

Modellprojekt „Alt sein – und nicht allein“

von SALUS e.V. und der Landdienste GmbH, Dötlingen

gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen
im Rahmen des
Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI



Materialien - Band 3

DEMENTIA CARE MAPPING

Gesamtergebnisse der 3-jährigen DCM-Beobachtungsstudie
in den Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz der Landdienste GmbH

2007, 2. überarbeitete Auflage 2008



Ambulante Pflege
Landdienste



SALUS e.V.

Pflege Consult

Dr. Jörg Hallensleben

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung	4
1 Die Personzentrierte Pflege	5
2 Dementia Care Mapping	6
2.1 Einführung	6
2.2 Anmerkungen zum grundsätzlichen Verständnis des DCM-Verfahrens	7
3 Gesamtauswertung der DCM-Ergebnisse	8
3.1 Darstellung der Datensätze	8
3.2 Ergebnisse für die Wohngemeinschaft Oldenburg	8
3.2.1 Veränderungen und Verläufe des Wohlbefindens (WIB)	9
3.2.2 Veränderungen der Verhaltenskategorien (BCCs)	11
3.3 Ergebnisse für die Wohngemeinschaft Ganderkesee (Heide)	13
3.3.1 Veränderungen und Verläufe des Wohlbefindens (WIB)	14
3.3.2 Veränderungen der Verhaltenskategorien (BCCs)	15
Fazit	18
Anhänge	19
A1 Beispiele verbesserungswürdiger Praxis	19
A2. Beispiel guter Praxis und deren Intensivierungsmöglichkeiten	20

Autor:

André Hennig

Inverso – Institut für Bildung und Beratung in der Altenhilfe, Mainz

Einleitung

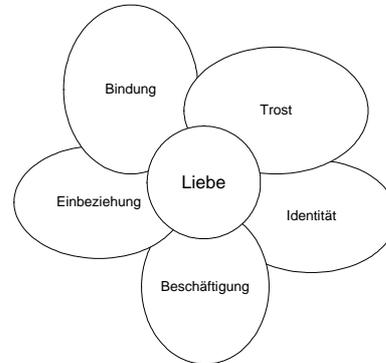
Den enormen Belastungen der Pflege eines demenzkranken Angehörigen sind auf Dauer nur relativ wenige Angehörige gewachsen. Also führt der Weg demenzkranker Menschen zumeist ins Pflegeheim. Allerdings gilt die Versorgung dieser großen Personengruppe in vielen herkömmlichen Pflegeheimen der 2. und 3. Generation als verbesserungswürdig. Vor diesem Hintergrund initiierte die Ambulante Pflege Landdienste, ein in Dötlingen/ Niedersachsen ansässiger Pflegedienst, Ende 2003 das Projekt „Alt sein – und nicht allein“. Bald wurde sie dabei unterstützt durch den gemeinnützigen Verein *Salus*. Gefördert im Rahmen des vom *VdAK* koordinierten Modellprogramms der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI konnten Ende 2004 zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften im nordwestlichen Niedersachsen gegründet werden. Eine dritte WG etablierte sich zur Jahreswende 2006/2007.

Mit der *Materialienreihe* des Projekts „*Alt sein – und nicht allein*“ legen die Initiatoren umfänglich Rechenschaft ab über die Entwicklung des auf 4 Jahre angelegten Projekts. Im vorliegenden 3. *Materialien-Band* (Verfasser: *Andre Hennig*) werden die Ergebnisse der Dementia Care Mappings vorgestellt, die zwischen Nov 2004 und Juni 2007 in den beiden ersten Projekt-Wohngemeinschaften durchgeführt wurden.

1 Die Personzentrierte Pflege

Die Personzentrierte Pflege ist ein Modell zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz, das durch den englischen Sozialpsychologen Tom Kitwood in den 90er-Jahren entwickelt wurde. Über viele Beobachtungsstudien konnte Kitwood die Momente des Wohlseins und Unwohlseins von Menschen mit Demenz erkennen, die durch Pflege- und Betreuungskräfte beeinflusst und hervorgerufen werden können. Zudem entwickelte er ein Verständnis von Demenz, nachdem das Personsein von Menschen durch die Demenz bedroht ist und zu verschwinden droht. Pflege und Betreuung kann – Kitwoods Erkenntnis nach – die Demenz in ihrem Verlauf abmildern und sogar den Zustand der Person verbessern (sog. Remenz).

Abbildung 1: Bedürfnismodell zu Menschen mit Demenz



Zentral ist seine Behauptung, das Personsein nicht angeboren ist, sondern im Verlauf des Lebens von anderen Menschen immer und immer wieder verliehen wird. Über ein Bedürfnismodell (siehe Abb. 1) identifizierte Kitwood 10 Momente, die das Potential haben positiv auf das Wohlbefinden und das Personsein von Menschen mit Demenz zu wirken; demnach dem Menschen mit Demenz sein Personsein zu verleihen (siehe Abb. 2).

Abbildung 2: 10 Momente des Wohlbefindens



↳ **Es geht immer darum positiv besetzte Selbstwahrnehmungen zu ermöglichen!**

Abbildung 3: Negative Arbeit an der Person



Darüber hinaus erkannte Kitwood durch seine Beobachtungen eine Vielzahl von Momenten, die das Wohlbefinden negativ beeinflussen können und das Personsein gefährden, bzw. untergraben (siehe Abb. 3)

2 Dementia Care Mapping

2.1 Einführung

Dementia Care Mapping ist ein englischer Ausdruck für ein Verfahren zur Beobachtung der Pflege von Menschen mit Demenz und wird mit DCM abgekürzt. Ziel des DCM-Verfahrens ist, den Pflege- und Betreuungsprozess von Menschen mit Demenz detailliert abzubilden, um positive Merkmale erfassen zu können und um Schwächen in der Pflege und Betreuung zu sehen. Beide Aspekte sind Voraussetzung, um den Pflege- und Betreuungsprozess insgesamt zielgerichtet zu verbessern. Die Erfassung dessen, was Menschen mit dementiellen Veränderungen im Laufe eines Tages tun und wie sie sich bei diesem Tun fühlen, ermöglicht den Pflege- und Betreuungskräften, die alltäglichen Erfahrungen der BewohnerInnen zu verstehen und diesen Erfahrungen Sinn zu verleihen. Aufbauend auf dem Modell der personenzentrierten Pflege entwickelte Kitwood dieses Beobachtungsverfahren. In Abständen von jeweils 5 Minuten notiert sich der Beobachter (Mapper) welches Verhalten der Bewohner zeigte und welches Wohlbefinden/Unwohlsein dabei beobachtet werden konnte. Die nachstehenden Verhaltenskategorien werden im Bericht immer mit BCC (engl. *Behaviour Category Coding*) abgekürzt.

BCC	Stichwort	Allgemeine Beschreibung der Kategorie
A	Articulation	Mit anderen interagieren, ohne offensichtliche andere Aktivität
B	Borderline	Sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise
C	Cool/Kalt	Sozial nicht miteinbezogen sein, in sich gekehrt
D	Distress	Stress ohne Begleitung
E	Expression/Selbstaussdruck	Mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein
F	Food/Essen	Essen und Trinken
G	Games/Spiele	An einem Spiel teilnehmen
H	Handicraft/Werken	An einer handwerklichen Tätigkeit teilnehmen
I	Intellectual	Aktivitäten, die sich auf intellekt. Fähigkeiten konzentrieren
J	Joints/Gelenk	An einer sportlichen oder gymnastischen Übung teilnehmen
K	Kum&Go/Kommen&Gehen	Unabhängiges Gehen, Stehen oder Fortbewegen
L	Labour/Arbeit	Arbeit oder Pseudo-Arbeit
M	Media/Medien	Sich mit Medien beschäftigen
N	Nod, Land of/Schläfchen	Schlafen oder Dösen
O	Own Care/Selbstpflege	Sich unabhängig selber pflegen
P	Physical Care/Körperpflege	Praktische, physikalische oder personale Pflege erfahren
R	Religion	An einer religiösen Aktivität teilnehmen
S	Sex	Tätigkeit mit explizit sexuellem Selbstaussdruck
T	Timalation/Basale Stimulation	Beschäftigung mit sinnl. Wahrnehmung
U	Unresponded to/ohne Antwort	Kommunizieren ohne Antwort
W	Withstanding/Aushalten	Repetitive Selbststimulation / hospitalisierte Bewegungen
X	X-cretion/Ausscheidung	
Y	Yourself/Halluzination	Mit sich selber oder einer imaginären Person sprechen
Z	Zero Option/Nulloption	Verhalten, das in keine der Kategorien passt
V	Vacant	nicht anwesend

Das Wohlbefinden und Unwohlsein des Bewohners wird als etwas betrachtet, das einen Bereich umfasst, eine Ausdehnung hat. Diesen Bereich kann man sich in sechs Stufen unterteilt vorstellen. Im Abstand von ebenfalls 5 Minuten wurde für jeden der im Gemeinschaftsbereich zu beobachtenden

Bewohner ein positives oder negatives Wohlbefinden aufgezeichnet. Der Wohlbefindens-Wert wird im Bericht immer mit WIB (engl. Well-/Ill-Being) abgekürzt.

