

Pflegeoasen – eine Alternative?

Zentrale Ergebnisse einer Vergleichsstudie zur
stationären Versorgung von Menschen mit weit
fortgeschrittener Demenz

B. Schuhmacher, AGP Freiburg

Unter Mitarbeit von Heike Denkinger, Yvonne Heine, Andreas Hils

Fachtagung „Quo Vadis – Altenpflege“ 03.11.2010 in Bad Ems

Pflegeoase im Überblick

Aufbau und Methodik der Studie

Die Lebensqualität der Bewohner/innen

Raum, Privatsphäre und personale Würde

Fazit

„Pflegeroase“ ...

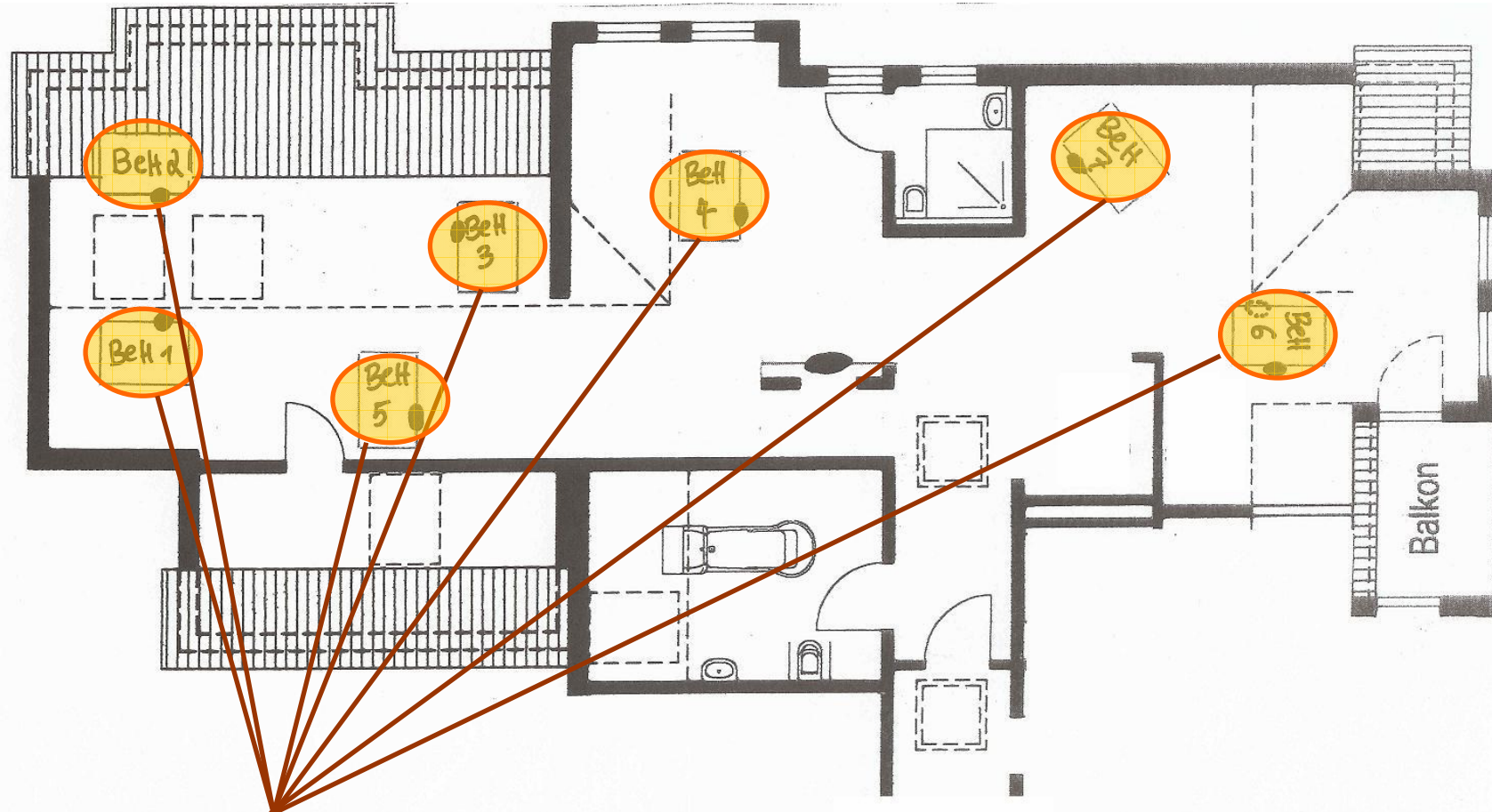
- ... als Begriff hat (noch) keine einheitliche, fest umrissene Bedeutung
- ... als Konzept verfügt noch nicht über verbindliche Kriterien für Einrichtung und Betrieb (Rutenkröger 2007); Richtlinien auf Landesebene in Entwicklung
- ... bezieht sich im Kern auf das gemeinsame Wohnen von Menschen mit schwerer Demenz in einem besonders gestalteten Raum
- ... beruht als Idee auf der Erfahrung, dass
 - Menschen mit schwerer Demenz im Einzel- oder Doppelzimmer zu wenig Zuwendung erhalten und
 - Menschen mit schwerer Demenz durch das gemeinsame Leben mit weniger schwer demenzerkrankten Menschen belastet sein können („Drei-Welten-Modell“, Held 2003)

- stationär; 3 – 7 BewohnerInnen; meist kein eigenes Bewohnerzimmer
- Homogenität der BewohnerInnen (Segregationsprinzip) im Krankheitsbild: schwere Demenz, Immobilität, in allen Verrichtungen auf Hilfe angewiesen
- optimierte Mensch-Umwelt-Passung des Raumes durch Einsatz von Farben – Licht – Akustik – Aromen
- funktionale Erfordernisse der Pflege sind individuellen Bedürfnissen und Rhythmen der BewohnerInnen nachgeordnet

