

CAREWAYS OF DEMENTIA CARE

PFLEGEWEGE ZUR BETREUUNG DEMENZKRANKER

Birgit Weichbold

Berufsförderungsinstitut Salzburg, Salzburg, Austria

SUMMARY

This paper presents first before the clinical picture of dementia and is further on dedicated to ways of dealing with people who suffer from dementia. They often show - from the perspective of this often loaded and challenged social environment - unexpected and/or unpredictable behavior. There is no panacea for the ends of successful dealing with people with dementia. But experience in terms of both - general and specialized nursing strategies - may facilitate the handling and may ease the situation of affected. After a number of general strategies the specialist care strategies Fördernde Prozesspflege, Validation, Basale Stimulation[®] and Psychobiographisches Pflegemodell are presented.

Key words: dementia – dementia care – care concepts for dementia patients

ZUSAMMENFASSUNG

Der Beitrag stellt zuerst das Krankheitsbild Demenz vor und widmet sich dann Möglichkeiten des Umgangs mit Menschen, die – aus der Sicht des dadurch oft belasteten und herausgeforderten sozialen Umfelds – unerwartetes und/oder unvorhersagbares Verhalten zeigen. Es gibt kein Patentrezept für den gelingenden Umgang mit Demenzkranken, aber Erfahrungswerte in Bezug auf allgemeine und fachpflegerische Strategien, die das Handling erleichtern und der Situation Betroffener am ehesten entsprechen. Nach einer Reihe allgemeiner Strategien werden die Fachpflegestrategien Fördernde Prozesspflege, Validation, Basale Stimulation[®] und Psychobiographisches Pflegemodell vorgestellt.

Schlüsselwörter: Demenz – Umgang mit Demenzkranken – Pflegekonzepte für Demenzkranke

* * * * *

Dementias are classified according to the ICD 10 organically caused mental disorders in the human brain. The term dementia (from lat. "de" = off and lat. "mens" = mind, cognition) stands as an umbrella term for several diseases of various origins, in which intellectual capabilities and skills are increasingly lost. That occurs with various cognitive (e.g. to think, to plan, to conclude, to speak) and non-cognitive symptoms (e.g. drive disorders, changes in the day-night rhythm, misjudgements and hallucinations) and must be observed for more than 6 months. Further the patients must not show symptoms of depression of consciousness. In contrast to an innate intellectual deficit, dementia patients loose skills aquired during the course of life (Marwedel 2013, Menche 2007).

Incidence

In Austria dementias are – right after the depressive disorders, the second most gerontopsychiatric disorders in old age. In 2009 about 100.000 were affected by one of the four forms of dementia recognized by the ICD 10, in 2050 it is prognosed that 270.000-290.000 people will be affected (Steidl & Nigg 2011, Österreichische Alzheimergesellschaft 2015, Wiener Gebietskrankenkasse 2009).

Risk factors

The biggest risk factor for dementia is advanced age: In the group of 60-65 year olds only 1.5% of the population are suffering. But every additional five years life the number of sufferers doubles; in those over 90 year old one in three is affected (vgl. Hein et al. 2013).

Types

Dementias are caused by an increasing, progressive loss of brain tissue in different parts of both hemispheres of the brain. For 60-80% of dementias Alzheimer's disease is responsible, for 15-20% vascular calcification, for 7-20% dementia with Lewy Bodies. Other forms of dementia are rare with less than 10%. But they often occur in mixed forms. In addition, however, neurological (e.g. lesions), psychiatric (e.g. depressive disorders) or internal medical (e.g. hormonal or metabolic disorders) diseases lead to clinically similar memory impairments (Marwedel 2013, Österreichische Alzheimergesellschaft 2015, Wiener Gebietskrankenkasse 2009, Schewior-Popp et al. 2012).