+5	außerordentliches Wohlbefinden- etwas besseres ist kaum vorstellbar, sehr hoher Ausdruck von Beteiligung, Selbstaussdruck oder sozialer Interaktion
+3	erhebliche Anzeichen des Wohlergehens; z.B. in Bezug auf Beteiligung, Interaktion oder Aufnahme von Sozialkontakten
+1	Der/die Beobachtete wird mit der gegenwärtigen Situation ganz gut fertig; gelegentliche Kontakte zu den anderen gegeben; Zeichen des Unwohlseins nicht vorhanden
-1	leichtes Unwohlsein sichtbar; z.B. Langeweile; Rastlosigkeit oder Frustration
-3	beträchtliche Anzeichen von Unwohlsein; z.B. Traurigkeit, Angst oder nachhaltiger Ärger; allmähliches Abstürzen in Apathie und Rückzug
-5	Extreme (erhebliche) Zustände von Apathie, Rückzug, Wut, Trauer oder Verzweiflung

2.2 Anmerkungen zum grundsätzlichen Verständnis des DCM-Verfahrens

Das Verfahren wurde entwickelt, um die Pflegequalität von Menschen mit Demenz abzubilden und durch diese Evaluation und die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen Veränderungsprozesse in einer Einrichtung anzustoßen, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner orientieren. Demnach möchte DCM eine stellvertretende Perspektive des Bewohners zur Wirkung bringen und keine „Benotung“ der Demenzpflege anstellen.

Dagegen gibt es das Interesse - vornehmlich durch Behörden des Sozial- und Gesundheitswesens - DCM als ein Vergleichs- und Bewertungsinstrument von Altenpflegeeinrichtungen anzuwenden; im Sinne eines Benchmarkings¹. Ein System, wie das Sozial- und Gesundheitswesen, wurde neben Verwaltungsaufgaben, aufgebaut, um Willkürlichkeiten, unterschiedliche Standards und Übervorteilungen in Einrichtungen zu reduzieren und kontrollierbar zu machen. Auch diese anwaltschaftliche Perspektive, für alle Menschen einer Gesellschaft, ist notwendig. Aus ihr darf jedoch nicht ein Anspruch an DCM erwachsen, Einrichtungen der Altenhilfe kontrollierbar zu machen, geschweige denn einen Vergleich anzustreben. DCM wurde anders konzipiert, zielt auf eine andere Wirkung und bildet demnach nicht das ab, was zum Benchmarking notwendig wäre. Darüber hinaus entspricht eine solche Anwendung nicht dem Selbstverständnis und Anspruch des Dementia Care Mappings (DCM).

¹ Benchmarking: wettbewerbswirtschaftliches Analyseinstrument; kontinuierlicher Vergleich von Produkten, Dienstleistungen und Herstellungsmethoden zur Analyse der Leistungsunterschiede einzelner Unternehmen“ (Quelle: www.wissen.de)

3 Gesamtauswertung der DCM-Ergebnisse

3.1 Darstellung der Datensätze

Die Analyse der Entwicklung der personenzentrierten Pflege mittels des DCM-Verfahrens basiert auf den nachfolgenden Datensätzen, die vom 24.11.2004 bis 12.07.2007 in zwei Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz der Landdienste GmbH erstellt wurden. Die nachstehende Übersicht dokumentiert die Zeiträume und Zeitabstände in den die insgesamt 10 Mappings durchgeführt wurden.

Mapping	WG Oldenburg	WG Ganderkesee	Abstand zum nächsten Mapping (Monate)
1	24.11.2004	/	7
2	22.06.2005	/	6
3	06.12.2005	06.12.2005	6
4	19.06.2006	19.06.2006	6
5	13.12.2006	13.12.2006	7
6	12.07.2007	12.07.2007	

Es wurden alle Daten, die während der Mappings erhoben wurden - Verhaltenskategorien (BCC) und Wohlbefindenswerte (WIB) - in die Analyse einbezogen. Da das Verhalten (BCC) und das Wohlbefinden/Unwohlsein (WIB) im Abstand von 5 Minuten dokumentiert wurden, ergaben sich für die Auswertung insgesamt 6068 Einzeldaten (je 3034 WIB und BCC). Im Durchschnitt konnten damit 606 Daten während eines Mappings generiert werden. Die folgende Tabelle weist den Umfang der Einzeldaten für die beiden Wohngemeinschaften der Landdienste aus:

Einrichtung	Beobachtungsdaten (WIB und BCC)	Analysierte Mappings	Beobachtete Bewohner insg.
WG Oldenburg	5.022	6	18
WG Ganderkesee	1.046	4	10

3.2 Ergebnisse für die Wohngemeinschaft Oldenburg

Über einen Zeitraum von knapp 3 Jahren (Nov 2004 bis Juni 2007) konnten während 6 Mappings insgesamt 18 verschiedene Bewohner beobachtet werden. Wie häufig einzelne Bewohner beobachtet werden konnten, zeigt die nachstehende Tabelle:

	24.11.2004	22.06.2005	06.12.2005	19.06.2006	13.12.2006	12.07.2007
Herr S.	■		■			
Herr T.	■					
Frau B.	■					
Frau L.	■	■	■	■		
Frau O.	■	■		■	■	
Frau K.		■	■	■	■	■
Frau W.		■	■	■	■	■
Frau B.		■				

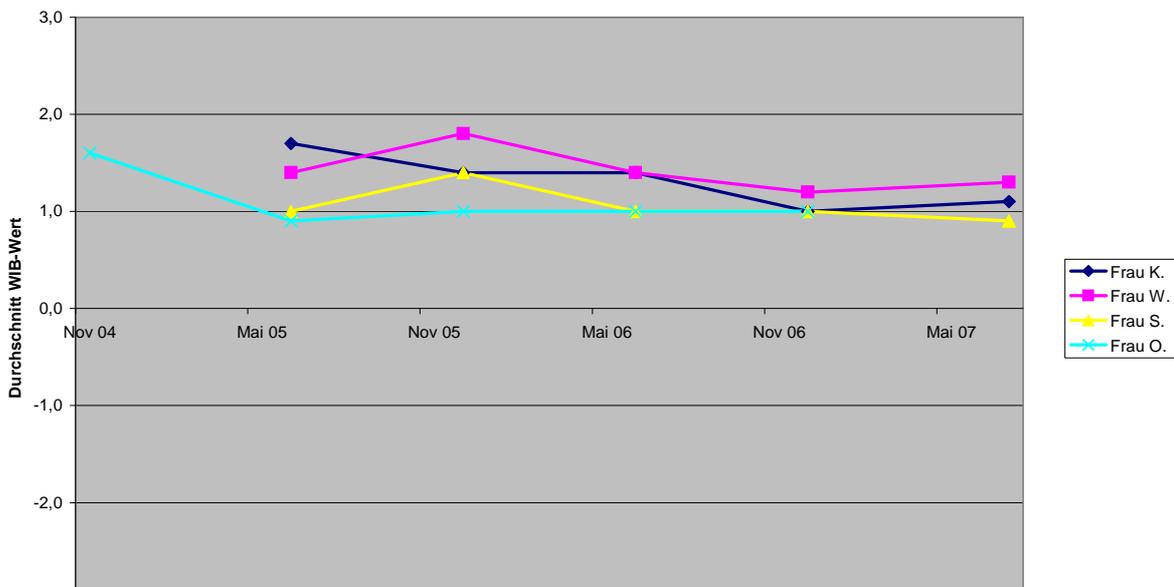
Herr S.						
Frau S.						
Frau R.						
Herr P.						
Frau P.						
Frau W.						
Herr L.						
Herr S.						
Frau K.						
Herr W.						

