

Zusammenfassung

Menschen, die an Demenz leiden, sind u. a. mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Einschränkung ihrer Orientierungsfähigkeit konfrontiert. In diesem Artikel wird aufgrund von Projekterfahrungen berichtet, wie durch geeignete Strukturen im Lebens- und Wohnumfeld von dementen Menschen deren räumliche, zeitliche und soziale Orientierung verbessert werden kann. Der Einbezug des Umfeldes als Ressource in der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit ist für die meisten professionellen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Institutionen eine ungewohnte Sichtweise und daher eine Herausforderung.

Über den Umgang mit Demenz aus umweltpsychologischer Sicht

Rudolf Welter

Welter und Simmen, Organisationsberatungen, Meilen

Menschen, die an Demenz leiden, sind v. a. an den direkten *Auswirkungen* von Hirnleistungsschwächen interessiert, mit denen sie im täglichen Leben konfrontiert werden. Ich denke jetzt v. a. an die direkt Betroffenen, aber auch an Angehörige und Menschen, die in pflegenden Berufen in Institutionen demente Menschen betreuen.

Mein Zugang zu an Demenz leidenden Menschen steht im Zusammenhang mit Fragen zur Gestaltung des Umfeldes für diese Menschen. So werde ich in diesem Beitrag über einige Erfahrungen berichten, die ich im Rahmen von Projekten diesbezüglich machen konnte. In diesen geht es um Verbesserungen der Lebens- und Wohnumfelder, damit die eingeschränkte räumliche, soziale und zeitliche Orientierungsfähigkeit von Menschen, die an Demenz leiden, kompensatorisch verbessert wird. Dieser Satz bedeutet nichts anderes, negativ formuliert, daß ungünstig gestaltete Lebensumfelder die angesprochene Orientierungseinbuße noch verstärken können.

Was ich deutlich machen möchte mit meinen Ausführungen ist, daß neben medizinischen Möglichkeiten eben auch umfeldgestalterische Chancen genutzt werden, um die Orientierung für demente Menschen zu verbessern. Damit ergibt sich für mich eine Erweiterung des diagnostischen

Instrumentariums wie auch der Interventionsmöglichkeiten. Die mangelnde oder eingeschränkte räumliche, zeitliche und soziale Orientierung ist nach Aussage von Betroffenen und Menschen in deren Umfeld eine der einschneidendsten Folgen der Demenz. Ich denke, daß es daher sinnvoll ist, sich mit Möglichkeiten zu beschäftigen, welche die Orientierung für demente Menschen verbessern helfen. Darin sehe ich auch meine Aufgabe, wenn ich mit Menschen in Organisationen und Institutionen in deren Auftrag tätig bin.

Dimensionen von Desorientierung

Was ist gemeint mit den 3 oben erwähnten Dimensionen von Desorientierung? Dazu einige Erklärungen.

Räumliche Dimension. Hier wird der Aspekt des territorialen Bezuges zu einem Raum angesprochen. Es geht um den Besitz eines Territoriums, zu dem der Mensch eine Beziehung hat, sei es, indem er an der Gestaltung eines Raumes mitwirken konnte oder daß der Raum mit persönlichen Gegenständen des „Besitzers markiert“ ist, die auch demente Menschen als ihr Eigentum erkennen können. Unter territorialem Bezug verstehe ich auch die Verwurzelung auf der Makroebene, z. B. mittels des Bezugs zu einer Nachbarschaft, in dem sich Menschen während ihres Lebens Orientierungspunkte auf ihrer kognitiven Landkarte

Dr. R. Welter, Welter und Simmen, Organisationsberatungen, Dorfstraße 94, CH-8706 Meilen

System Familie (1998) 11:23–26 © Springer-Verlag 1998

Coping with dementia from the environmental-psychological point of view

Rudolf Welter

Summary

People suffering from dementia are confronted with a more or less severe loss of the capacity for orientation. This article describes – based on project experience – how by structuring the environment the orientation of

demented people can be enhanced in space, time and groups. Including the environment as a resource for the diagnosis and therapy of dementia is for professionals working in institutions a fairly unusual view and a new challenge.

einprägen konnten. Durch eine Entwurzelung von dementen Menschen aus ihren Nachbarschaften entstehen ernsthafte Orientierungsprobleme am neuen Wohnort.