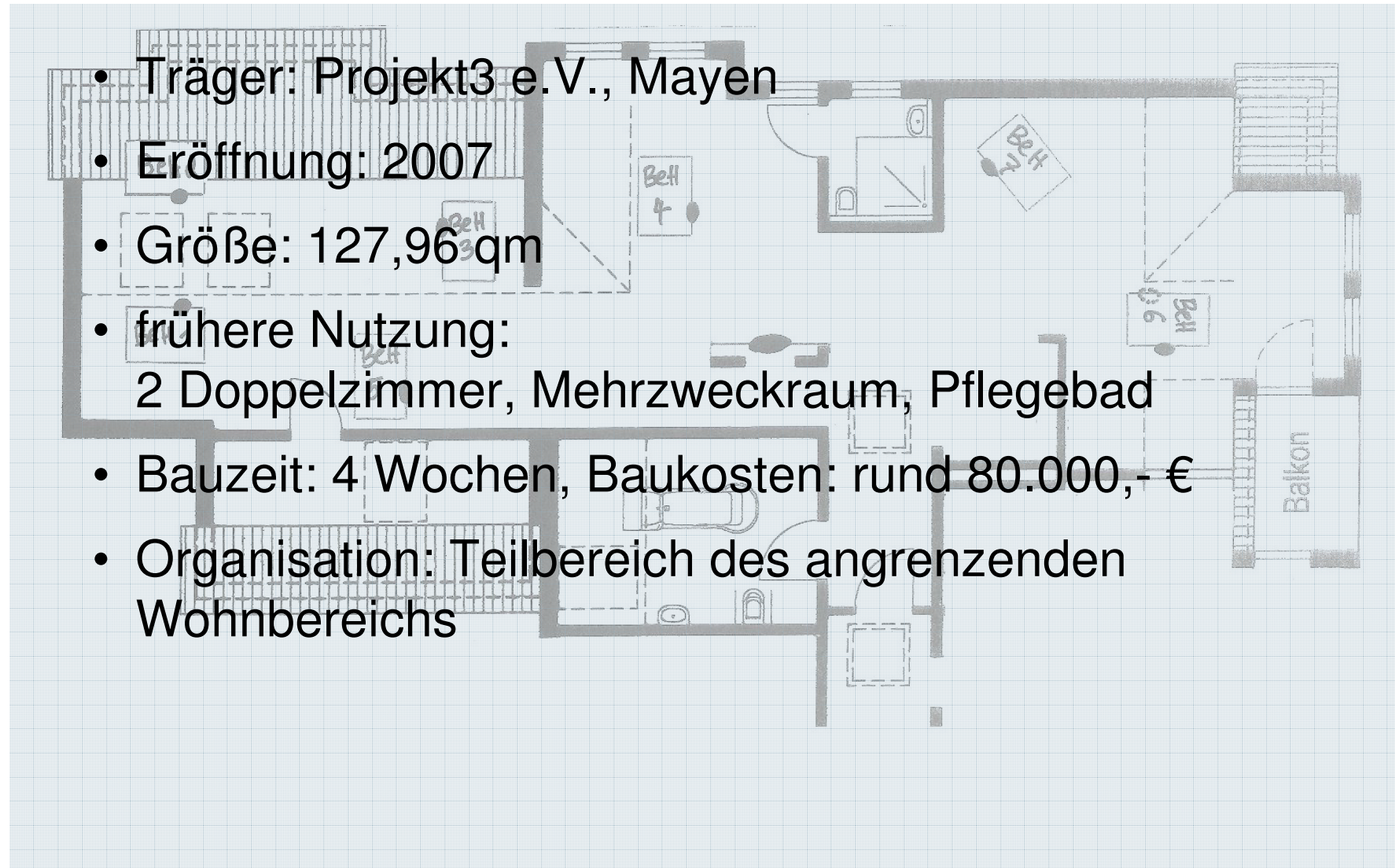
- Krankheitsbilder:
 - Schwerste Beeinträchtigung von Kognition und selbständiger Lebensführung, z.B. durch
 - weit fortgeschrittene Demenz, Z. n. Apoplex, Korsakow-Syndrom, Wachkoma
 - Fachärztliche Diagnosen nicht die Regel
- Räumliche Umwelt:
 - Erhalt des Bewohnerzimmers: Tagesoase / Wochenoase
 - nur liegend oder sitzend-liegend (Betten, Liegestühle, Sofas, Matratzen ...)
 - mit oder ohne zentrale Sitzgelegenheit / Esstisch
 - mit oder ohne kleine Küche im Raum

- Personalkonzept:
 - Gemeinsames Team mit angrenzender Station oder reines Oasenteam
 - 24h-Präsenz oder auch Zeiten (tags, nachts), zu denen keine Pflegenden in der Oase sind
 - Unterschiedliche Fachkraftpräsenz
- Anzahl der Bewohner/-innen: 3 – 13
- Angehörige als Mitgestaltende oder eher passiv

- Geräusch- und Geruchsentwicklung
 - fehlende Privatsphäre
 - Betonung einer funktionellen statt einer Bezugspflege
 - „Rückkehr zum Mehrbettzimmer“ (KDA 2002; 2005)
- ... aber erste Evaluationen zeigen:
- gesteigerte Kompetenzen von BewohnerInnen
 - höhere Kontaktzeiten und kürzere Wege für Personal
 - hohe Zufriedenheit unter Angehörigen (Demenz Support 2008; Isgos 2008; AGP 2010)



In der PG bewohnen die Studienteilnehmer/innen einen gemeinsamen Bereich mit sieben Bettplätzen im Dachgeschoss der Einrichtung. Der im Gebäude angrenzende Wohn-/Pflegebereich befindet sich in der Darstellung unterhalb.



- Träger: Projekt3 e.V., Mayen
- Eröffnung: 2007
- Größe: 127,96 qm
- frühere Nutzung:
2 Doppelzimmer, Mehrzweckraum, Pflegebad
- Bauzeit: 4 Wochen, Baukosten: rund 80.000,- €
- Organisation: Teilbereich des angrenzenden Wohnbereichs

Aufbau und Methodik der Studie

Zentrale Forschungsfragen

Hypothesen und Methoden

Stichprobe

Prospektive Längsschnitt-Beobachtungsstudie (Kontrollgruppe)

Laufzeit: Mai 2008 – Dezember 2009

Endpunkte: Lebensqualität Bewohner/-innen, Arbeitszufriedenheit
Pfleger, Zufriedenheit Angehörige, Wirkung Milieu

Methoden: HILDe, BHD, qualitative Leitfadeninterviews,
Gruppendiskussionen, standardisierte/offene Beobachtungen

Programmgruppe (PG)

- Größe Einrichtung:
89 Betten in 36 EZ, 23 DoZi,
7 Pflegeoase
- 3 Wohnbereiche, davon 2
auf Demenz spezialisiert
- Pflegestufe *in der Pflegeoase*
im Mittel: 2,22
- Stellenschlüssel: 1,14

Vergleichsgruppe (VG)

- Größe Einrichtung: 42 Betten
in 30 EZ, 6 DoZi
- Eröffnung der Einrichtung:
1998, Träger: Projekt 3 e.V.
- Pflegestufe *aller Bewohner-
/innen* im Mittel: 1,66
- Stellenschlüssel: 2,54

Vergleichbare
Daten

Wie entwickelt sich die **Lebensqualität** von Bewohner/innen einer Pflegeoase im Vergleich zu Bewohner/innen von Einzel- und Doppelzimmern?

Welche Wirkung hat das **räumliche Milieu** auf die Bewohner/innen?

Wie belastet bzw. wie zufrieden sind **Pflegende**, die in Pflegeoasen arbeiten?

**Pflege-
oasen**

Welche **Belastungen** bringt die Pflegeoase ggf. mit sich?

Fehlende Privatsphäre?
Beeinträchtigung der personalen Würde?

Geruchs- und Geräusentwicklung?
Verstärkung funktional ausgerichteter Pflege?

Wie zufrieden sind **Angehörige** mit der Versorgungsform?

H1 Bewohner/innen: Lebensqualität ↑

- H.I.L.DE. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen)
- Fremdeinschätzung + Befragung
 - Objektive / subjektive Einflussfaktoren LQ
 - Kompetenzgruppen (hier: SDS)
 - Referenzdaten (SDS n = 467-498)

H3 Pflegende: Arbeitszufriedenheit ↑ Belastung ↓

- BHD (Belastungsscreening bei Humandienstleistungen)
- Gruppendiskussionen

H2 Milieu: Pflegeoase hat Vorteile gegenüber Einzel-/Doppelzimmer.