Symptoms

Dementing disorders show - regardless of the underlying cause - a rather onesided picture of disturbances in three capability/skill areas. In the area of *mental-intellectual* abilities/skills plans can no longer be made and/or implemented, or patients can no longer assess the impact of their own actions. Further they can hardly take decisions for or against something. The computing and/or literacy skills regress and it comes to disorientation (spatial and/or temporal, situational and/or to oneself). In the field of *social abilities/skills* a neglect of general socially desirable actions and attitudes (greetings, table manners, ...) occurs as well as a loss of role-specific expected actions and attitudes (boss, grandpa, father, ...). For this purpose, an increasingly dwindling concern comes to their own bodies, to their own unique

destiny, to their leisure behavior, to their family and friends, to their household and even to their farm animals and pets. A flattening of joyful emotions and the rise of non-specific fears and general discomfort is also typical. In the area of *physical abilities/skills* an instability in the execution of movements that are both complex and unfamiliar can be observed. These include writing and speaking, walking and standing in unfamiliar terrain and rare household and leisure activities. Sometimes higher tendency of falls and/or frequency of falls and increasing urinary and/or fecal incontinence is observed (Hein et al 2013, Marwedel 2013, Steidl & Nigg 2011).

Course and prognosis

The course of dementia can run very differently for each individual. The average survival time from initial diagnosis to death is about eight years. The progression of the disease runs different ways - depending on the type, general condition and comorbidities of those affected. With respect to the ability of coping with everyday life challenges there have been fixed three stages of disease: *mild*, *moderate* and *severe* dementia. Within these stages of disease an exact delineation of symptoms is just as difficult as a classification according to degrees of severity. People with *mild dementia* act hushing, overacting and/or avoiding, but are - in the usual and familiar environment - independently viable. People with *moderate dementia* are often already overwhelmed with everyday activities and requirements and therefore sometimes need supervision and/or guidance. Patients with *heavy dementia* cannot recognize and tend their daily requirements and are thus in need of care or of being under supervision around the clock (Böhm et al. 2015, Marwedel 2013, Schewior-Popp et al. 2012).

Therapy

Dementias are chronic progressive brain diseases. Without treatment the symptoms in their frequency and intensity are increasing everyday and increase the burden on those. A medical intervention can not stop the disease, but it is able to cushion the severity of the course. Therefore it needs - after the clarification of the underlying causes - a targeted, multi-dimensional intervention strategy on the levels of pharmacotherapy, psychotherapy and of sociotherapy. The goal of all treatment is to improve or stabilize the cognitive and the non-cognitive symptoms. For the treatment of Alzheimer's disease medications are available that improve nerve cell communication; for the treatment of vascular dementias it is necessary to improve the cerebral blood flow. With neurological or internal medicine underlying diseases it is a priority to get the initial cause under control (Böhm et al. 2015, Marwedel 2013, Hein et al. 2013, Steidl & Nigg 2011).

Handling dementia

The care and support of people with dementing illnesses needs - depending on the symptoms and

severity of the disease - different approaches to the activation and/or support. There is no panacea for dealing with dementia sufferers successfully, but experience in terms of both general and specialized nursing strategies may facilitate the handling and may ease the situation of those affected.

General strategies

An important principle of the care and support of people with dementia should be based on their life history and today's realities continuously, allow understanding and to respect human dignity and human rights. It is also necessary not to exert pressure, and to not have any expectations towards their behavior. You are not able to change their behavior. Correctional-approaches and blame are inappropriate and also only lead to injuries of the persons concerned, to aggression and continuing conflicts. To promote the still existing skills and abilities persons with dementia need adequate, but not demanding, employment and on-speaking environmental stimuli. An equitable living environment for people with dementia is present when they find experienced places, people and situations in which daily life is reliable and well structured. If change in their usual living environment is inevitable (e.g. for new caregivers, a doctor's visit, a move to the nursing home...), it needs an adequate management of this transition: A quiet and stress-free learning environment with exercise situations adapted to the cognitive abilities to be able to adapt to the new reality. This requires a benevolent support by all members of the multi-professional teams and ongoing praise and motivations to carry on. A comprehensive case history of each of the involved teams (medicines, nurses, different therapists, case and care managers, ...) is the basis for the establishment of comprehensive treatment plans. The professionals - each in their respective field - need to make an exact assessment of the remaining abilities and skills for coping with everyday life challenges. Then they have to create and to offer training plans based thereupon. Parallel to implementation it needs a careful observation, documentation and evaluation of the course of selected therapeutic approaches. Therefore close-knit and intensive meetings in interdisciplinary teams are essential. Successfully planned and implemented support policies need to be integrated into the daily life of affected people. Further on also the social environment (friends, related) needs to be integrated: On the one hand they have to be trained on the recently successful ways of dealing with their relatives, on the other hand they have to be informed of their own possibilities of support. The immediate social environment of people with dementia must continuously be coached, praised, comforted and/or informed on offers of assistance care (Böhm et al. 2015, Bundesministerium für Gesundheit 2015, Marwedel 2013, Hein et al. 2013, Menche 2011, Blunier 2007).

