Ausbildung (BBA) ihren AbsolventInnen die theoretischen Grundlagen und die systematische Vorbereitung und Reflexion für die berufliche Tätigkeit von SozialpädagogenInnen.

Ausbildungsmodell:

Der Lernprozess in der BBA verläuft in enger Verbindung zwischen den beiden Lernfeldern Schule und Praxis. Die schulischen Inhalte werden deshalb in Form von **Themenkreisen** vermittelt, welche mehr oder weniger direkt in die praktische Tätigkeit umgesetzt und im schulischen Kontext wieder ausgewertet werden.

Die Themenkreise beinhalten Grundlagen- und Handlungstheorien aus den relevanten Fachdisziplinen.

Ausbildungsform:

- 14 Theoriekurse à 1 oder 2 Wochen
- Studientage, regelmässig 14tägig
- Praxisaufgaben, Projekte
- Persönliche Lernbegleitung, Supervision
- Diplomarbeit

Ausbildungsdauer: 3½ Jahre

Ausbildungsbeginn: Januar 1991

Anmeldung:

bis Ende September 1990 inkl. Arbeitsplatzzusicherung

Informationsveranstaltungen: 22. März und 17. Mai 1990 (auf Voranmeldung)

Unterlagen sind erhältlich beim Sekretariat der OSSP.

REDI AG Treuhandbüro
für Heime, Kliniken und Kurhäuser

— Wir **organisieren** bzw.
reorganisieren Ihren
administrativen Bereich.

REDI AG 8500 Frauenfeld
Telefon 054 21 09 21