- Expertengutachten
- Besuch der Pflegeoase
 - Diskussion mit Einrichtungsleitung, Mitarbeiter/innen und Forschungsteam
 - Gutachten
- Beobachtungen

H4 Angehörige: Zufriedenheit ↑

- Qualitative Interviews

Stichprobe: homogene Gruppe



Programmgruppe (Pflegeoase)

Bewohner/-innen

- n = 8 (7 w, 1 m)
- 61-94 Jahre, Ø 82,9 Jahre
- MMST < 3
- Pflegestufe: 2 (1), 3 (6), 3+ (1)

Angehörige

- n = 5; 4w, 1m; Ø 52,8 J.
- 5 Fragebogen
- 4 qual. Interviews
- selbst gepflegt: 3

Pflegende

- n = 21 (Belastungsfragebogen)
- n = 5 (Gruppendiskussion)

Vergleichsgruppe (Einzel- / Doppelzimmer)

Bewohner/-innen

- n = 5 (5 w)
- 82-96 Jahre, Ø 87,6 Jahre
- MMST = 0
- Pflegestufe: 2 (3) und 3 (2)

Angehörige

- n = 4; w; Ø 55,2 J.
- 4 Fragebogen
- 4 qual. Interviews
- selbst gepflegt: 1

Pflegende

- n = 26 (Belastungsfragebogen)
- n = 7 (2 Gruppendiskussionen)