The use of various nursing and care concepts (such as "reality orientation training" and "memory training" for people with mild dementia, or "milieu therapy" for those affected from moderate to severe dementia) can help to maintain or create dementia equitable environments and to manage transitions. Below four of these strategies are presented in concentrated description.

Skilled care strategy „Fördernde Prozesspflege“ (literally: "promoting care process")

The German care scientist Monika Krohwinkel demands that nursing thinking and action must support people with dementing disorders holistically in relation to 14 daily life activities. Their resources and supports need to be made equally visible as a part of the care process documentation. She also recommends regarding continuity in staff, attitudes of staff, daily life structures and living environment. An important partner in institutions/organizations with conveying process care are relatives: They are important information carriers for recent life story of dementia patients. They can ensure stability and they are therefore a safety mediating factor in transitional situations (Hein et al. 2013, Seel & Hurling 2005).

Skilled care strategy „Basale Stimulation“ (literally: "Basic Stimulation")

The German care scientist Christel Bienstein offers an approach based on a very elemental communications concept to people with dementia. She describes countless ways (e.g. washing, positioning, acoustic stimuli, optical stimuli, fragrance stimuli, taste stimuli, touch and vibration stimuli, targeted soothing touches...) to stimulate the human sensory channels and to activate them and to invite them to give reactions. They are, according to heavy degree of sufferers, kept simpler or complex. This may allow development and/or reaction and avoid overstimulation (Bundesministerium für Gesundheit 2015, Hein et al. 2013, Blunier et al. 2007).

Skilled care strategy „Psychobiographisches Pflegemodell“ (literally: "psycho biographical care model")

The Austrian psychiatric male nurse Erwin Böhm puts the human soul ("thymopsyche") and the there enshrined human motives and life stories ("stories") in the center of his thoughts on dealing with people with dementia. He claims, that nursing actions with elderly people must always involve a detailed biography as well as currently observable everyday behavior. He says, that all behaviors show only the available „Lebensbewältigungsstrategien" (literally: „life coping strategies") and the „Grundpersönlichkeit" (literally: „basic personality"). In addition to this information the current status of a biography („Erreichbarkeitsstufe“, literally: "accessibility level") and its associated everyday reality („Normalitätsprinzip“, literally: "normality principle") should be

determined. Upon these assessment data the nursing actions must be coordinated. It is then to create a - from the perspective of the affected person! - "normal" living environment. It needs to respect the idea of normalcy according to all people, who are present all days long (appearance, dialect, type/nature), according to all languages and informations, who can be heard all days long (high-level language vs. dialect, speech tempo, sentence structure), according to the daily lived eating and drinking habits and table rituals. Also the commonplace selection of clothing and the everyday inhabited rooms (furniture, walls, bed, shower and toilet) should be seen as normal. Also, the distribution and organization of work time and leisure time should be seen as normal and familiar. As the next step motives must be found in order to bring people out of their separate life or own inner world and back again in the current everyday reality. Böhm assumes, that the legs will move on their own, if they are offered a corresponding soul rewarding motive. His care model is therefore primarily aimed at the reactivation of the aged soul, and is so also known as called "reactivating care" (Hein et al. 2013, Köther 2007).