Demnach konnten 4 Bewohner einmalig, weitere 5 Bewohner zweimalig, 4 Bewohner dreimalig, 2 Bewohner viermalig und 3 Bewohner fünfmalig beobachtet werden.

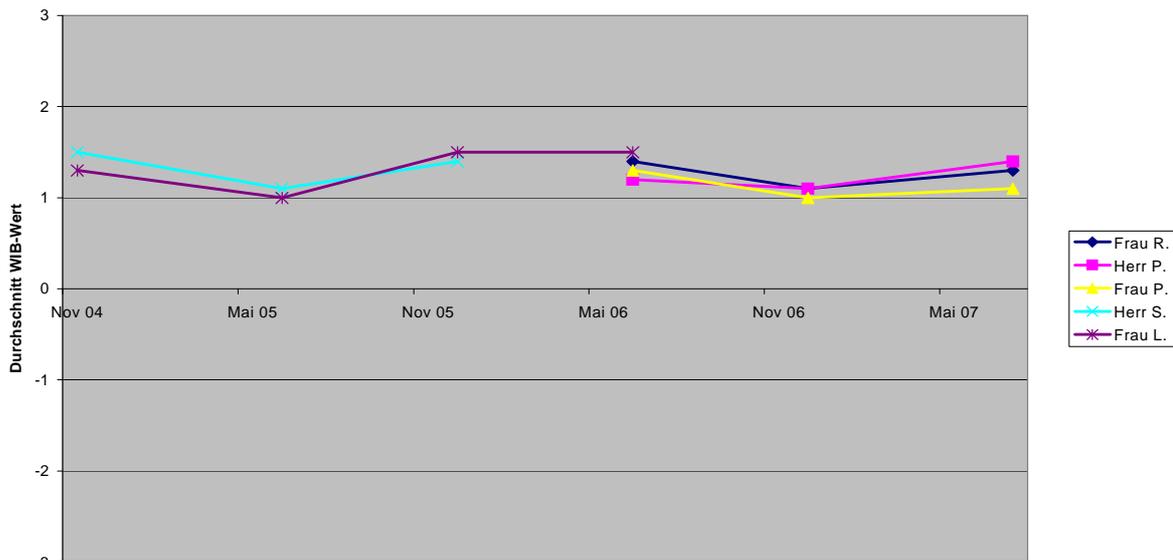
3.2.1 Veränderungen und Verläufe des Wohlbefindens (WIB)

Das durchschnittliche Wohlbefinden (WIB) der Bewohner an jedem Beobachtungstag wurde in den nachstehenden Graphiken im Verlauf über alle Beobachtungstage dargestellt. Dabei werden jeweils die Bewohner in einer Graphik gemeinsam dargestellt, die über einen ähnlich langen Zeitraum (3-Jahre, 2 bzw. 1,5-Jahre) beobachtet werden konnten. Auf eine Darstellung von Bewohnern, die nur ein- bzw. zweimal beobachtet werden konnten, wurde verzichtet.

Verlauf einzelner Bewohner der WG Oldenburg über 3 Jahre



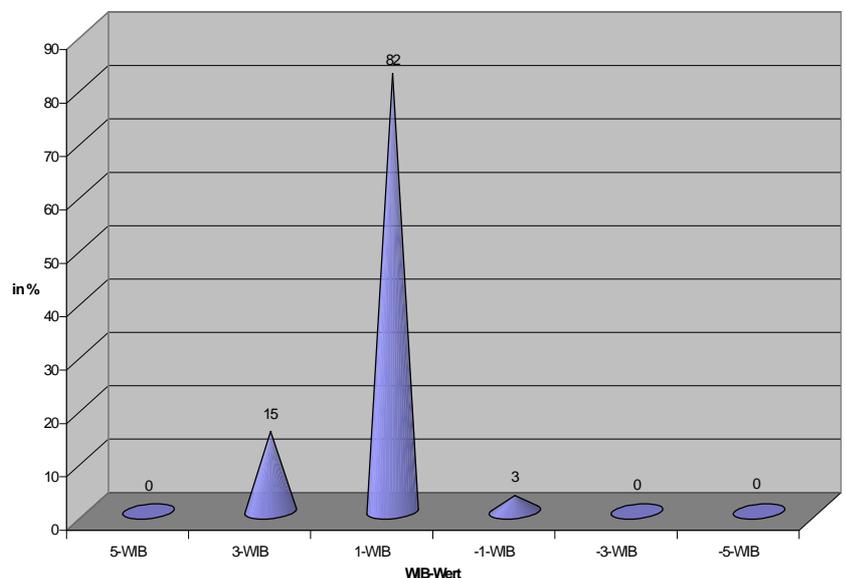
Verlauf der Bewohner über 1,5 bzw. 2 Jahre in der WG Oldenburg



Deutlich wird bei den meisten hier dargestellten Bewohnern eine heterogene Veränderung des Wohlbefindens zu Anfang und in deren Folge eine abgeschwächte, aber kontinuierliche Wohlbefindensentwicklung. Bis auf zwei Werte (Frau O.; Frau S.) liegen alle Werte über dem Wert 1,0. Demnach befand sich kein Bewohner über die Zeit von knapp 3 Jahren in einem negativen Bereich, sondern in einem Wohlbefindensbereich der folgendermaßen beschrieben werden kann: Die Bewohner kommen mit ihrer Situation gut zurecht, sind nicht überfordert, sondern zeigen vielfache Momente des Wohlbefindens auf, die zu einem Wert über 1,0 führten. Eine stetige Erhöhung des Wohlbefindens kann bei Menschen mit Demenz nicht als Qualitätskriterium dienen, da die Demenz grundsätzlich einen regredierenden Verlauf zeigt und überdies bei alten Menschen oftmals multiple Gesundheitseinschränkungen vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist die Stabilisierung des Wohlbefindens auf einem Wert um und über 1,0 als zufrieden stellend zu deuten.

Insgesamt konnten in der WG Oldenburg lediglich in 3 % aller Beobachtungseinheiten ein geringes Unwohlsein (-1) ausgemacht werden. Dagegen wurden in 82% der Situationen ein normales (+1) und in 15% aller Beobachtungseinheiten ein hohes Wohlbefinden (+3) offensichtlich.