Lebensqualität der Bewohner/innen

Bewegungsradius

Schmerzen

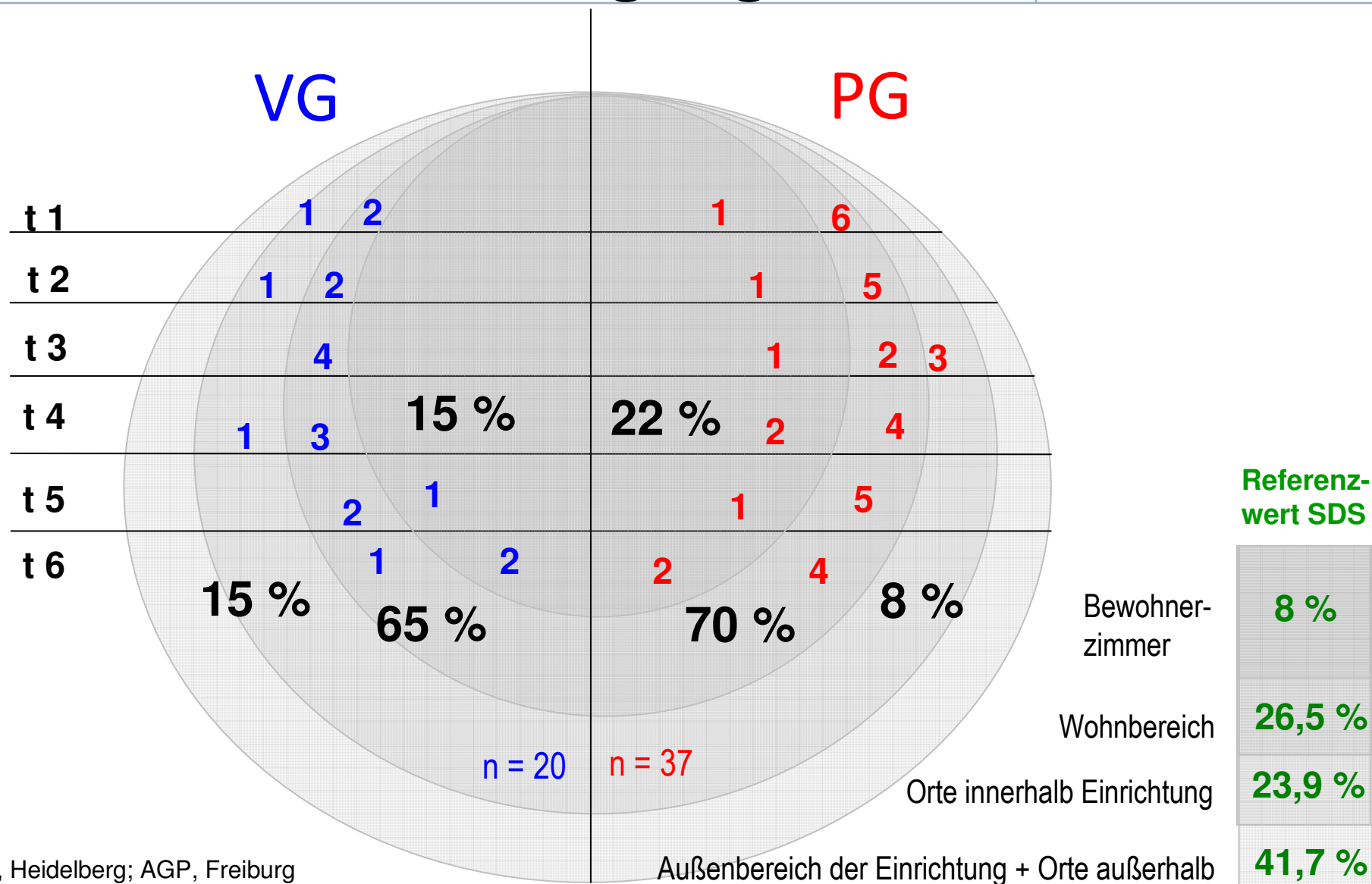
Aktivitäten

Soziales Bezugssystem

Wege, Zeiten und Zuwendung

Emotionales Erleben

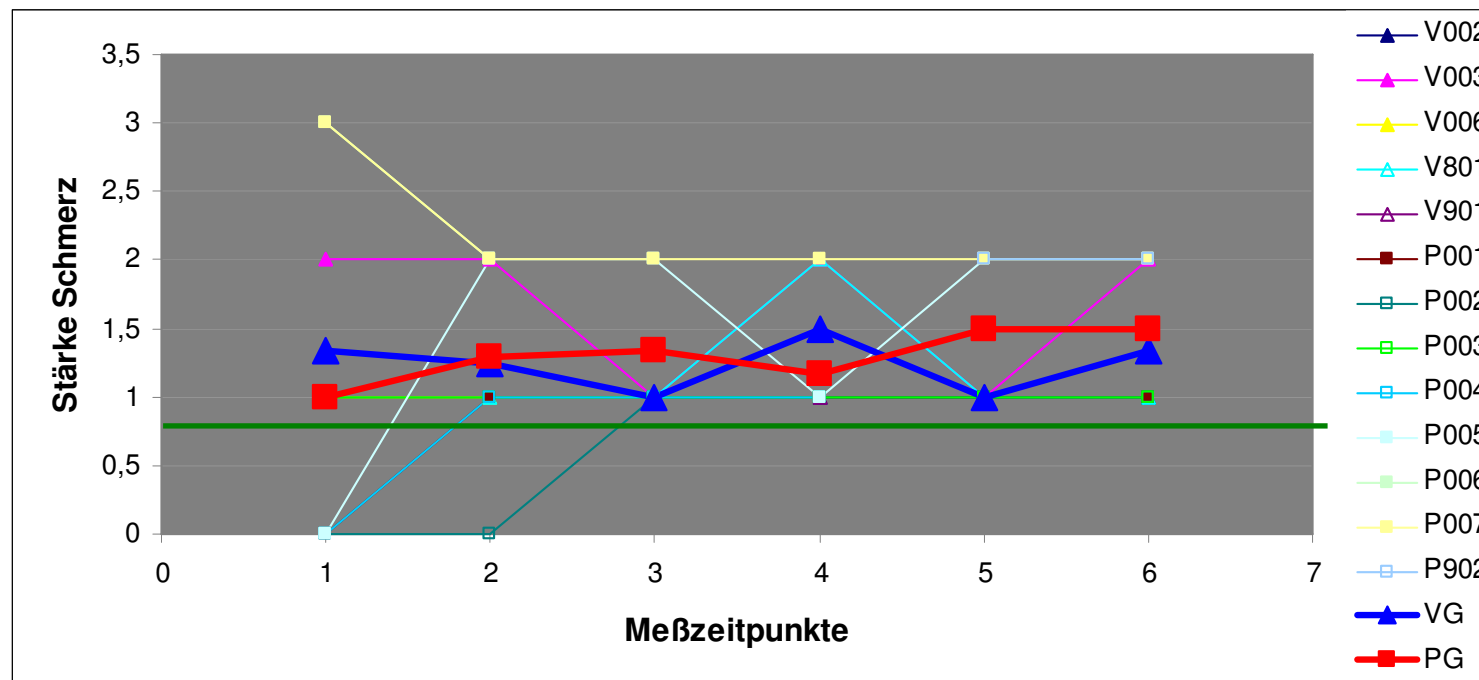
Maximaler Bewegungsradius



IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

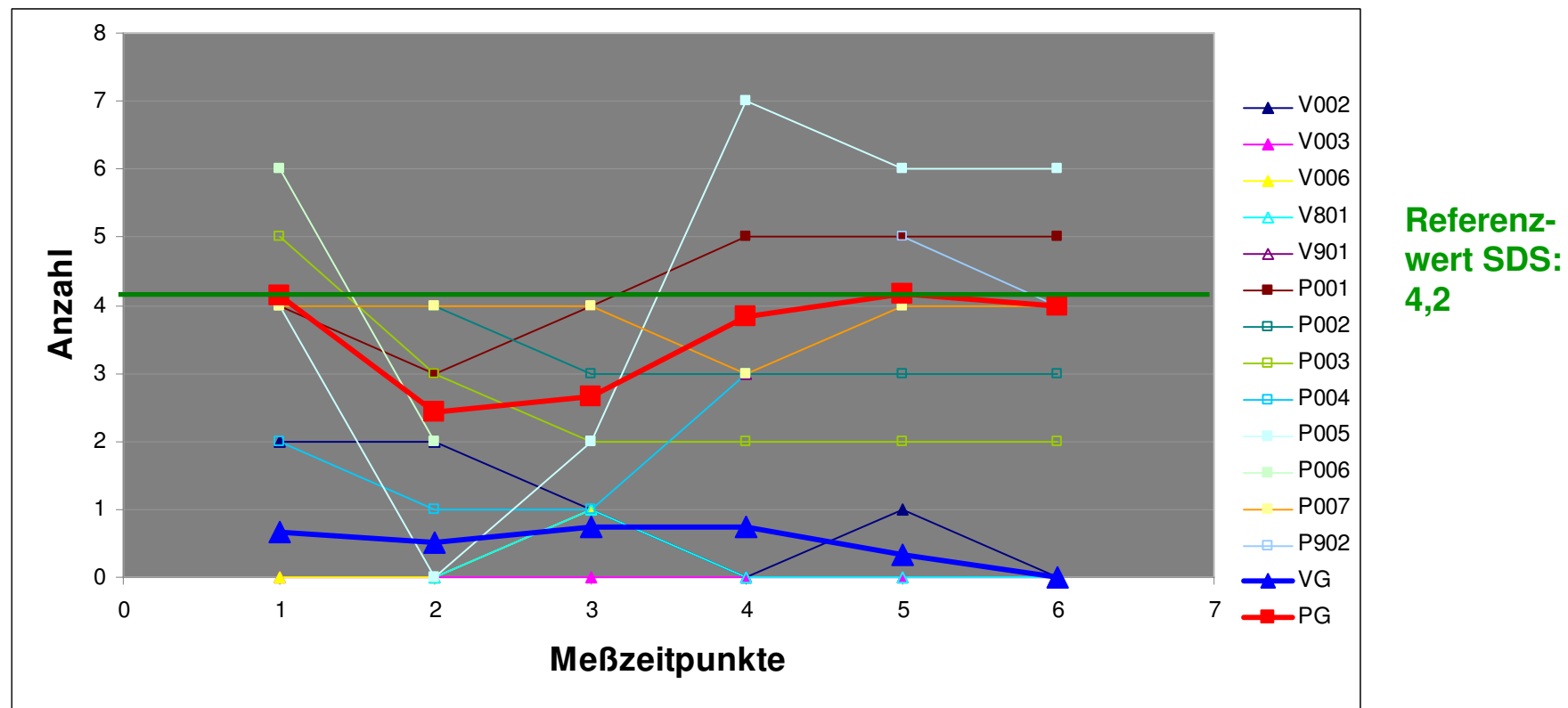