Skilled care strategy „Validation“ (literally: "Validation")

With the validation method, the German-American psychologist Naomi Feil has created a comprehensive description of communicative attitude and a great collection of communication tools for everyday use. Caring with the basic attitude of validation means, that any observable behavior is not only allowed, but even assessed as especially valuable. It is from the perspective of those, who shows it, sensible and necessary in order to cope with the current life and/or unfinished life tasks (see Erikson 1959). To use validation as a communications technology, people are - based on their current cognitive status - divided into four stages. For each stage the currently displayed communication techniques (e.g. questions about extremes, e.g. discover and use of the preferred sensory channel...) are applied (Bundesministerium für Gesundheit 2015, Hein et al. 2013, Marwedel 2013, Blunier et al. 2007).

Acknowledgements: None.

Conflict of interest : None to declare.

References

1. Böhm M et al: *Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen in Vorarlberg, pro mente edition, Linz, erscheint im Winter 2015; 36-39.*
2. Blunier E et al: *Lehrbuch Pflegeassistent, 4. Auflage, Huber, Bern, 2007; 240-5.*
3. *Bundesministerium für Gesundheit: Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen [...] für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen, Eigenverlag BMG,*

- Wien, 2015; 12-23, 30-7. Online unter <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Broschueren/>.
4. Hein B et al: *PflegeWissen Demenz*, 1. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2013; 11-5, 21-142.
 5. Köther I: *Thiemes Altenpflege*, 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2007; 298.
 6. Marwedel U: *Gerontologie und Gerontopsychiatrie*, Europa Lehrmittel, Haan-Grünten, 2013; 255-269, 299-302.
 7. Menche N: *Pflege heute*, 4. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2007; 1380.
 8. Menche N: *Pflege heute*, 5. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2011; 1321.
 9. Österreichische Alzheimergesellschaft: *Zahlen und Statistik*. Online unter <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>, 17.8.2015.
 10. Schewior-Popp S et al.: *Thiemes Pflege*, 12. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2012; 1151-5.
 11. Seel M & Hurling E: *Die Pflege des Menschen im Alter*, 5. Auflage, Schlütersche, Hannover, 2005; 35-40.
 12. Steidl S & Nigg B: *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie*, Facultas, Wien, 2011; 93-5, 100-102.
 13. Wiener Gebietskrankenkasse (ed.): *Erster Österreichischer Demenzbericht*, Eigenverlag, Wien, 2009; 4, 17.

PFLEGEWEGE ZUR BETREUUNG DEMENZKRANKER

* * * * *

Demenzen sind nach der Klassifikation des ICD 10 organisch bedingte psychische Störungen des menschlichen Gehirns. Der Begriff Demenz (von lat. „de“ = weg und lat. „mens“ = Geist, Verstand) steht dabei als Überbegriff für mehrere Krankheitsbilder unterschiedlicher Ursache, bei denen intellektuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten zunehmend verloren gehen. Damit einhergehende kognitive (z.B. denken, planen, schlussfolgern, sprechen) und nicht-kognitive Symptome (z.B. Antriebsstörungen, Veränderungen im Tag-Nacht-Rhythmus, Verkennungen und Halluzinationen) müssen über mehr als 6 Monate beobachtet werden können. Es darf ferner keine Bewusstseinsintrübung vorliegen und es handelt sich dabei – im Unterschied zu einer angeborenen Minderbegabung – immer um einen Verlust von im Laufe des Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Marwedel 2013, Menche 2007).

Häufigkeit

Demenzen sind in Österreich nach den Depressiven Störungen die zweithäufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Alter. 2009 litten etwa 100.000 vor allem ältere und hochaltrige Menschen an einer der vier im ICD 10 erfassten Demenzformen, 2050 werden es 270.000-290.000 sein (Steidl & Nigg 2011, Österreichische Alzheimergesellschaft 2015, Wiener Gebietskrankenkasse 2009).

Risikofaktoren

Größter Risikofaktor für eine dementielle Erkrankung ist das hohe Lebensalter: In der Gruppe der 60 – 65 Jährigen sind nur 1,5% der Bevölkerung betroffen. Aber alle 5 Lebensjahre verdoppelt sich die Anzahl der Erkrankten; bei den über 90 Jährigen ist jeder Dritte dement (vgl. Hein et al. 2013).