WB-Wert-Verteilung über 3 Jahre in der WG Oldenburg

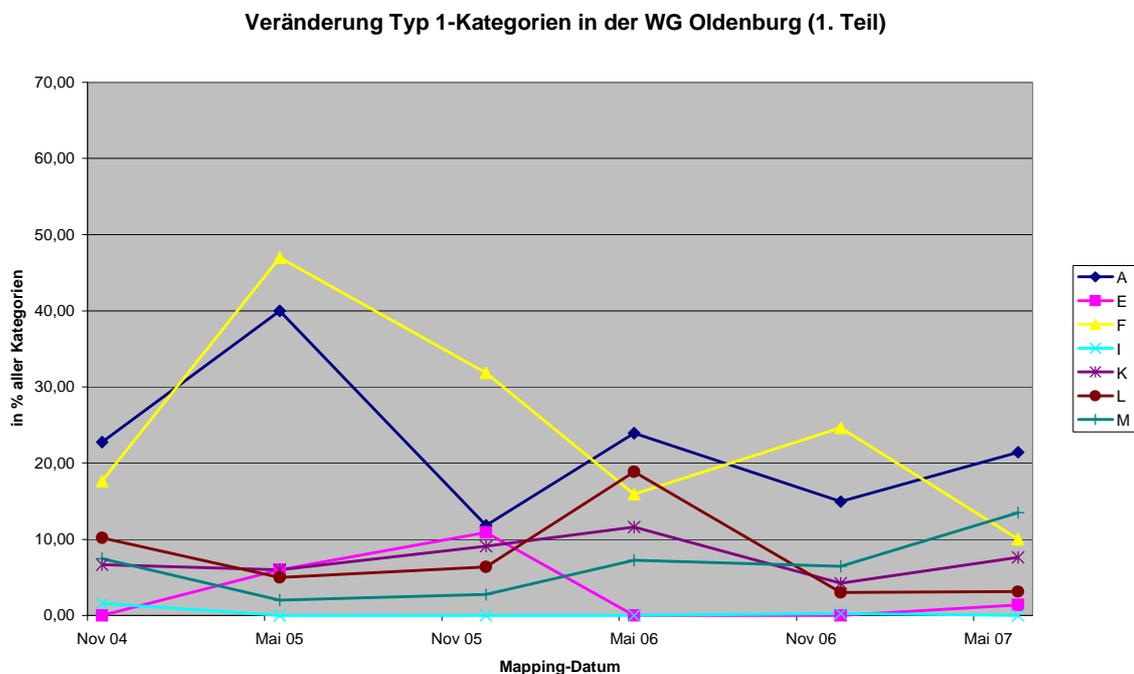


3.2.2 Veränderungen der Verhaltenskategorien (BCCs)

Die Verhaltenskategorien zeigen auf, welches Verhalten die Bewohner über die Beobachtungszeit zeigten. Wie unter Punkt 2. zu ersehen ist, differenziert das DCM-Verfahren insgesamt 25 Verhaltenskategorien. Diese wurden durch Kitwood nochmals in so genannte Typ 1- und Typ 2-Kategorien unterschieden. Erstere besitzen das Potential das Personsein zu nähren, demnach das Wohlbefinden zu steigern und dem Menschen positive Selbstwahrnehmungen zu ermöglichen. Typ 2-Kategorien besitzen dieses Potential nicht, sondern stellen Verhaltensformen dar, welche das Wohlbefinden untergraben und überdies das Personsein gefährden.

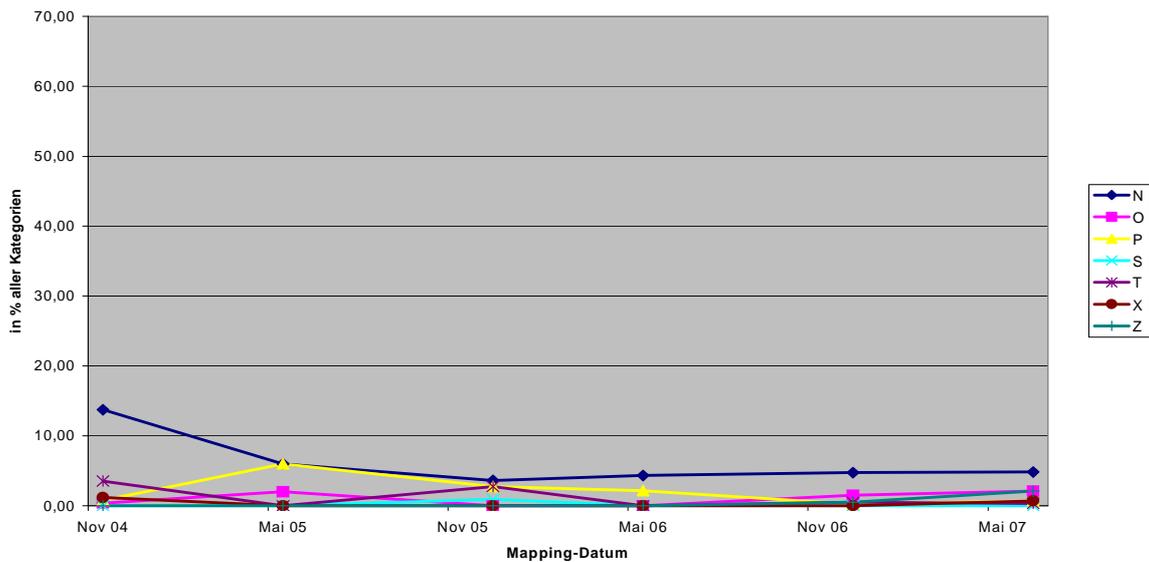
Veränderungen der Typ 1-Verhaltenskategorien (BCCs)

Aufgrund der Vielzahl der Verhaltenskategorien und zur besseren Übersicht, wurden die Ergebnisse zu den Typ 1-Kategorien in zwei Graphiken dargestellt:



Die Veränderungen der Anzahl der Verhaltenskategorien (in %) sind heterogen. So sinken im Verlauf der 3 Jahre die Momente des Essens & Trinkens (F) und die der reinen Kommunikation (A). Beides kann als sehr positiv gewertet werden, da erstens das Essen und Trinken zur Grundversorgung zählt und nicht zur Gestaltung des Alltags. Und zweitens die reine Kommunikation zugunsten der höher zu bewertenden Kommunikation begleitend zu anderen Tätigkeiten (z.B. während der gemeinsamen Beschäftigung mit Medien (M; wie Zeitungen, Bildbänden, etc.) gewichen ist. Die Arbeit (L) in der Wohngemeinschaft (z.B. Tisch decken, abspülen, etc.), Momente des kreativen Ausdrucks (E; z.B. Basteln, Singen), der intellektuellen Beschäftigung (I; z.B. Kreuzworträtsel lösen) und auch des Umhergehens in der Wohngemeinschaft konnten zu wechselnden Anteilen beobachtet werden.

Veränderung Typ 1-Kategorien in der WG Oldenburg (2. Teil)

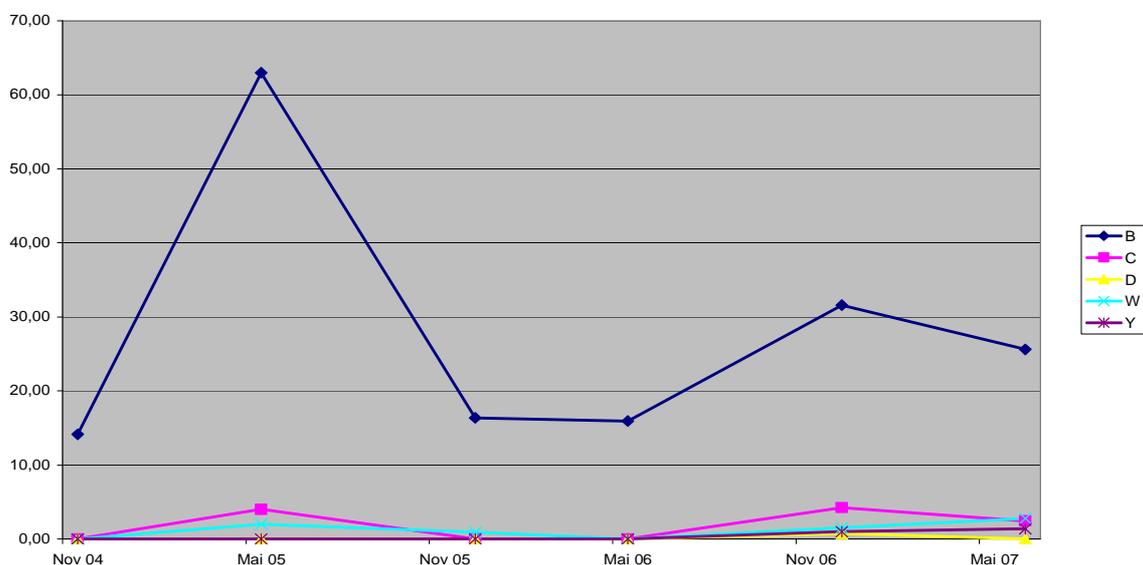


Die Verhaltenskategorien der Beschäftigung mit sich selbst (O; z.B. Naseputzen), des Pflege-Erhaltens (P; z.B. Haare kämmen), der Beschäftigung mit sinnlichen Dingen (T; z.B. Bier trinken; Parfum riechen) sind ebenso kontinuierlich auftretende Verhaltenskategorien der Bewohner, wie das Beschäftigen mit Ausscheidung (X, z.B. auf Toilette müssen) oder auch mit sexualisierten Situationen (S; z.B. Küsschen geben). Die einzelnen Verteilungen dieser Verhaltenskategorien ist weniger bedeutend als ihr grundsätzliches Vorkommen. Nach dem Ansatz der personenzentrierten Pflege ist es wichtig einen hohen Abwechslungsfaktor der einzelnen Verhaltenskategorien (BCCs) aufzuweisen, was für ein breit gefächertes und flexibles Angebot in der Wohngemeinschaft steht und Automatismen und komplett ritualisierten Tagesabläufen entgegen steht. Hervorzuheben ist die Rückläufigkeit der Momente des kurzen Schlafens oder Dösens (N), die grundsätzlich nicht negativ zu bewerten sind. Schlafen oder dösen Bewohner allerdings weniger während des Tages, kann dies auf einen guten Schlaf-Wach-Rhythmus und damit auf einen ausgeruhten Aufstehen verweisen.