Schmerzen: ohne Unterschied

Stärke der Schmerzen



Referenzwert SDS:
0,79

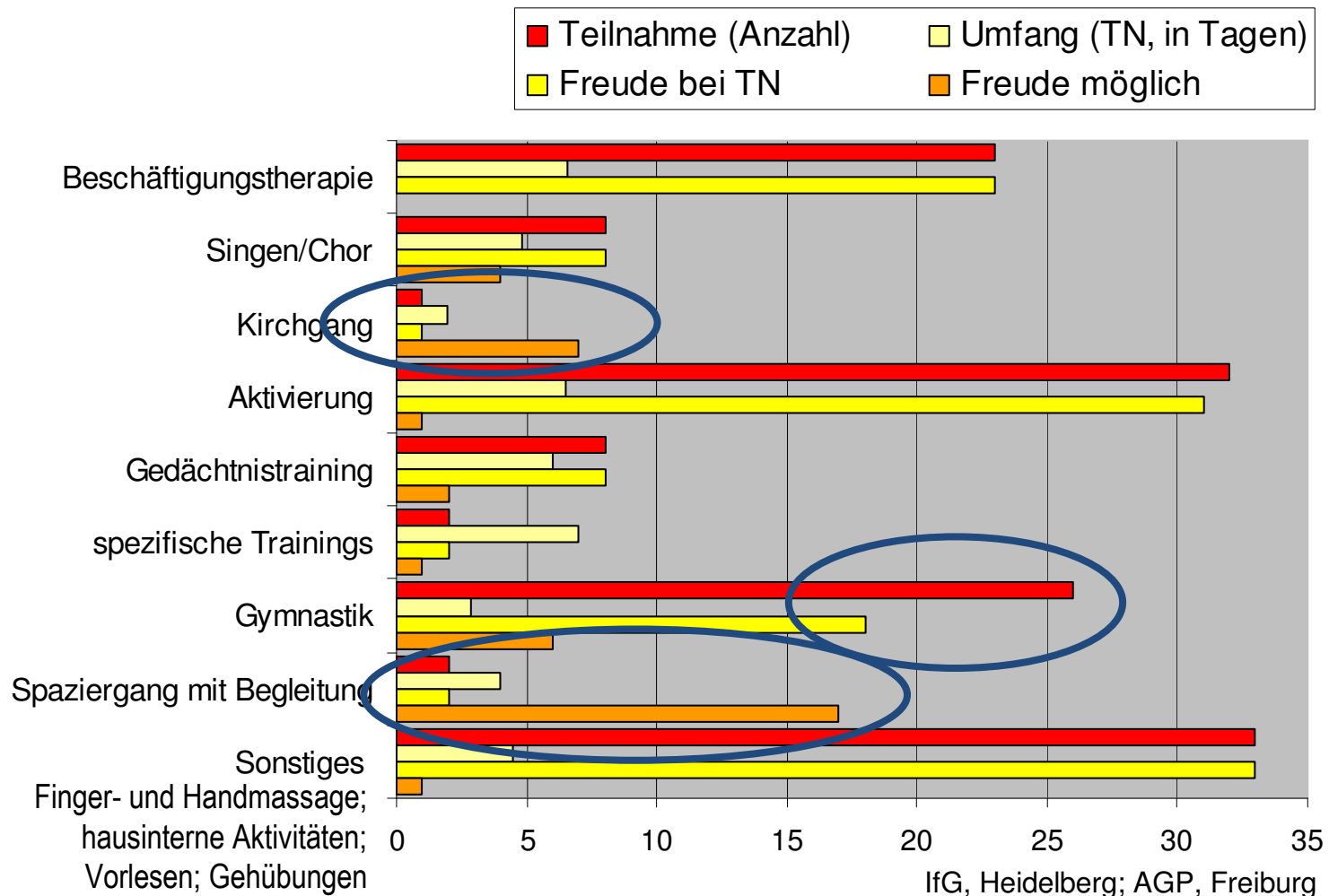
Anzahl der angeleiteten Aktivitäten



IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

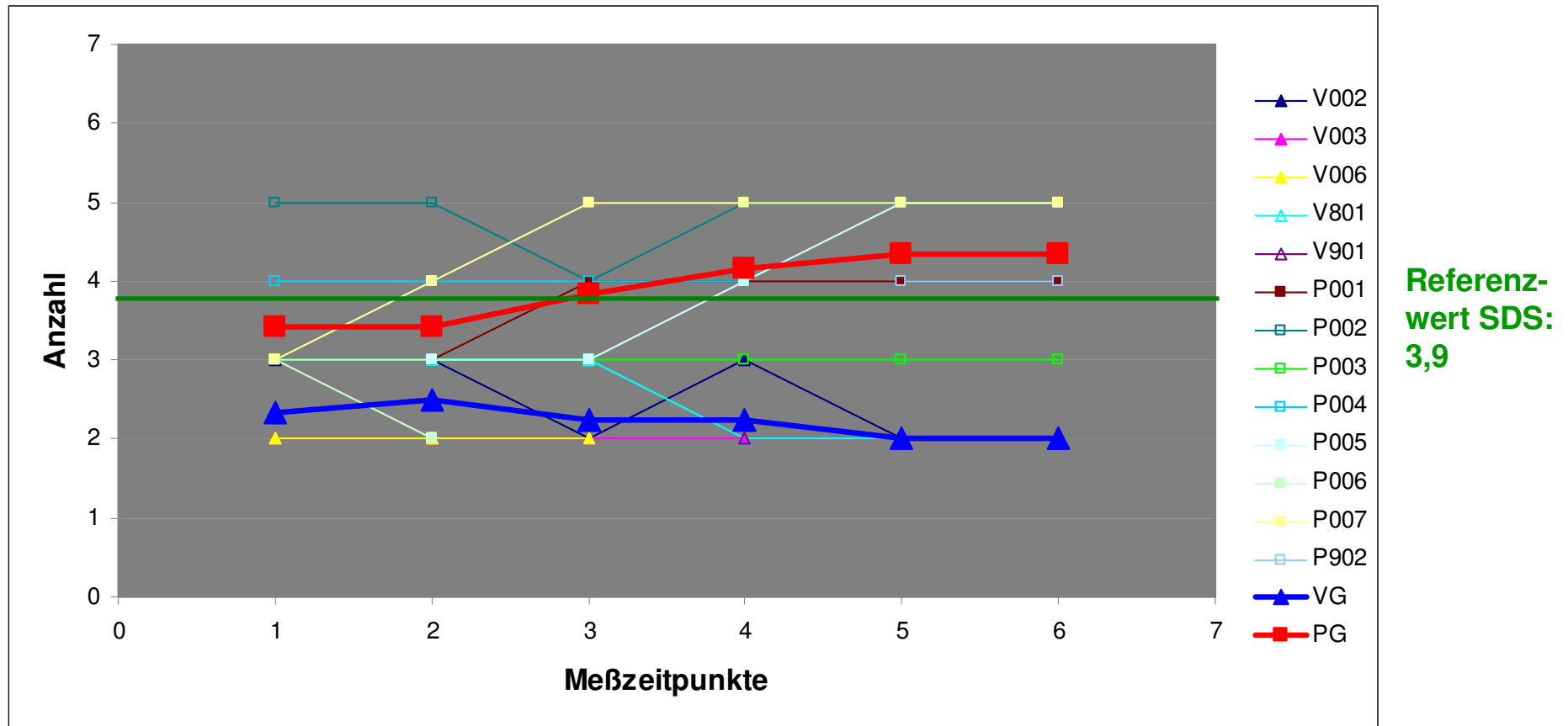
Aktivitäten bereiten Freude

Welche Aktivitäten werden in der PG durchgeführt? (t1 – t6)