Formen/ Arten

Demenzen entstehen durch einen zunehmenden, unaufhörlich fortschreitenden Ausfall funktionsfähigen Gehirngewebes in unterschiedlichen Teilen beider Gehirnhälften. Für 60-80% der Demenzen ist die Alzheimer-Krankheit verantwortlich, für 15-20% Gefäßverkalkungen, für 7-20% die Demenz mit Lewy-Bodies. Andere Demenzformen sind mit unter 10% selten. Häufig treten aber Mischformen auf. Daneben können aber auch neurologische (z.B. Raumforderungen) oder psychiatrische (z.B. Depressionen) oder internistische (z.B. Hormon- oder Stoffwechselstörungen) Erkrankungen zu klinisch ähnlichen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses führen (Marwedel 2013, Österreichische Alzheimergesellschaft 2015; Wiener Gebietskrankenkasse 2009, Schewior-Popp et al. 2012).

Symptome

Dementielle Störungen zeigen - unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache - ein recht einheitliches Bild an Störungen in drei Fähigkeits-/Fertigkeitsbereichen. Im Bereich der *geistig-verstandesmäßigen* Fähig-/Fertigkeiten können keine Pläne mehr gemacht und/oder umgesetzt werden oder es können die Folgen des eigenen Handelns nicht mehr ein- und/oder abgeschätzt werden. Es können kaum mehr Entscheidungen für oder gegen etwas getroffen werden. Die Rechen- und/oder Lesefähigkeit geht zurück und es kommt zu Orientierungsstörungen (räumlich u/o zeitlich, situativ u/o zur eigenen Person). Im Bereich der *sozialen Fähig-/Fertigkeiten* tritt ein Außer-Acht-Lassen von allgemeinen gesellschaftlich erwünschten Handlungs- und Handlungsweisen (Grüßen, Tischsitten,...) und ein Verlust von rollenspezifisch (Chef, Opa, Vater,...) erwarteten Handlungs- und

Haltungsweisen auf. Dazu kommt eine zunehmend schwindende Sorge um den eigenen Körper, um das eigene Schicksal, um das Freizeitverhalten, um die Familie und Freunde, um den Haushalt und um Nutz- u. Haustiere. Typisch ist auch ein Abflachen von freudigen Gefühlsregungen und ein Zunehmen von unspezifischen Ängsten und allgemeinem Unwohlgefühl. Im Bereich der *körperlichen Fähig-/Fertigkeiten* ist eine zunehmende Unsicherheit bei der Ausführung von Bewegungsabläufen beobachtbar, die zugleich komplex und ungewohnt sind. Dazu zählen Schreiben und Sprechen, Gehen und Stehen in ungewohntem Gelände und seltene Haushalts- und Freizeittätigkeiten. Beobachtbar sind mitunter auch eine höhere Sturzneigung und/oder Sturzhäufigkeit und zunehmende Harn- u/o Stuhlinkontinenz (Hein et al 2013, Marwedel 2013, Steidl & Nigg 2011).

Verlauf und Prognose

Demenzen verlaufen individuell sehr unterschiedlich. Die durchschnittliche Überlebensdauer von der ersten Diagnose bis zum Tod beträgt um die acht Jahre. Das Fortschreiten der Erkrankung verläuft unterschiedlich schnell - je nach Art, Allgemeinzustand und Begleiterkrankungen von Betroffenen. In Bezug auf die Fähigkeit zur Bewältigung des Lebensalltags wurden die drei Stadien *leichte, mittelschwere/mittelgradige* und *schwere* Demenz fixiert. Innerhalb dieser Stadien fällt eine exakte Abgrenzung von Symptomen genauso schwer wie eine Einteilung nach Schweregraden. Menschen mit leichter Demenz agieren vertuschend, überspielend und/oder situationsvermeidend, sind aber – im gewohnten und vertrauten Umfeld – selbständig lebensfähig. Menschen mit mittelschwerer Demenz sind oft schon mit Alltagsaktivitäten und -anforderungen überfordert und damit aufsichts- und/oder betreuungs-pflichtig. Schwer Demente können ihre Alltagsanforderungen nicht mehr erkennen und/oder umsetzen und sind damit rund um die Uhr betreuungs- und/oder pflegebedürftig (Böhm et al. 2015, Marwedel 2013, Schewior-Popp et al. 2012).