Veränderungen der Typ 2-Verhaltenskategorien (BCCs)

Werden Typ 2-Verhaltenskategorien beobachtet, bedeutet dies eher eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens, da diese entweder Momente der sozialen Isolation (C), des offensichtlichen negativen

Veränderung Typ 2-Kategorie in der WG Oldenburg



Stresses (D) sind oder auf repetitives Verhalten/hospitalisiertes Verhaltens (W) oder Selbstgespräche (Y) verweisen. Diese Kategorien waren erfreulicherweise nur sehr selten in der Wohngemeinschaft Oldenburg zu beobachten, was nochmals ein Nachweis der qualitativ hochwertigen Betreuung und Pflege darstellt. Die Kategorie „B“ steht für eine passive Verhaltensweise, die jedoch von einem sozialen Einbezogenheit geprägt ist und damit nur bei dominanter Häufigkeit negativ zu bewerten ist. Folgt man der Graphik, wird deutlich, dass zu Anfang (Mai 2005) in 63% aller beobachteten Momente passive Bewohner zu beobachten waren. Dies kann in dieser Auswertung als das einzige Negativergebnis gekennzeichnet werden. Im weiteren Verlauf der Wohngemeinschaft sank der Anteil dieser passiven Momente auf ein normales und zu anderen Einrichtungen vergleichbares Niveau.

3.3 Ergebnisse für die Wohngemeinschaft Ganderkese (Heide)

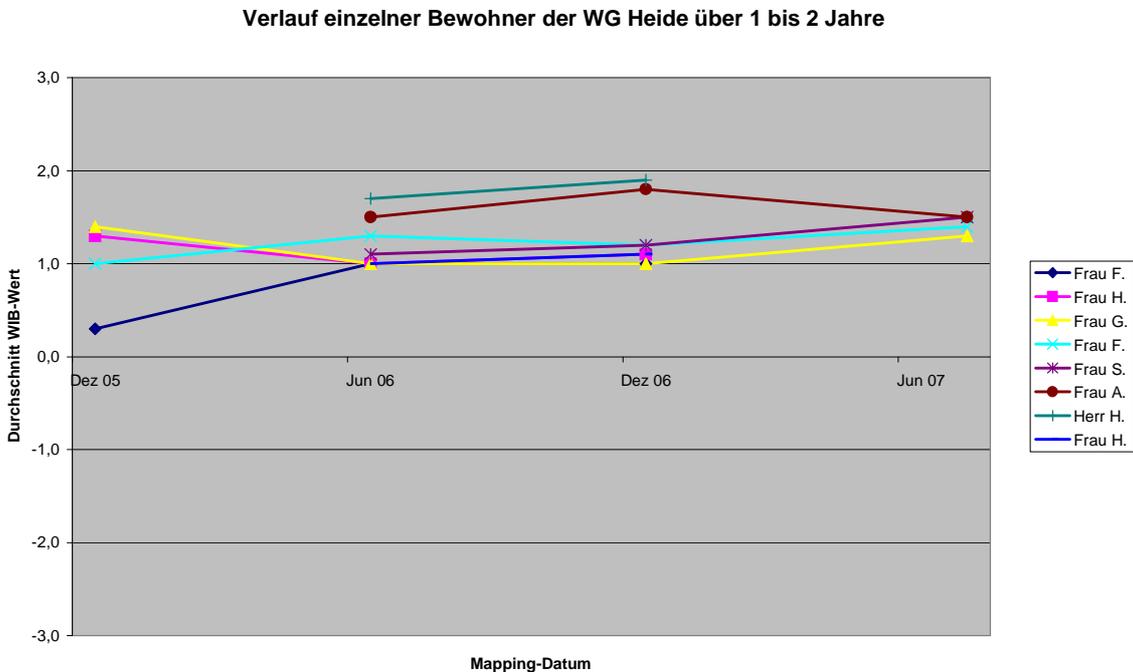
Die Wohngemeinschaft Heide der Landdienste GmbH entstand etwas später die Wohngemeinschaft Oldenburg, so dass insgesamt 4 DCM-Beobachtungen durchgeführt werden konnten. Über einen Zeitraum von 1,5 Jahren (Dez. 2005 bis Juni 2007) konnten während 4 Mappings insgesamt 10 verschiedene Bewohner beobachtet werden. Wie häufig einzelne Bewohner beobachtet werden konnten, zeigt die nachstehende Tabelle:

	06.12.2005	19.06.2006	13.12.2006	12.07.2007
Frau F.	Yellow	Yellow	Yellow	
Frau H.	Cyan	Cyan	Cyan	
Frau G.	Orange	Orange	Orange	Orange
Frau F.	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Frau S.		Cyan	Cyan	Cyan
Frau A.		Orange	Orange	Orange
Herr H.		Yellow	Yellow	
Frau H.		Cyan	Cyan	
Herr P.			Orange	
Herr B.				Yellow

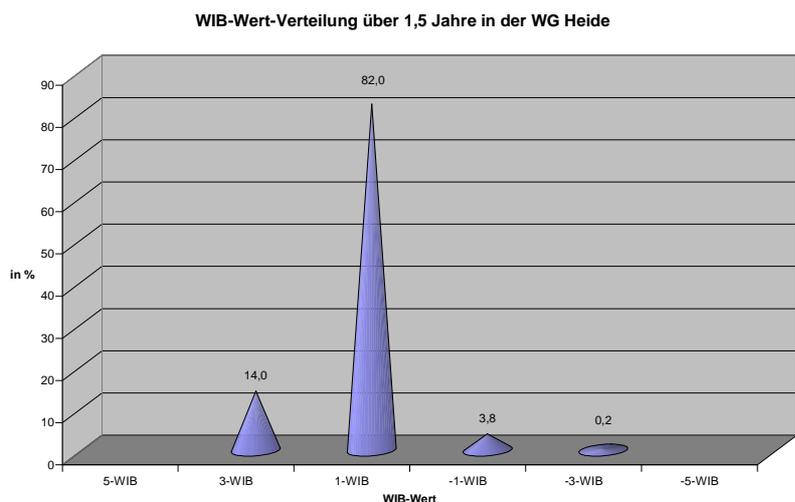
Demnach konnten 2 Bewohner einmalig, weitere 2 Bewohner zweimalig, 4 Bewohner dreimalig und 2 Bewohner viermalig beobachtet werden.

3.3.1 Veränderungen und Verläufe des Wohlbefindens (WIB)

Das durchschnittliche Wohlbefinden (WIB) der Bewohner an jedem Beobachtungstag wurde in den nachstehenden Graphiken im Verlauf über alle Beobachtungstage dargestellt. Auf eine Darstellung von Bewohnern, die nur einmal beobachtet werden konnten, wurde verzichtet.



Die Ergebnisse zeigen deutlich einen leichten Anstieg und eine Verstetigung des Wohlbefindens im Zeitlauf. Bis auf Frau F. die während der ersten Beobachtung unter 1,0 und damit in einem Bereich des Unwohlseins lag, zeigten alle Bewohner über den gesamten Zeitraum ein relatives bis hohes Wohlbefinden. Diese Ergebnisse sind als sehr positiv zu interpretieren, gilt doch auch hier, dass die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz mit der Zeit in der Regel immer schwieriger wird. Dies ist dem Krankheitsverlauf und den zunehmenden körperlichen Einschränkungen geschuldet. Die oben stehende Graphik zeigt die Dominanz relativen (+1) und hohen Wohlbefindens (+3) gegenüber geringen Momenten des Unwohlseins (-1 und -3).