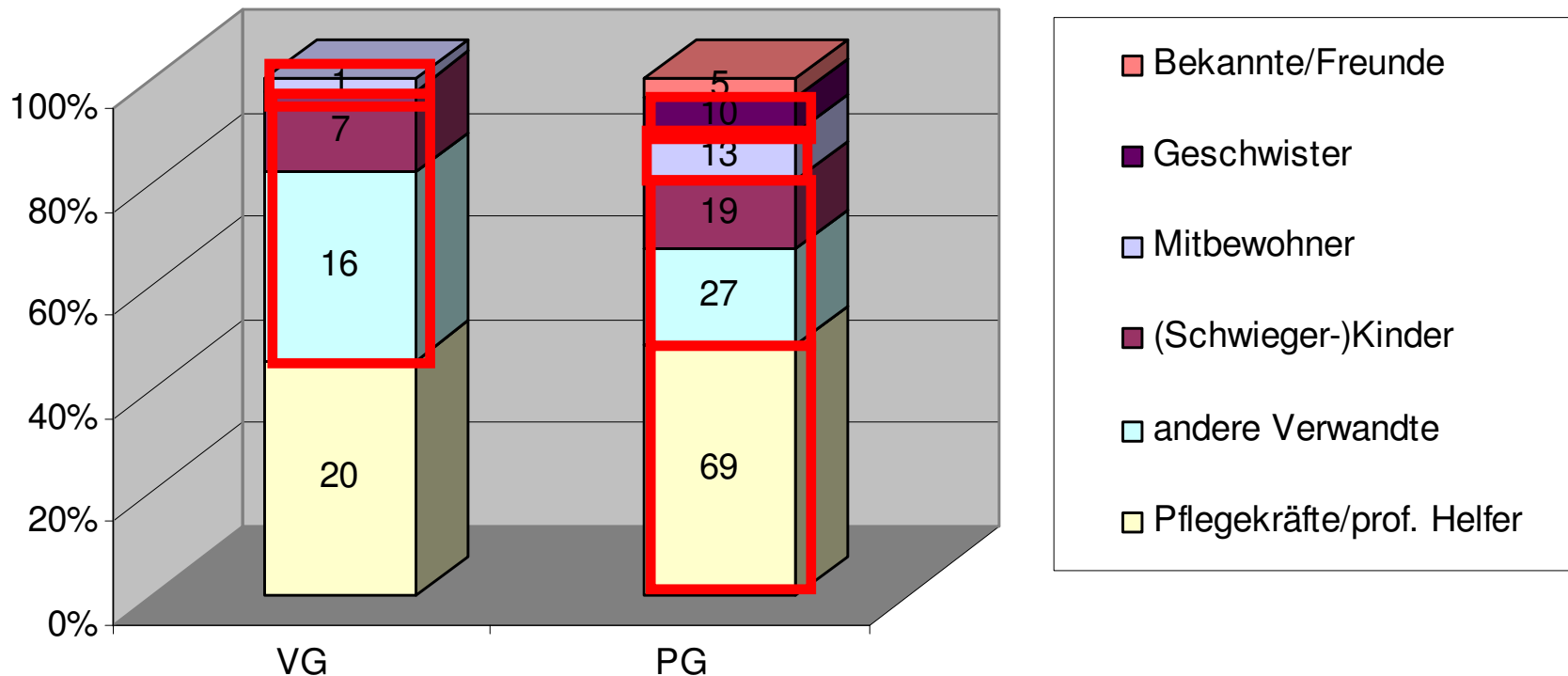
PG: mehr Bezugspersonen

Anzahl der positiven Kontaktpersonen



IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

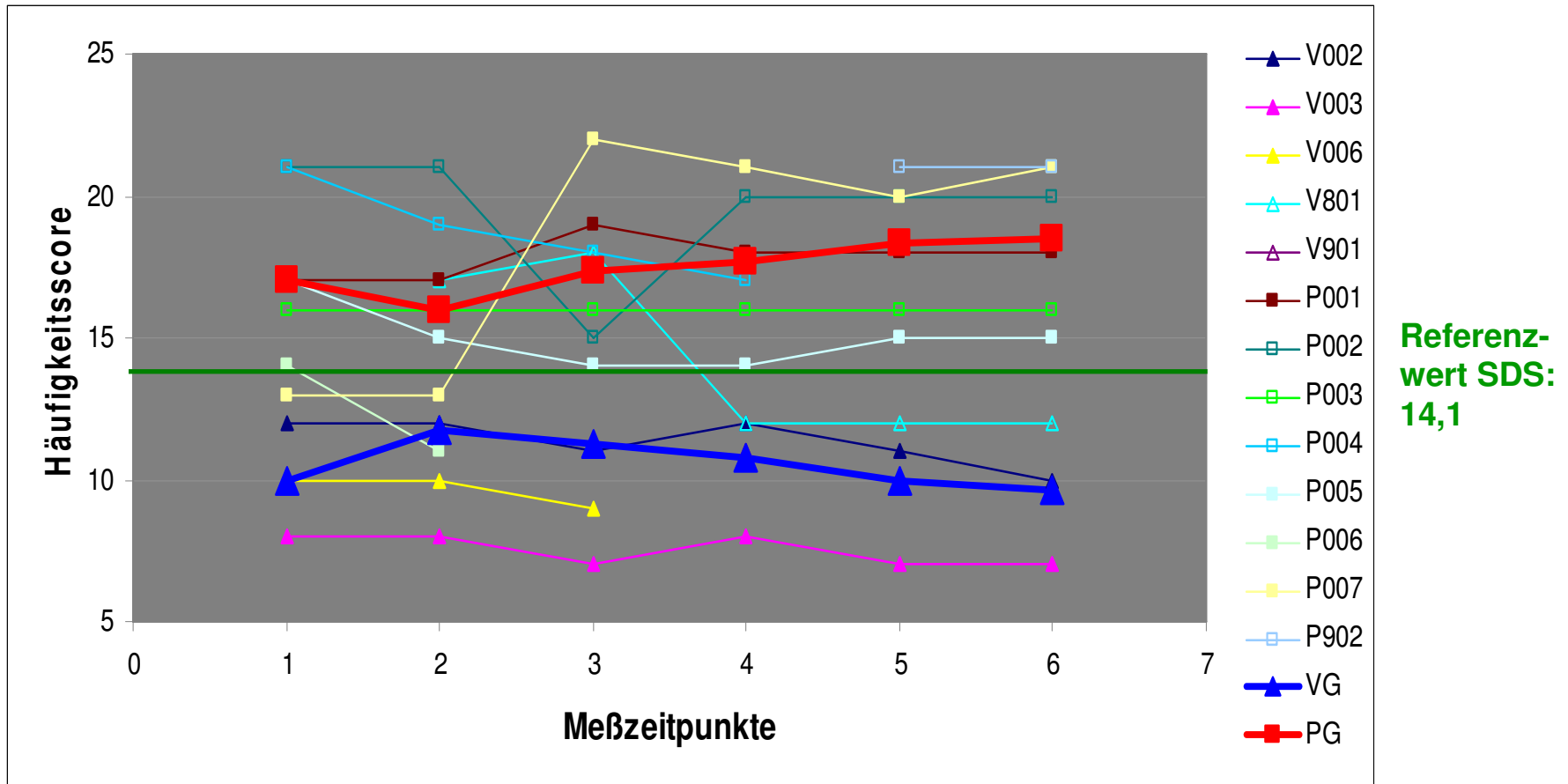
Art der Kontaktpersonen, t1 – t6



IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

PG: mehr positive Kontakte

Häufigkeit der positiven Kontakte



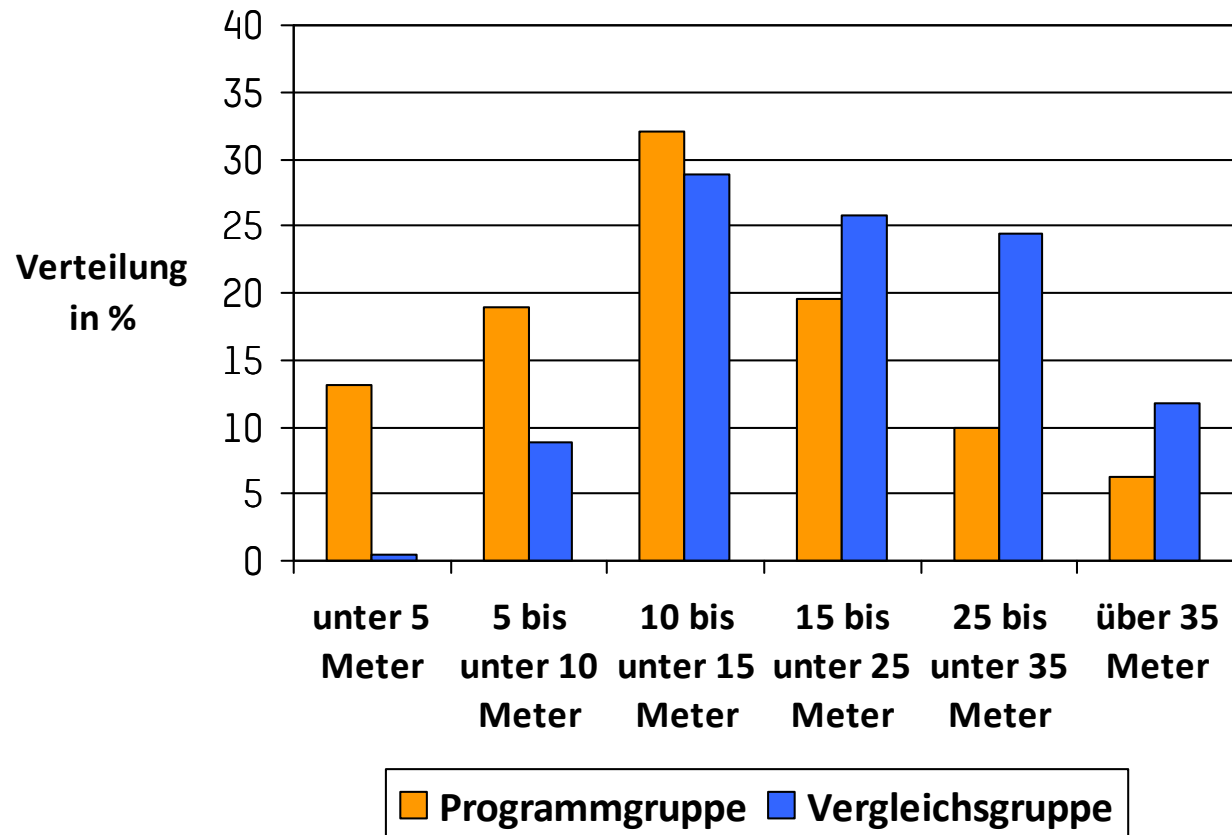
IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

Strecken und Zeiten

- Die Begleitung der Pflegekräfte belief sich auf insgesamt
- knapp 14 Kilometer in
 - etwa 46 Stunden (4727,5 Minuten).

	PG	VG
Beobachtungsweg gesamt	5767,6 mtr. (100 %)	8062,2 mtr. (100 %)
davon: examinierte Pflegekräfte	2955,5 mtr. (51,2 %)	3495,6 mtr. (43,4 %)
davon: nicht examinierte Pflegekräfte	2812,1 mtr. (48,8 %)	4566,6 mtr. (56,6 %)
Beobachtungszeit gesamt	1447,5 min. (100 %)	1300,0 min. (100 %)
davon: examinierte Pflegekräfte	674,5 min. (46,6 %)	454,0 min. (34,9 %)
davon: nicht examinierte Pflegekräfte	773,0 min. (53,4 %)	846,0 min. (65,1 %)
Distanz pro Stunde/ examinierte Pflegekräfte	262,9 Meter pro Stunde	462,0 Meter pro Stunde
Distanz pro Stunde/nicht examinierte Pflegekräfte	218,3 Meter pro Stunde	323,9 Meter pro Stunde

Die Pflegekräfte der VG legen längere Strecken zurück: Ihr Tagesmittel liegt bei 372,1 Metern /Arbeitsstunde, das der PG bei 239,1 Metern / Arbeitsstunde.



Das haben wir gemessen...

- 439 tätigkeitsverbindende Wegstrecken in der PG
- 400 tätigkeitsverbindende Wegstrecken in der VG

... und das kam dabei heraus:

