

Fragen zu „Pflegeoasen“ im Überblick

Renate Berner, Anja Rutenkröger, Christina Kuhn

Nr.	Frage	Antwort
1	Mit welchen Instrumenten wurde Schmerz gemessen? Von wem wurden diese Instrumente angewendet?	<p>Die Schmerzen wurden meist mit der BESD (BEurteilung von Schmerzen bei Demenz) gemessen. Die BESD ist die deutsche Übersetzung der Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). Die deutsche Version wurde vom Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) erarbeitet (Basler et al. 2006), um Schmerzen bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz zu erkennen.</p> <p>Die Schmerzeinschätzung wurde von den Bezugspflegerinnen der Bewohnerinnen¹ durchgeführt.</p> <p>In einigen Studien (z. B. Adenau, Ruprechtsstegen) wurde H.I.L.DE eingesetzt. H.I.L.DE lässt durch die Pflegenden einschätzen, in welchen Körperregionen Schmerzen verspürt werden und wie stark diese sind.</p>
2	Welche Unterschiede gibt es zwischen Tagesoase und Pflegeoase?	<p>Eine Tagesoase ist eine Kombination aus einem Gemeinschaftsraum und Privatzimmern. Das heißt die Bewohnerinnen verbringen die Nacht in ihrem Einzel- oder Doppelzimmer. Eine Pflegeoase hingegen ist ein Mehrpersonenzimmer, in dem die Bewohnerinnen dauerhaft leben. Während der Tagschichten ist eine kontinuierliche Präsenz durch eine Pflegekraft gewährleistet. Die Präsenz und das Raumkonzept unterstützen eine unmittelbare Reaktion auf die körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe.</p>
3	Ist die Definition der Pflegeoase, die die Expertengruppe erarbeitet hat, eine verbindliche – allgemein-gültige Definition, oder ein Vorschlag?	<p>Die „Expertengruppe Pflegeoasen“ wurde im Jahre 2009 aus in diesem Bereich forschenden Personen gegründet. Die Definition stellt eine Zusammenfassung der erforderlichen Kriterien für Pflegeoasen dar und kann aus diesem Grunde als „allgemein gültig“ bezeichnet werden. Verbindlichkeit besteht insofern, als Einrichtungen sich daran orientieren können.</p>
4	Ist der Begriff „Pflegeoase“ geschützt? Kann sich eine „Wohngemeinschaft für demenzkranke Menschen“ als Pflegeoase bezeichnen? Wie wird der Begriff geschützt, um „Trittbrettfahrer“ abzuhalten?	<p>Der Begriff „Pflegeoase“ ist nicht geschützt. Auch aus diesem Grunde war es der Expertengruppe ein wichtiges Anliegen eine Definition zu formulieren.</p> <p>Eine „Wohngemeinschaft für demenzkranke Menschen“ kann sich demnach theoretisch als Pflegeoase bezeichnen. Ein Schutz vor Trittbrettfahrern ist nicht möglich.</p>

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird die weibliche Form verwendet, gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

5	<p>Wie viel Oasen gibt es, die sich Oasen nennen, aber nicht die Kriterien erfüllen?</p> <p>Welche konkreten Beispiele der Integration der Oase in die Einrichtung gibt es?</p>	<p>In Deutschland erfüllen ca. 20 Pflegeoasen die Definition der Expertengruppe. Es sind ca. 20 weitere Beispiele bekannt, die sich als „Pflege-Oasen“ bezeichnen, ohne der von der Expertengruppe zugrunde gelegten Definition zu entsprechen.</p> <p>Die organisatorische Zuordnung der Pflegeoase zu einem Wohnbereich und eine „Öffnung“ der Pflegeoase für interessierte Mitarbeiter (z.B. für Hospitationen) sind als Beispiele zu nennen.</p>
6	<p>Liegen Zahlen vor, wie viele und warum Pflegeoasen wieder „eingestellt“ wurden?</p> <p>Gibt es Erfahrungen, wie aus einer Oase nach „Modellklausel“ ein Regelbetrieb im Rahmen des Heimgesetzes wird?</p>	<p>Es ist (unseres Wissens) bislang keine Pflegeoase eingestellt worden. Dennoch: Pflegeoasen, die eine heimgesetzliche Regelung (Experimentierklausel) nutzen, können wieder geschlossen werden, wenn die Evaluationsergebnisse eine mangelhafte Qualität belegen. Eine Nutzungs-offenheit der Räumlichkeit für eine potentielle Rückführung sollte daher gewährleistet sein.</p> <p>Bislang sind alle Pflegeoasen mit „Experimentierklausel“ lediglich verlängert worden. Eine mögliche regelhafte Umsetzung von Pflegeoasen hängt vom Erkenntnisgewinn der wissenschaftlichen Evaluationen und dem politischen Willen ab.</p>
7	<p>Wie wird ein „individueller Tagesablauf“</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestaltet? • gewährleistet? 	<p>Die Gestaltung des Tagesablaufes richtet sich nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase können autonom und situativ entscheiden welche Tätigkeit (Mahlzeiten, Körperpflege) sie wann durchführen. Durch die kontinuierliche Personalpräsenz im Tagdienst wird ein individueller Tagesablauf möglich.</p>
8	<p>Was würden sie wollen, wenn sie dürften (in der Zukunft)?</p> <p>Würden Sie folgender These zustimmen: Wenn man nur genügend</p>	<p>Ein Traum wäre eine Altenhilfestruktur, die eine Betreuung in kleinen „Gruppen“ (z. B. in kleinen Wohngemeinschaften) anbietet, in denen bedürfnisorientiert gepflegt wird. Struktureller Bestandteil des Betreuungskonzepts sollte der personenzentrierte Ansatz nach Kitwood sein. Die MA sollen Qualifizierungen zu den Themengebieten: schwere Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation und Palliative Pflege erhalten. Ein hoher Stellenwert soll der Kommunikationsfähigkeit mit den Bewohnerinnen (Interpretation nonverbaler Signale, Validation) und den Angehörigen beigemessen werden. Auch Fachkenntnisse zur Bewegungsförderung sind unabdingbar. Die Bewohnerinnen sollten die Möglichkeit haben, „Licht, Luft und Natur“ zu erleben und Teilhabe zu erfahren.</p> <p>Der personenzentrierte Ansatz schließt alle Akteure ein. Ein wertschätzender Umgang mit den Mitarbeiterinnen, gesellschaftliche Anerkennung, angemessener Lohn etc. sind Themen, die uns sehr wichtig sind.</p> <p>In einer Pflegeoase gibt es keinen gesonderten Personalschlüssel, sondern eine Finanzierung über Pflegestufen. Da kein gesonderter Versorgungsvertrag für die Pflegeoase-</p>