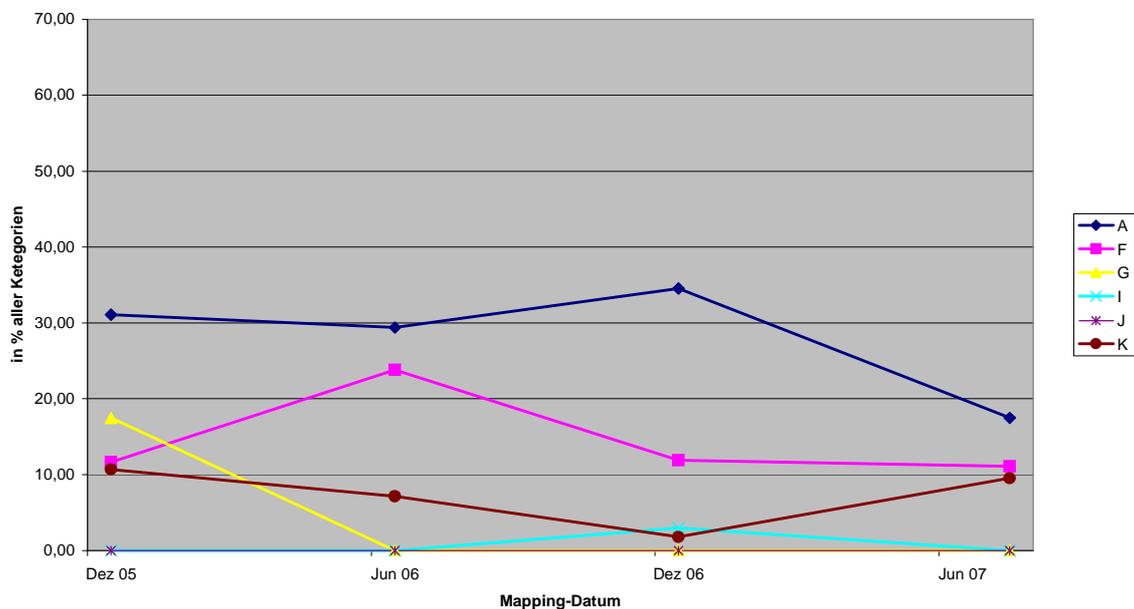
3.3.2 Veränderungen der Verhaltenskategorien (BCCs)

Die Verhaltenskategorien zeigen auf, welches Verhalten die Bewohner über die Beobachtungszeit zeigten. Wie unter Punkt 2. zu ersehen ist, differenziert das DCM-Verfahren insgesamt 25 Verhaltenskategorien. Diese wurden durch Kitwood nochmals in so genannte Typ 1- und Typ 2-Kategorien unterschieden. Erstere besitzen das Potential das Personsein zu nähren, demnach das Wohlbefinden zu steigern und dem Menschen positive Selbstwahrnehmungen zu ermöglichen. Typ 2-Kategorien besitzen dieses Potential nicht, sondern stellen Verhaltensformen dar, welche das Wohlbefinden untergraben und überdies das Personsein gefährden.

3.3.2.1 Veränderungen der Typ 1-Verhaltenskategorien (BCCs)

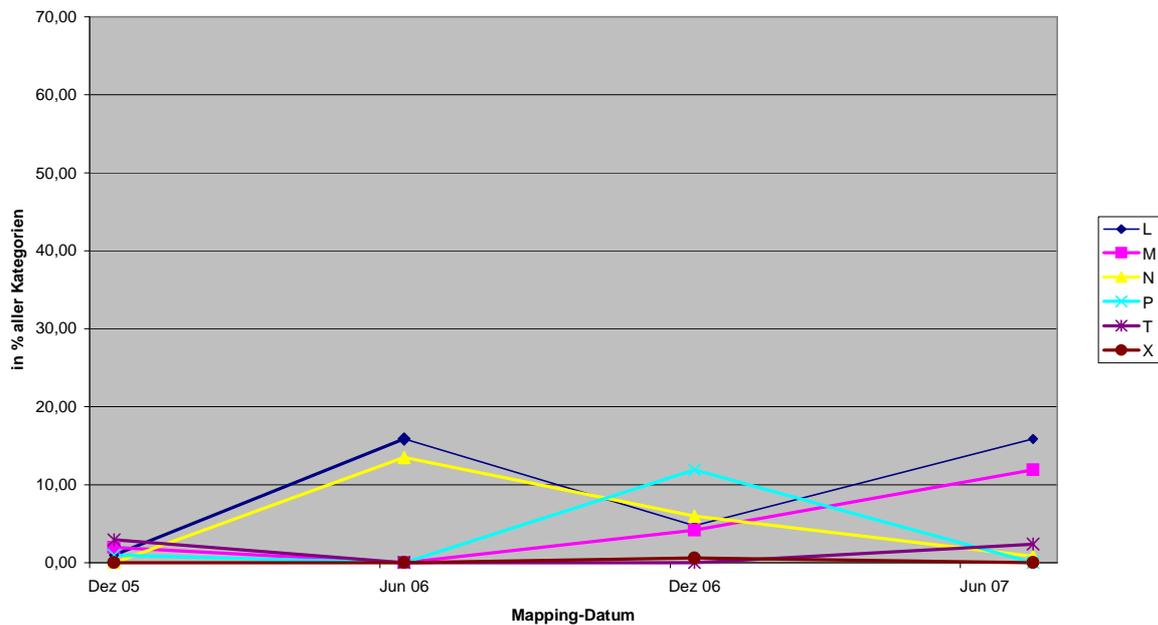
Aufgrund der Vielzahl der Verhaltenskategorien und zur besseren Übersicht, wurden die Ergebnisse zu den Typ 1-Kategorien in zwei Graphiken dargestellt:

Veränderung Typ 1-Kategorien in der WG Heide (1.Teil)



Die Verläufe der einzelnen Verhaltenskategorien (BCCs) waren mit ein paar Ausnahmen regelmäßig und in ansprechender Häufigkeit zu beobachten. So reduzierte sich der Anteil der reinen Kommunikation (A) während der letzten Beobachtung einwenig, dafür stieg das Umhergehen (K) in der Wohngemeinschaft etwas an, was zumeist auch von Kommunikation begleitet ist. Der Anteil des Essens&Trinkens (F) lag zwischen 10 und 25% und ist der Tageszeit der Beobachtung geschuldet. Am Vormittag steht die Vorbereitung des Frühstücks und Mittagessens, sowie das Frühstück und Mittagessen an sich im Vordergrund. Am Nachmittag ist dieser Bereich etwas weniger bedeutend. Interessant ist der relativ hohe Anteil des Spielens (G; hier Mensch-Ärger-Dich-Nicht“) während der ersten Beobachtung und das Verschwinden dieses Bestandteils während der weiteren Mappings. Bei der Einsicht des konkreten Berichts des Beobachtungstages wurde deutlich, dass dem Spielen von „Mensch-Ärger-Dich-Nicht“ kein besonderes Potential für das Wohlbefinden innewohnte und deshalb Abstand davon genommen wurde.

Veränderungen Typ 1-Kategorie in der WG Heide (2. Teil)