In der vergleichbaren Menge an Distanzen konnten in der PG deutlich mehr kurze Wege gemessen werden, während in der VG längere Strecken überwiegen.

Bewohnernahe / -ferne Zeit

Der Anteil der Arbeitszeit, die von den Pflegekräften in den bettnahen Bereichen (Pflegeoase oder Bewohnerzimmer) verbracht wird, ist in ...

... der PG

- 74,6 % für alle Bereiche der Pflegeoase
- 66,9 % für die Bettplätze der Pflegeoase



Während dieser Zeit haben die Pflegekräfte auch Kontakt zu anderen Bewohnerinnen der Pflegeoase

... der VG

- 63,5 % für alle Bereiche der Bewohnerzimmer (also auch die zu den Zimmern gehörenden Naßzellen)



Während dieser Zeit haben die Pflegekräfte keinen Kontakt zu Bewohner/innen außerhalb des Zimmers

„Wenn wir schon da sind in der Oase, dann sehen wir, wer Zeit braucht. Und wenn wir von Zimmer zu Zimmer gehen, dann wenn wir ein Zimmer verlassen, dann sehen wir den Bewohner nicht mehr. Und dann wissen wir nicht, was er will“

Pflegemitarbeiterin PG

- kontinuierliche Beobachtung

„Es ist eigentlich ständig einer von uns da hinten in der Sinneswelt, weil sie sich halt eben nicht mehr selber helfen können, nicht mehr aus dem Bett steigen können, sie können nicht mehr zur Klingel greifen, wenn irgendwas ist, wie andere Bewohner das in ihren Zimmern können.“

- Aufmerksamkeit, Wahrnehmung der Bedürfnisse

„Und in der Sinneswelt kann man sich auf die Leute komplett konzentrieren.“

- Bedürfnisorientierte Pflege

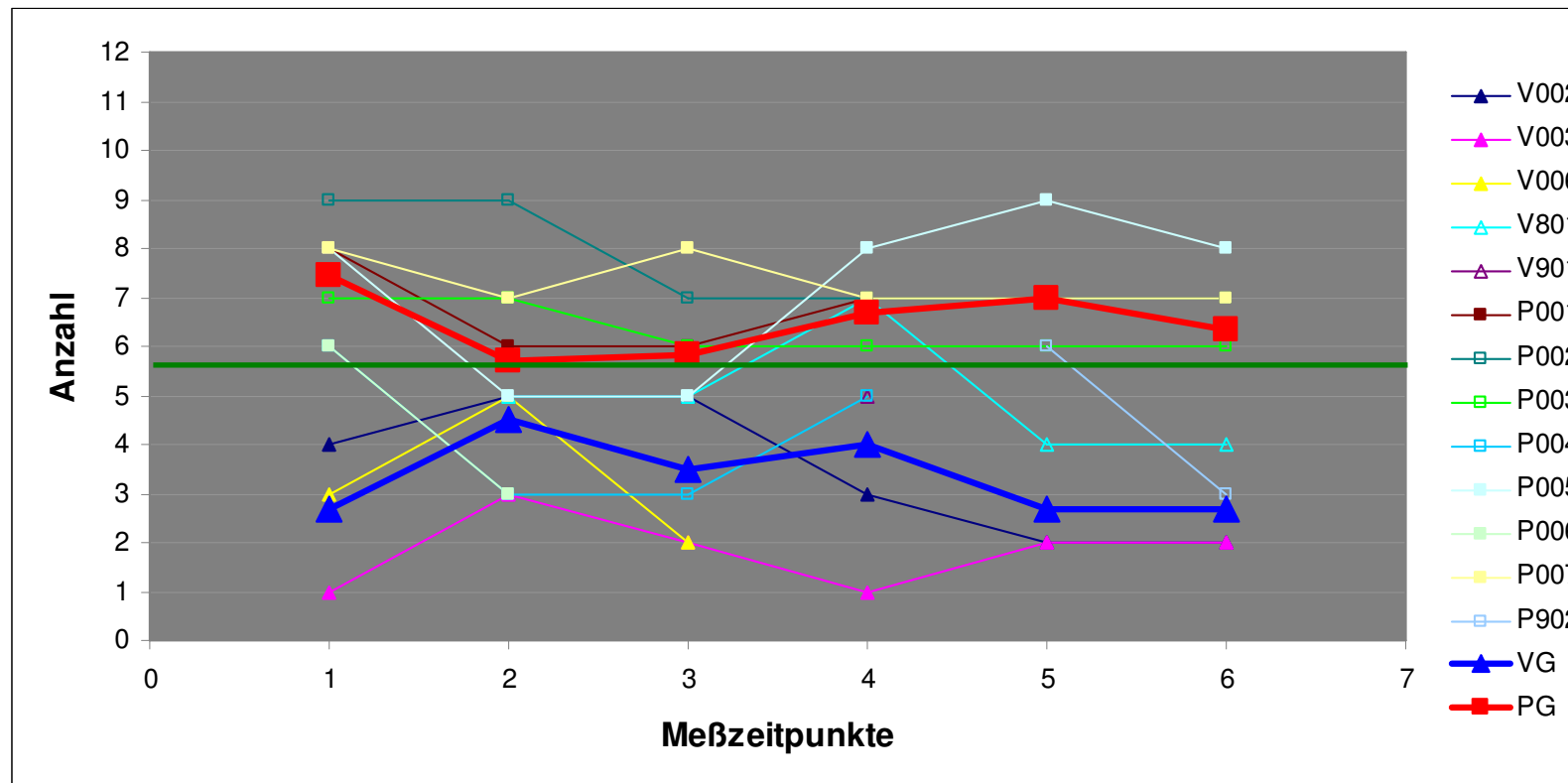
„Man muss auch Dinge den Gegebenheiten anpassen. Wer steht wann auf, das ist auch jeden Tag anders, man muss immer gucken, dass man da kurzfristig mal umdisponieren kann.“