Zeitliche Dimension. Die Wahrnehmung von zeitlichen Strukturen kann der Orientierung sehr dienen. Hier sei v. a. die Strukturierung von Tages- und Nachtzeiten angesprochen. Zeitliche Strukturen können effizienterweise mit „natürlichen“ Erlebnissen oder Ereignissen gekoppelt werden, bei denen alle Sinne der menschlichen Wahrnehmung genutzt werden: sehen, hören, riechen, schmecken und tasten. Das Lebensumfeld von dementen Menschen sollte meiner Meinung nach angereichert sein mit einer dichten Vielfalt an sinnlichen Stimulationen, welche die zeitliche Orientierung fördern. Beispiele: Essenszubereitung gibt Aufschlüsse über Tageszeiten; Ausblicke auf offene Landschaften ergeben Hinweise zu Tageszeiten, aber auch Jahreszeiten; Aufenthalte im Freien, die Wahrnehmung von Wärme und Kälte, Trockenheit und Feuchtigkeit geben ebenfalls Hinweise zu Tages- und Jahreszeiten.

Soziale Dimension. Ähnlich wie bei der räumlichen Dimension kann man auch bei der sozialen von einem Territorium sprechen, also von einem sozialen Territorium. Das Eingebettet sein in und somit der Bezug zu einem sozialen Netz bekannter Menschen, wie auch dessen Beständigkeit hilft der Orientierung. Ständige Wechsel in

Pflege- und Ärzteteams (z. B. in geriatrischen Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen), wie auch unklare Aufgabenzuständigkeiten in diesen Teams, erhalten und verstärken Verwirrungszustände von dementen Menschen ganz wesentlich.

Diese 3 Dimensionen wirken komplementär, das heißt, sie unterscheiden sich zwar wesentlich in bezug auf deren Wesensmerkmale, im Zusammenwirken werden sie aber als Gesamtheit wahrgenommen und können so auch nutzbar gemacht werden.

Lösungsansätze aus der Praxis

Wohnortsnaher Einrichtungen

Unser Büro für die Beratung von Organisationen, Institutionen und Gemeinwesen hat im Zusammenhang mit der Erarbeitung eines Altersleitbildes für die Stadt Winterthur unterschiedliche Wohn- und Pflegeeinrichtungen in Form von quantitativen und qualitativen Analysen untersucht und dabei die Chancen und Grenzen dieser Formen genauer festhalten können (Welter und Simmen 1995).

Bei dieser Untersuchung haben wir u. a. auch Gespräche mit den zuständigen Leiterinnen solcher Wohn- und Pflegeeinrichtungen geführt. Dabei ist uns aufgefallen, daß der Problematik der Unterbringung und Betreuung dementen Menschen große Aufmerksamkeit geschenkt wird oder besser geschenkt werden muß, ist doch die Betreuung solcher Menschen z. T. sehr

aufwendig, v. a. in kommunikativer Hinsicht.

In einem dieser Gespräche kamen in diesem Zusammenhang interessante Aspekte zur Sprache. Es handelt sich dabei um eine Institution, die sich wegen der Größe und wegen der Lage in der Stadt Winterthur besonders auszeichnet. Dieses Wohnheim beherbergt nämlich nur gerade 18 BewohnerInnen, verteilt auf 2 Wohngruppen, und sie liegt im Zentrum eines dicht besiedelten Stadtkreises. Was nun die Gesprächspartnerin im Besonderen beobachtet hat, ist, daß sich demente BewohnerInnen, die aus demselben Stadtkreis stammen, in dem das Wohnheim liegt, sich viel besser orientieren können im Umfeld des Heimes, als BewohnerInnen, die von der ganzen Stadt stammen. Dies hat z. B. zur Folge, daß sich die ersteren häufig ohne jede Begleitung in das Leben des Stadtkreises wagen, dort einkaufen oder sich mit Bekannten aus dem Stadtkreis treffen, und danach den Weg zurück ins Heim wiederfinden. Nicht so bei „Stadtkreis-fremden“ BewohnerInnen: Diese verbleiben im Heim, oder wenn sie sich herauswagen, finden sie sich nicht mehr zurück und müssen von BetreuerInnen oder der Polizei gesucht und ins Heim zurückgeführt werden.

Räumliche Strukturierung und Möblierung in stationären Einrichtungen

Aufgrund eigener architektonischer und organisatorischer Experimente in Pflegeinstitutionen konnte ich in den letzten Jahren bei der Planung von einigen Heimen beratend mitwirken. Anhand eines Beispiels möchte ich dessen Merkmale kurz erläutern (Abb. 1).