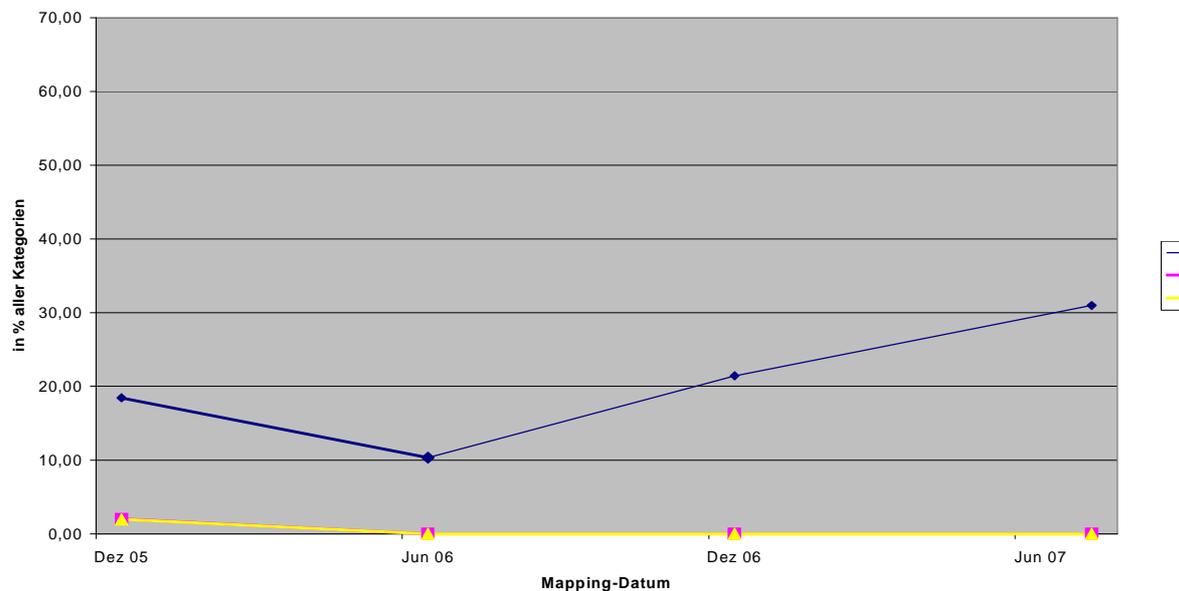


Die Anteile der weiteren Typ 2-Verhaltenskategorien (BCCs) ist wie in der WG Oldenburg auch in der WG Heide sehr unterschiedlich. Erfreulich ist jedoch die große Bandbreite an Verhaltenskategorien, den das Potential zu eigen ist, das Personsein von Menschen mit Demenz zu nähren und deren Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. So nahm beispielsweise der Anteil der Beschäftigung mit Medien (M; z.B. ein Fotoalbum anschauen) im Verlauf stetig zu, die Beschäftigung mit der Ausscheidung (X) spielte keine Rolle und die kleineren Schläfchen (N) über den Tag nahmen ebenfalls ab. Das Erfahren von konkreter Pflege (P; z.B. Hände säubern) oder auch die Beschäftigung mit sinnlichen Dingen (T; z.B. Orange riechen und genüsslich essen) waren immer mal wiederkehrende Bestandteile des Tagesablaufs der Bewohner in der WG Heide.

Veränderungen der Typ 2-Verhaltenskategorien (BCCs)

Werden Typ 2-Verhaltenskategorien beobachtet bedeutet dies eher eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens, da diese entweder Momente der sozialen Isolation (C), des offensichtlichen negativen Stresses (D), auf repetitives Verhalten oder hospitalisiertes Verhaltens (W) und der Selbstgespräche (Y) sind.

Veränderungen Typ 2-Kategorien in der WG Heide



Erfreulicherweise konnte in der WG Heide nicht ein einziges Mal eine Situation der sozialen Isolation (C) oder des Selbstgesprächs beobachtet werden. Dies ist eine deutliche Leistung des Pflege- und Betreuungsteams, da Menschen mit Demenz aufgrund ihres Verlusts des Personseins, nach und nach in solche Situationen hineinkommen können, sofern sie nicht begleitet oder angesprochen werden. Die steigende Anzahl der Momente des passiven Beobachtens (B) ist auf die nachlassenden kognitiven sowie körperlichen Fähigkeiten im Zuge des Demenzverlaufs zurückzuführen. Dennoch zeigen diese Menschen sich immer noch sozial integriert und sind an ihrer Umwelt interessiert. Momente des Stresses (D) waren nur sehr selten zu beobachten und traten – nach Einsicht in den DCM-Bericht von diesem Tag – durch einen Konflikt zwischen zwei Bewohnern auf. Die Situationen in denen Bewohner an ihrer Kleidung nestelten (W) waren zu Beginn etwas mehr, später nicht mehr zu beobachten.

Fazit

Die Ergebnisse, sowohl für die Wohngemeinschaft Heide und Oldenburg, belegen deutlich eine qualitätsvolle personenzentrierte Arbeit. Es konnten lediglich kleine weniger erfreuliche Entwicklungen nachgezeichnet werden, sondern zum größten Teil wurden positive Entwicklungen offenbar. Die Graphiken, die oftmals kontinuierliche Verläufe zeigten, müssen vor dem Hintergrund der Demenzerkrankungen gesehen und gedeutet werden. Ähnlich dem Ansatz der personenzentrierten Pflege, der auf den Erhalt und nicht auf die Entwicklung des Personseins von Menschen mit Demenz fokussiert, ist ein Erhalt des Wohlbefindens-Niveaus von Menschen mit Demenz als großer Erfolg zu werten.

Diese positiven Ergebnisse können nicht monokausal interpretiert werden. Jede Maßnahme der Personal- oder Organisationsentwicklung, jeder Einzug eines neuen und jedes Ausscheiden eines Bewohners verändert das gesamte System der Wohngemeinschaft und beeinflusst damit das Wohlbefinden und Verhalten. Wissend um diesen Aspekt, wurde über die 3-jährige Laufzeit auf eine größtmögliche Kontinuität des Personals gesetzt. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter der Wohngemeinschaften über insgesamt 10 ganztägige Schulungen qualifiziert:

- Personenzentrierten Pflege
- Validierenden Kommunikation
- Milieugestaltung
- Biographie- und Erinnerungsarbeit
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Betreuung und deren Planung mit Hilfe des CLIPPER-Fragebogens

Einen weiteren Einfluss auf die positiven Ergebnisse hatte auch das DCM-Verfahren, für deren Zweck es auch entwickelt wurde. Im Anschluss an jede DCM-Beobachtung erhielten die Mitarbeiter ein konkretes Feedback und einen ausführlichen DCM-Bericht, der zur Grundlage von Teamgesprächen gemacht wurde.

Doch auch die Einbindung von Angehörigen, die Anschaffung eines WG-Hundes, das Anlegen eines Kräutergartens oder die Gestaltung einer Bewohner-Fotogalerie haben sicherlich eine positive Wirkung auf die Bewohner entfaltet.

Anhänge

Die Darstellung von Momenten guter und verbesserungswürdiger Praxis im Sinne der Personenzentrierten Pflege soll verdeutlichen, welche konkreten Rückmeldungen an die Mitarbeiter durch DCM-Beobachtungen möglich sind und wie alltagstauglich Intensivierungen des Guten und Vermeidung des weniger Guten beschrieben werden können:

A.1 Beispiele verbesserungswürdiger Praxis

Nachfolgend können konkrete Anmerkungen zu Momenten verbesserungswürdiger Praxis eingesehen werden. Gerade durch diese anschaulichen und greifbaren Rückmeldungen war es den Pflege- und Betreuungskräften der Landdienste GmbH möglich, ihr Verhalten zu überdenken und positiv weiter zu entwickeln.

In einer Situation des Tages wurde Herr S. in seinem Konfabulieren „nachgeüßt“: „Ach, eiei, eiei, eiei, eiei...“. Dies ist ein nicht personenzentriertes Verhalten und untergräbt das Personsein von Herrn Schwarzer. Sie können – so habe ich beobachten können- auf viel bessere Weise mit ihm kommunizieren.

Mehrmals wurde Frau B. ignoriert, in dem über sie gesprochen wurde, obwohl sie am Tisch saß: z.B. „hat se´s mitgekriegt?“; „das können wir ja nachher machen, wenn sie angezogen ist“.

In einer weiteren Situation wurde sie mit der Frage „heute Nacht warn sie wieder auf?“ überfordert, denn aufgrund ihres reduzierten Kurzzeitgedächtnisses kann sie das ja nicht erinnern, spürt aber etwas nicht über sich zu wissen.

Auf Frau B.´s Aussage kurz nach dem Frühstück „wir hatten doch noch kein Mittagessen“ wurde sie korrigiert „wir haben doch gerade erst gefrühstückt“. Eine Korrektur bietet sich nur bei Menschen an, bei denen ein Lernen vorausgesetzt werden kann. Ein weiteres Beispiel einer Korrektur: Frau B. zu einem Mitarbeiter: „Sind Sie in ihrem Sonntag gestört worden?“. Er antwortet: „heute ist doch Mittwoch Frau B.“.

In einer weiteren Situation wurde Frau B. bevormundet: „und die Hose ist auch ganz schmutzdelig. Finden Sie nicht? Ich finde schon, dass gehört sich nicht so, sie wollen doch später mit ihren Angehörigen essen gehen“. Frau B. findet ihre Hose aber nicht schmutzdelig. Wenn Sie, auch um die Bedürfnisse der Umwelt nach Sauberkeit zu befriedigen, dennoch die Hose gewechselt haben möchten, versuchen Sie einen andere Weg: z.B. „Frau B. sie haben doch so eine schöne Hose im Schrank, die sie so lange nicht mehr an hatten. Wollen Sie diese nicht zum Essen gehen anziehen?“

Das Gespräch über den ersten Joghurt in Schweden, das wahrscheinlich schon häufiger stattgefunden hat, wurde nur halbherzig geführt, da der Inhalt der Geschichte dem Mitarbeiter bekannt ist. Ziehen sie die Brille von Frau L. auf. Aus ihrer Sicht ist diese Geschichte interessant und neu. Das möchte sie auch von Ihnen gespiegelt bekommen.