- Kleine Gesten der Zuwendung sind zentral

„Das Glück hatte ich ja zum Beispiel, bei mir war sie auch so unruhig gewesen, da hab ich mich einfach an ihr Bett gesetzt und hab sie gestreichelt. Dann lässt sie sich auch wieder ein.“

Positiv erlebte Situationen

Anzahl verschiedener, positiv erlebter Alltagssituationen



Referenzwert SDS:
5,8

IfG, Heidelberg; AGP, Freiburg

Lebensqualität PG - VG

Bewohner/innen von PG und VG haben im Vergleich zur *Referenzgruppe* einen kleineren Bewegungs-Radius sowie stärkere Schmerzen

Bewohner/innen der Pflegeoase erleben mehr Aktivitäten, die ihnen Freude bereiten (als VG)

Bewohner/innen der Pflegeoase haben mehr Kontakte zu positiven Bezugspersonen (als VG)

Bewohner/innen der Pflegeoase erleben häufiger angenehme Alltagssituationen (als VG)

Positive Effekte entstehen u. a. deshalb, weil Pflegemitarbeiterinnen Ressourcen bewohnerorientiert einsetzen.

In der Pflegeoase wird in einigen Aspekten eine Lebensqualität verwirklicht, die höher ist als in der Vergleichsgruppe und das Niveau der Referenzgruppe SDS erreicht. Pflegende setzen die in der Oase gewonnenen Ressourcen bewohnerorientiert ein.

Raum, Privatsphäre und Würde

Wie ist Privatsphäre entstanden und was bedeutet sie?

Genese der europäischen Zivilisation: Zentralisierung von Macht und Zurückdrängen von körperlicher Gewalt

Scham- und Peinlichkeitsschwellen rücken vor: rationale Ich-Steuerung

Verinnerlichung sozialer Zwänge

Privatsphäre als historisch entstandenes Konzept basiert zentral auf dem Zurückdrängen von Körperlichkeit durch rationale Vernunft. Für die Lebensqualität von Menschen mit weitfortgeschrittener Demenz ist Privatsphäre deshalb ggf. von untergeordneter Bedeutung (z. B. im Vergleich zu sozialer Nähe).

Elias 1936/1991

Tür als Schutz der
BewohnerIn

- Anklopfen kündigt Eindringen in privaten Bereich an
- Rückzugsraum
- aber auch: Routine

„Ich denk, das ist auch so, so ne Intimsphäre, diese Tür, das ist der Bereich des Bewohners - und ich klopfe, da signalisiere ich ihm ja auch, dass ich den Respekt hab, dass ich jetzt erst mal anklopfe.“

„IP1: Ich musste grade lachen, wir klopfen ja teilweise schon zu Hause am Badezimmer an.

IP2: Ich klopfe auch an, wenn ich in den Fäkalienraum gehe, ich klopfe überall an“ [alle lachen]

intensiviert den
Kontakt zwischen
Pflegekraft und
Bewohner/in

- Pflegekraft selbst ist gelöster
- Pflegekraft konzentriert sich nur auf BewohnerIn

„Doch, ich denke, das ist schon ein riesengroßer Unterschied, wenn man mit den Bewohnern alleine ist, also, ich hab da ja schon zu Ihnen gesagt, ich geh dann ganz anders mit den Bewohnern um. Also, ich hab teilweise bei der Pflege schon von meinen Kindern erzählt, oder von mir selber erzählt“

■ In welcher Weise wirkt der physische Raum auf soziale Beziehungen?

Der physische Raum ist eine Verkörperung von sozialen Gefügen.

Abstände / Distanzen bilden auch soziale Hierarchien ab.

Der Umgang eines Individuums mit dem ihm zur Verfügung stehenden Raum prägt sich biographisch tief ein (Habitus).

Anordnungen im physischer Raum sind Wegweiser für soziale Positionen im Ungleichheitsgefüge. Die biographisch und kulturell geprägte Raumeignung verliert mit zunehmender Demenz an Bedeutung, ist aber Pflegenden und Angehörigen weiterhin präsent.

Bourdieu 1991

Verletzt die Einschränkung der Privat- und Intimsphäre die Würde von Menschen mit Pflegebedarf?

Recht auf Privatsphäre als Abwehrrecht

Recht auf Privatsphäre begründet keine Raumgröße

Personale Würde beruht auf der Kontinuität, der Leiblichkeit und der Relationalität des Menschlichen

Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre basiert weniger auf räumlichen Strukturen, sondern ist in der Haltung begründet, mit der Menschen sich begegnen.

Wetzstein 2009

Lebensqualität

Die Lebensqualität in der PG war durch häufigere Aktivitäten, Kontakte zu positiven Bezugspersonen und häufigere positive Alltagserlebnisse höher als in der VG. In der wichtigen Dimension „Schmerzen“ gab es keine Unterschiede. Aufgrund der geringen Fallzahl sind weitere Untersuchungen notwendig.

Raum + Privatsphäre

Theoretisch lässt sich zeigen, dass die Einschränkung der Privatsphäre von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, wie sie durch das Leben in einem Mehrpersonenraum erfolgt, nicht zwangsläufig mit einem Verlust an personaler Würde verbunden ist. .

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz sollte – auch über die Thematik der Pflegeoasen hinaus – weniger als Frage der Räume und deren Ausgestaltung diskutiert werden, sondern eher in Begriffen von Anerkennung, Beziehung, Kommunikation und sozialer Nähe.

**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**