Der räumliche Aufbau des Grundrisses beruht auf der Unterscheidung nach privaten Zonen, Gruppenzonen und einer öffentlichen Zone. Dementsprechend ist auch die Möblierung organisiert: Der private Bereich ist mit Möbeln ausgestattet, die dem Bewohner gehören (Ausnahme Pflegebett); die Möblierung der Gruppenzonen (weitmaschige Schraffierung) besteht aus einer Mischung von privaten und heimeigenen Möbeln und die öffentliche Zone ist ganz mit heimeigenen Möbeln ausgestattet. Nicht nur ver-

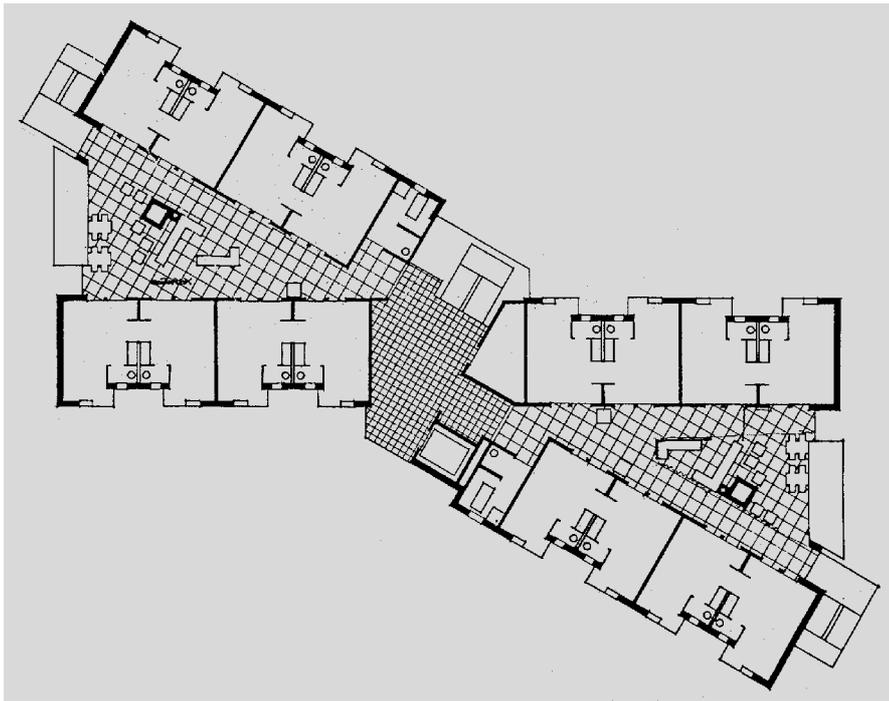


Abb. 1. Grundriß

bessert dieser klare Aufbau die *räumliche* Orientierung, sie gibt dem nach Orientierungspunkten Suchenden zugleich Hinweise, in welchem sozialen Bezugsnetz er sich gerade aufhält: Heimeigene Möbel signalisieren Bereiche, in denen sich „Fremde“ aufhalten, die gemischte Möblierung markiert die familiäre Bezugsgruppe, und die private Möblierung den privaten Raum des Bewohners.

Wichtig im privaten Bereich ist die Zugänglichkeit für den Bewohner zu seinem eigenen Besitz. So sollten alle Möblierungselemente nicht fest eingebaut sein, damit sie, entsprechend den unterschiedlichen „Aktionsradien“ der Bewohner, immer zugänglich sind, dies gilt im Besonderen auch für Rollstuhlfahrer.

Die Gruppenzone wurde übrigens so gestaltet, daß ein sog. „Rundlauf“ entstanden ist, der dem Bewegungsbedürfnis entgegenkommt und das Entstehen von Aggressionen verhindern helfen soll.

Zum Thema „Bewegungsfreiraum“ ist noch die Forderung beizufügen, daß sich Wohngruppen für demente Menschen möglichst auf Erdgeschoßebene befinden sollten, damit auch abgrenzbare Bewegungsfreiräume im Freien geschaffen werden können.