*In einer Situation fragte Frau L.: Wo soll ich hin?“ und erhielt als Antwort: „Da wo sie **immer** sitzen“. Frau L. hätte Sie nicht gefragt, wenn Sie wüsste wo sie **immer** sitzt. Ein Hinweis auf „immer“ gibt Frau L. demnach das Gefühl etwas nicht mehr zu beherrschen, etwas nicht mehr zu wissen. Dieses Gefühl sollten Sie ihr nicht vermitteln. Antworten Sie in diesen Fällen so, als würden Sie zum ersten Mal auf diese Frage antworten: „Wenn Sie möchten können sie sich auf diesen Stuhl setzen, Frau L.“. Noch schöner wäre es, wenn Sie noch einen wertschätzenden Aspekt mit hinein nehmen würden: „ Hier ist ein sehr schöner Platz für sie, Frau L.“.*

Frau L. wird weiterhin nachfragen, das ist wichtig für sie, da sie durch die Erkrankung an Orientierung und Halt verliert, den sie dann bei Ihnen suchen wird. Jede Antwort, und wenn sie hundertmal gegeben wird, schenkt Frau L. für einen kurzen Moment Halt und Orientierung.

Frau K. spielte mit der Tischdekoration und riss einen Stern vom Adventskranz. Daraufhin sagte eine Mitarbeiterin: „Och L., mach das doch nicht kaputt“. Dies ist eine personale Detraktion, also eine Situation

schlechter Pflege. Ich möchte Ihnen nun zwei Sichtweisen dieser Situation darstellen und bitten zu entscheiden, welche die Richtige ist:

- *Frau K. zerstört die Dekoration.*
- *Frau K. zeigt sich interessiert an dem was auf dem Tisch steht, fasst es an, beschäftigt sich selbst damit und spürt sich dabei auf positive Art und Weise.*

9.50 Uhr: Frau G. wollte von ihrem Stuhl aufstehen, konnte aber den Stuhl nicht bewegen. Dies wurde nicht wahrgenommen und demnach auch nicht beantwortet. Zu deuten ist der Versuch des Aufstehens als ein Wunsch nach etwas Anderem oder als Unwohlsein.

10.05 Uhr: Frau G. sagt „ich bin aufgeregt“: Eine Mitarbeiterin entgegnet „sie brauchen nicht aufgeregt zu sein“ und geht weg. Übersetzt heißt das: Hallo, ich habe ein Bedürfnis mit der Antwort: „ihr Bedürfnis ist ungerechtfertigt“. Sprechen Sie mit ihr über Ihre Aufregung, schätzen Sie es wert, was Frau G. Ihnen zu sagen hat.

A2. Beispiel guter Praxis und deren Intensivierungsmöglichkeiten

Die Idee hinter DCM ist auch, die Stärken und Ressourcen der Pflege- und Betreuungskräfte augenscheinlich werden zu lassen. Dieses Feedback ist für eine motivierte und positiv empfundene Arbeit sehr wichtig. Oftmals werden positive Rückmeldungen als solche stehen gelassen. DCM verfolgt dagegen auch die Intensivierung dieser positiven Momente.

Sie erkennen, dass Herr S. die von Ihnen als bedeutend erachteten Aufgaben des Alltags auch für sich bedeutend sieht. Das ist ein Phänomen bei Menschen mit Demenz, die oft ihre eigenen Werte und Antriebe verlieren und gerne die von Ihnen vorgelebten Bedeutung annehmen.

Das Konfabulieren (unverständliche Aneinanderreihung von Silben) von Herrn S. lässt glücklicherweise kaum Konflikte entstehen. Durch Ihre gute Wahrnehmung können Sie zumeist seine Bedürfnisse aus seiner Gestik und Ihrem Wissen herleiten.

Eine Mitarbeiterin geht in die Knie, geht auf Augenhöhe mit Frau B., zentriert ihre gesamte Wahrnehmung auf sie und nimmt Augkontakt auf. Sie fragt in Bezug auf den Geschenkkarton auf ihren Oberschenkeln: „ist das von Ihren Enkelkindern? Wie viel haben Sie denn? Frau B. antwortet: „vier, fünf, sechs“. Die Mitarbeiterin: „die haben alle zusammengeschmissen?“ Frau B.: „ach die sind ja noch so klein“. Beide lachen gemeinsam. Der Kniff der Situation, also der Anlass zu lachen erschließt sich nur den beiden Beteiligten, aber die vorherige Konzentration und das totale Interesse der Mitarbeiterin waren die Voraussetzung für diesen tollen Moment.

Herr S. besitzt einen starken Willen. Da einerseits die Artikulation seiner Wünsche, Bedürfnisse und Abneigungen oft nicht möglich ist und andererseits er auch oft die Notwendigkeit einzelner Handlungen (z.B. Wäsche wechseln) nicht erkennt, stellt er erst einmal ein pflegerisches Problem dar. Sie finden jedoch genau das richtige Maß zwischen „seinem Willen Raum geben und zulassen“ und ihrem Auftrag sich um das körperliche und seelische Wohlbefinden zu kümmern.

Frau L. verspürt die Demenz sehr deutlich. Sie fühlt sich bedroht, fühlt, dass ihr ihre geistigen Fähigkeiten abhanden kommen und sucht deshalb sozialen Halt. Dies macht sie indem Sie danach fragt, wo sie hin soll, wo sie sitzen soll, ob das so in Ordnung ist, ob das ihre Sachen sind. Auch ihre „Beklemmungen“ können eine Reaktion darauf sein, dass die Demenzerkrankung nach ihr greift. Man kann dies demnach auch als eine Somatisierung (psychische Belastungen drücken sich körperlich aus) verstehen. Sie reagierten in allen Situationen sehr personenorientiert gegenüber Frau L., da Sie ihr sehr geduldig die gewünschte Orientierung („ist das meins“; „wo soll ich hin“; etc.) und auch den sozialen Halt gegeben haben.

Frau W. verspürt ein hohes Wohlbefinden in der WG (WIB-Wert: 1,8). Die Momente die sie besonders genießt und die für einen Menschen mit Demenz besonders bedeutend sind, sind Momente in denen sie sich selbst spürt, selbst aktiv mit einer Sache beschäftigt ist. An diesem Tag war es das „Singen“ (E= kreativer Selbstaussdruck = 42%), das mit Wohlbefindenswertes von +3 besetzt war. Versuchen Sie doch ihr bereits morgens vor dem Frühstück die Möglichkeit des Singens zu eröffnen. Dies kann dazu beitragen, dass die aktivitätsarme Zeit während des Wartens auf das Frühstück für Frau W. besser genutzt wird. Das Tolle ist, dass Frau W. mit ihrem schönen Gesang auch andere Bewohner positiv stimuliert (z.B. Frau K.).

10.05 Uhr: Frau F. wird in die Mitte von zwei Mitarbeitern genommen und begrüßt mit „das freut uns alle Frau F.“ worauf ein gemeinsames positives Lachen entsteht. Wunderbar!

Frau F. wurde fast durchgängig begleitet, was sehr wertvoll für sie ist. Toll!

11.45 Uhr: Frau F. erhält eine kurze Nacken-Massage, die sehr positiv auf sie wirkt. Warum diese positiven Ereignisse besonders bedeutend für Frau F. sind ergibt sich aus folgender Einschätzung:

Frau L. zieht für sich einen persönlichen Gewinn daraus, dass sie „für sich machen lässt“. Sie sollte auch in dieser Rolle unterstützt werden, denn so möchte sie sich sehen. Wenn Sie einmal das Gefühl haben „kein Dienstbote“ für Frau L. sein zu wollen, verstehen Sie dies nicht als eine Leistung, die sie noch selbst erbringen könnte, sondern erkennen sie dies als exakte Bedürfnisorientierung. Sie unterstützen Frau L. damit so Personsein zu können, wie sie es möchte.