Therapie

Demenzen sind chronisch fortschreitende Hirnerkrankungen. Ohne Behandlung werden die Symptome in ihrer Häufigkeit und Ausprägung schleichend, aber unaufhörlich mehr und beeinträchtigen den Alltag Betroffener zunehmend. Eine ärztliche Intervention kann die Krankheit nicht stoppen, aber den Schweregrad des Verlaufs abfedern. Für die Planung einer gezielten, mehrdimensionalen Interventionsstrategie auf den Ebenen der Pharmakotherapie, der Psychotherapie und der Soziotherapie ist die Abklärung der zugrunde liegenden Ursachen von größter Bedeutung. Behandlungsziel ist es, die kognitiven und auch die nicht-kognitiven Symptome ihrer Ursache entsprechend zu bessern beziehungsweise zu stabilisieren. Für die

Behandlung der bei der Alzheimerdemenz stehen Medikamente zur Verfügung, die die Nervenzellkommunikation verbessern; bei Vaskulären Demenzen muss an der Verbesserung der Hirndurchblutung angesetzt werden. Bei neurologischen oder internistischen Grunderkrankungen gilt es vorrangig, diese in den Griff zu kriegen (Böhm et al.2015, Marwedel 2013, Hein et al. 2013, Steidl & Nigg 2011).

Umgang mit Demenzkranken

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen braucht – je nach Symptomatik und Schweregrad der Erkrankung – unterschiedliche Ansätze der Aktivierung und/oder Unterstützung. Es gibt kein Patentrezept für den gelingenden Umgang mit Demenzkranken, aber Erfahrungswerte in Bezug auf allgemeine und fachpflegerische Strategien, die das Handling erleichtern und der Situation Betroffener am ehesten entsprechen.

Allgemeine Strategien

Ein wichtiger Grundsatz der Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen ist es, sich an deren Lebensgeschichte und den tagesaktuellen Gegebenheiten zu orientieren, laufend Wertschätzung und Verständnis zu zeigen und die Menschenwürde und Menschenrechte zu achten. Es ist zudem notwendig, keinen Zeitdruck auszuüben und keine Erwartungen an deren Verhalten zu stellen. Sie sind nicht in der Lage, ihr Verhalten zu ändern. Korrekturansätze und Tadel sind daher unangemessen und führen auch nur zu Kränkungen der Betroffenen, zu Aggressionen und weiterführenden Konflikten. Zur Förderung der noch vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten brauchen Demenzkranke eine angemessene, aber nicht überfordernde, Beschäftigung und ansprechende Reize aus der Umwelt. Eine als demenzgerecht geltende Umgebung liegt dann vor, wenn sie in Bezug auf die erlebten Räume, Personen und/oder Situationen bekannt, verlässlich und gut strukturiert ist. Wenn (z.B. durch neue Betreuungsperson(en), einen Arztbesuch, einen Umzug ins Seniorenheim...) eine Veränderung in der gewohnten Lebenswelt unvermeidlich ist, braucht es ein angemessenes Management dieser Übergangssituation: Eine ruhige und stressfreie Lernatmosphäre mit an die kognitiven Möglichkeiten angepassten Übungssituationen zur Anpassung an die neue Realität. Dazu braucht es eine wohlwollende Begleitung durch alle Mitglieder eines multiprofessionellen Teams und laufendes Lob, das zum Weitermachen motiviert.

Eine umfassende Anamnese von Seiten aller eingebundenen Teams (Medizin, Pflege, div. Therapien, Case- und Caremanagement...) ist Basis für die Festlegung von Therapie- und/oder Betreuungsplänen. Die Profis müssen dazu in ihrem jeweiligen Fachbereich eine genaue Einschätzung der verbliebenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung vornehmen