Das Prinzip der Kleingruppenbetreuung

In einem größeren Krankenhaus in der Nähe von Zürich entscheidet sich die Pflegedienstleiterin im Rahmen ihrer Weiterbildung an einer Kaderschule, eine Diplomarbeit zum Thema „Betreuung von Demenzkranken in Krankenheimen“ zu verfassen. Dazu hat sie eine interne Projektgruppe gebildet, weil sie mit den betroffenen MitarbeiterInnen zusammen Ideen zu einem neuen Verständnis in der Betreuung solcher Menschen entwickeln wollte. Ich hatte die Aufgabe, die Projektgruppe Beraterisch zu begleiten.

Die Pflegedienstleiterin schreibt im Vorwort ihrer Arbeit: „Die Betreuung dieser Menschen ist äußerst anspruchsvoll. Immer wieder sind die Pflegenden durch Verwirrungsstände, Aggressionen, Unruhe und Verhaltensstörungen dieser PatientInnen venen gefordert und z. T. überfordert. Ein besonders belastendes Problem stellen die noch mobilen Demenzkranken dar. . . . Der Griff zu dämpfenden Medikamenten liegt nahe . . .“ (Dörflinger Brühlmann 1994).

Nach intensiven Auseinandersetzungen mit den Folgen der Demenz, Besuchen von ähnlichen Institutionen

und dem Entwickeln von Lösungen zur Verbesserung der Betreuungsqualität entschloß sich die Projektgruppe, ihr Augenmerk auf die Größe der BetreuerInnengruppe zu richten. So wurde als erster Schritt damit begonnen, große Pflgeteams in Kleingruppen zu unterteilen. Damit sollten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, zu den PatientInnen und ihren Angehörigen eine nähere und vertieftere Beziehung aufzunehmen. In diesen Kleingruppen wurden dann wiederum zahlreiche Ideen gesammelt und versuchsweise umgesetzt, die sich auf verbesserte Orientierungshilfen und Kommunikationsmöglichkeiten konzentrierten.

Aufgrund qualitativer Vor- und Nachuntersuchungen kamen die PatientInnen, die Angehörigen und die Pflegenden zum Schluß, daß die Kleingruppenbetreuung dazu geführt hat, daß:

- die PatientInnen, z. B. mit weniger, z. T. ohne Medikamentenverabreichung ruhiger geworden sind,
- die Pflegenden sich mehr Wissen zu Biographien und Bedürfnisse der PatientInnen aneignen und somit individueller darauf eingehen können,
- sich die Pflegenden jetzt mehr Zeit nehmen um nach Orientierungshilfen zu suchen und sich damit Zeit sparen, die sie sich vorher für alle möglichen

Fazit für die Praxis

Die Beispiele zeigen, daß schon bei der Planung von neuen Institutionen vorsorglich an verwirrte Menschen gedacht wird und orientierungsförderliche architektonische und organisatorische Strukturen geschaffen werden.

Aber auch in bestehenden Institutionen können Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gemeinsam nach Lösungen suchen zur Verbesserung des Lebensumfeldes für Demenzerkrankte. Eine Tätigkeit, die – aufgrund meiner gemachten Beobachtungen – für viele medizinisch und pflegerisch Tätigen als ungewohnte und große Herausforderung, aber auch als Erweiterung ihrer Aufgabe und Verantwortung erkannt wird.

Beruhigungsbemühungen nehmen mußten, und

- die Arbeit mit Demenzkranken anspruchsvoller aber auch interessanter geworden ist.

Literatur

Cohen U et al (1990) Environments for people with dementia. University of Wisconsin, School of Architecture and Urban Planning

Dörflinger Brühlmann T (1994) Alt, dement, desorientiert, ausgeschlossen . . . jetzt einschließen? Diplomarbeit, Kadernschule für Krankenpflege, Schweizer Rotes Kreuz, Aarau

Heeg S (1995) Milieugestaltung von Alten- und Pflegeheimen aus umweltsychologischer Sicht. In: Loeschke G (Hrsg) Sozialer Wandel – Wohnen im Alter. Verlag Das Beispiel, Darmstadt, S 147–157

Welter R (1986) Diagnose und Therapie von Demenz aus umweltsychologischer Sicht. Schweiz Ärztsztg 1986 (18): 841–844

Welter R (1989) Dementia and the urban environment. In: Wertheimer J et al (eds) Innovative trends in psychogeriatrics. Karger, Basel, pp 13–21

Welter R, Simmen R (1995) Wohnen mit Pflegemöglichkeiten. Altersplanung Stadt Winterthur, Departement Soziales

Welter R, Simmen R, Helwing K (1996) Anders alt werden. Mitreden – mitplanen. Auer, Heidelberg