und darauf basierende Unterstützungs- und Trainingspläne erstellen und anbieten. Parallel zur Umsetzung braucht es eine sorgfältige Beobachtung, Dokumentation und Evaluation des Verlaufs der gewählten Therapieansätze. Dazu sind engmaschige und intensive Besprechungen im interdisziplinären Team unerlässlich. Erfolgreich geplante und durchgeführte Unterstützungsstrategien müssen in den täglichen Alltag integriert und damit ritualisiert werden. Das Umfeld (An- und Zugehörige) muss zum einen darüber informiert werden und zum anderen in den eigenen Möglichkeiten der Unterstützung geschult werden. Das engere soziale Umfeld Demenzkranker muss zudem fortlaufend gecoacht, gelobt, getröstet und/oder über Hilfsangebote informiert werden (Böhm et al. 2015, Bundesministerium für Gesundheit 2015, Marwedel 2013, Hein et al. 2013, Menche 2011, Blunier 2007).

Der Einsatz diverser Pflege- und Betreuungskonzepte (z.B. „Realitätsorientierungstraining“ und „Gedächtnistraining“ bei leichter Demenz, „Milieuthherapie“ ab mittelschwerer Demenz) kann mithelfen, demenzgerechte Umgebungen und Übergänge zu managen, zu erhalten bzw. zu schaffen. Im Folgenden werden vier dieser Strategien kurz vorgestellt.

Fachpflegestrategie „Fördernde Prozesspflege“

Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel fordert, dass pflegerisches Denken und Handeln die demenzkranken Menschen ganzheitlich, konkret in Bezug auf 14 von ihr beschriebene Lebens- und Alltagsaktivitäten unterstützen muss. Ihre Ressourcen und Förderbedarfe müssen im Rahmen der Pflegeprozessunterlagen gleichermaßen sichtbar gemacht werden. Sie empfiehlt zudem eine Kontinuität bzgl. Personal, Grundhaltung des Personals, Abläufen und Lebenswelt. Ein wichtiger Partner in Institutionen/Organisationen mit fördernder Prozesspflege sind Angehörige: Sie sind wichtige Informationsträger zur bisherigen Lebensgeschichte Demenzkranker und können stabiler und damit Sicherheit vermittelnder Faktor in Übergangssituationen sein (Hein et al. 2013, Seel & Hurling 2005).

Fachpflegestrategie „Basale Stimulation“[©]

Die deutsche Pflegewissenschaftlerin Christel Bienenstein macht Menschen mit Demenz mit ihrem Interventionskonzept ein ganz elementares Kommunikationsangebot. Sie beschreibt unzählige Möglichkeiten (z.B. Waschungen, Positionierungen, Akustik-, Optik-, Duft-, Geschmacks-, Tast- und Vibrationsreize, gezielte wohltuende Berührungen...) um die menschlichen Sinneskanäle zu stimulieren und zu aktivieren. Sie sind, je nach Schweregrad der Erkrankten, einfacher oder komplexer gehalten. Damit kann Entwicklung und/oder Reaktion ermöglicht, Reizüberflutung aber vermieden werden (Bundesministerium für Gesundheit 2015, Hein et al. 2013, Blunier et al. 2007).

Fachpflegestrategie „Psychobiographisches Pflegemodell“

Der österreichische Diplomkrankenschwester Erwin Böhm stellt die menschliche Seele („Thymopsyche“) und die in ihr verankerten menschlichen Motive und Lebensgeschichten („stories“) in den Mittelpunkt seiner Überlegungen zum Umgang mit demenzkranken Menschen. Er fordert, dass (alten)pflegerisches Handeln immer die erlebte Biographie einbeziehen muss, da aktuell beobachtbares Alltagsverhalten immer nur die verfügbaren „Lebensbewältigungsstrategien“ und die „Grundpersönlichkeit“ spiegelt. Zudem müsse der aktuelle biographische Stand eines Menschen („Erreichbarkeitsstufe“) und seine damit verbundene Alltagsrealitätsvorstellung („Normalitätsprinzip“) bestimmt werden. Darauf muss das pflegerische Handeln abgestimmt werden. Es gilt dann, ein - aus der Sicht des Demenzkranken! - „normales“ Lebensumfeld zu schaffen bezüglich der alltäglich anwesenden Personen (Aussehen, Dialekt, Typ/Wesen), der alltäglich zu hörenden Sprache (Hochsprache vs. Dialekt, Sprechtempo, Satzbau), der alltäglich gelebten Ess- und Trinkgewohnheiten und Tischrituale. Als normal erlebt werden sollen auch die alltäglich zur Auswahl stehenden Kleidungsstücke und die alltäglich bewohnten Räume (Möbel, Wände, Bett, Nasszelle). Auch die Verteilung und Gestaltung der Arbeits- und Freizeit sollte als normal und damit vertraut erlebt werden können. Passend zur aktuellen Lebensrealität müssen dann nur noch Motive gefunden werden, um die Menschen aus ihrer oftmals beobachtbaren Abkehr in ihre eigene, innere Welt wieder nach außen in die aktuelle Alltagsrealität holen zu können. Böhm geht davon aus dass sich die Beine von selber bewegen, wenn sie seelenseitig ein entsprechend lohnendes Motiv angeboten bekommen. Sein Pflegemodell ist deshalb vorrangig auf die Reaktivierung der Altersseele ausgerichtet und wurde so auch als „reaktivierende Pflege“ bekannt (Hein et al. 2013, Köther 2007).

Fachpflegestrategie „Validation“

Die deutsch-amerikanische Psychologin Naomi Feil hat mit der Validationsmethode eine Beschreibung kommunikativer Grundhaltung und eine große Sammlung alltagstauglicher Kommunikationstechniken geschaffen. Validierend pflegen/betreuen als Grundhaltung heißt, jegliches beobachtbares Verhalten als erlaubt, ja sogar als wertvoll einzuschätzen. Es ist aus der Perspektive dessen, der es zeigt, sinnvoll und notwendig, um das aktuelle Leben und/oder unerledigte Lebensaufgaben (vgl. Erikson 1959) zu bewältigen. Validation als Kommunikationstechnik einzusetzen bedeutet, Menschen auf Basis ihres aktuellen kognitiven Status´ in vier Stadien einzuteilen und die jeweils angezeigten Kommunikationstechniken (z.B. Fragen nach Extremen, Nutzung des bevorzugten Sinneskanals...) anzuwenden (Bundesministerium für Gesundheit 2015, 30-33; Hein et al. 2013, Marwedel 2013, Blunier et al. 2007).

Literatur

1. Böhm M et al: *Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen in Vorarlberg, pro mente edition, Linz, erscheint im Winter 2015; 36-39.*
2. Blunier E et al: *Lehrbuch Pflegeassistent, 4. Auflage, Huber, Bern, 2007; 240-5.*
3. Bundesministerium für Gesundheit: *Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen [...] für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen, Eigenverlag BMG, Wien, 2015; 12-23, 30-7. Online unter <http://www.bmg.gv.at/home/Service/Broschueren/>.*
4. Hein B et al: *PflegeWissen Demenz, 1. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2013; 11-5, 21-142.*
5. Köther I: *Thiemes Altenpflege, 2. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2007; 298.*
6. Marwedel U: *Gerontologie und Gerontopsychiatrie, Europa Lehrmittel, Haan-Gruiten, 2013; 255-269, 299-302.*
7. Menche N: *Pflege heute, 4. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2007; 1380*
8. Menche N: *Pflege heute, 5. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2011; 1321.*
9. Österreichische Alzheimergesellschaft: *Zahlen und Statistik. Online unter <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>, 17.8.2015.*
10. Schewior-Popp S et al.: *Thiemes Pflege, 12. Auflage, Thieme, Stuttgart, 2012; 1151-5.*
11. Seel M & Hurling E: *Die Pflege des Menschen im Alter, 5. Auflage, Schlütersche, Hannover, 2005; 35-40.*
12. Steidl S & Nigg B: *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Facultas, Wien, 2011; 93-5, 100-102.*
13. Wiener Gebietskrankenkasse (ed.): *Erster Österreichischer Demenzbericht, Eigenverlag, Wien, 2009; 4, 17.*

Correspondence:

Mag. Birgit Weichbold, Graduate nurse, education scientist
teacher of the health and nursing school at Berufsförderungsinstitut Salzburg
Tiefenbachstraße 16B, 5300 Hallwang, Austria
E-mail: Birgit.Weichbold@sbg.at