	<p>Personal (bzw. genauso viel Personal wie vor Ort in den PO) für andere Wohnformen zur Verfügung stellen würde und es entsprechend begleitet würde, dann würde man ähnliche Ergebnisse auch dort erzielen.</p>	<p>sen abgeschlossen wurde, ist die Personalausstattung mit herkömmlichen Wohnformen vergleichbar. Der entscheidende Unterschied liegt in der Organisationsform und der Räumlichkeit der Pflegeoase. In der Oase sind kürzere Wege und eine effizientere Arbeitsorganisation möglich, so dass direkte Kontakte mit den Bewohnerinnen einfacher zu realisieren sind.</p>
9	<p>Was spricht für, was spricht gegen die Anwesenheit vom Pflegepersonal während der Nacht in der Pflegeoase?</p>	<p>Eine kontinuierliche Anwesenheit in der Nacht würde sich positiv auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen auswirken. Dagegen sprechen wirtschaftliche Gründe der Finanzierbarkeit.</p>
10	<p>„Pflegeschlüssel“ nachts?</p>	<p>Die kontinuierliche Präsenz in einer Pflegeoase ist nur im Tagdienst gewährleistet. Während der Nacht werden die Bewohnerinnen von dem Nachtdienst des organisatorisch zugeordneten Wohnbereiches mitbetreut. Der „Pflegeschlüssel“ orientiert sich an dem Schlüssel der für die Nachtwachen des Hauses zur Verfügung gestellt wird.</p>
11	<p>Wie werden Pflegeoasen finanziert? Normaler Pflegesatz oder Förderung?</p>	<p>Für eine Pflegeoase wird kein gesonderter Versorgungsvertrag abgeschlossen. Die Personalausstattung der Einrichtung orientiert sich auf Basis einer einheitlichen Grundlage an den Pflegestufen. Die Bewohnerinnen sind in die Pflegestufe III oder wie in Niedersachsen in die Härtefalleinstufung (Pflegestufe III+) eingruppiert. Dies ermöglicht bei einer Belegung mit 6 Personen eine Personalausstattung mit 3,45 Vollzeitstellen.</p>

Fragen zu: Lebensqualität für die Bewohnerinnen

Nr.	Frage	Antwort
1	<p>Welche weiteren Forschungsmethoden eignen sich zur Beurteilung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Pflegeoasen?</p> <p>Wurden in den Studien die MA zur Schmerzerfassung geschult?</p> <p>Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse zur Lebensqualität für alle Bewohner?</p> <p>Lassen sich Anforderungen für personelle Ausstattung allgemein formulieren/ableiten?</p>	<p>Zur Einschätzung der Lebensqualität ist der Fragebogen „Quality of Life in Late-Stage Dementia“ (QUALID) verwendet worden (Weiner et al. 2000). Das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings et al. 1994; 1997; Wood et al. 2000; Kaufer et al. 2000) und die Cohen-Mansfield-Skala (Cohen-Mansfield 1996) dienen der strukturierten Erfassung negativer Gefühlszustände und herausfordernder Verhaltensweisen. Des Weiteren eignen sich Teilnehmende Beobachtungen sowie Interviews zur Beurteilung der Lebensqualität der Bewohnerinnen.</p> <p>Ja, die Mitarbeiter erhielten Instrumentenschulungen (ggf. durch Multiplikatoren).</p> <p>Die Ergebnisse zur Lebensqualität werden den Mitarbeitern zurückgemeldet. Mögliche Einschränkungen der Lebensqualität werden kommuniziert und ggf. Lösungsvorschläge erarbeitet.</p> <p>Die personelle Ausstattung richtet sich nach den Pflegestufen und ist abhängig von der Gruppengröße. Eine dauerhafte Personalpräsenz, welche in Pflegeoasen gewährleistet wird, umfasst mindestens 14 Stunden.</p>
2	<p>Wie funktioniert die „Sterbebegleitung“ in der Pflegeoase?</p> <p>Wie reagieren andere Angehörige und Bewohner?</p>	<p>Im Falle einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder in Sterbesituationen besteht die Möglichkeit der Nutzung von Rückzugszimmern. Dieser Rückzug wird von den Angehörigen jedoch meist nicht gewünscht. Die Bewohnerinnen verbleiben in der Sterbesituation in der Gemeinschaft der Pflegeoase.</p> <p>Für die Angehörigen und die Bewohnerinnen gehört das Sterben in der Pflegeoase zum Leben. In einer Studie (jedoch) reagierten die Bewohnerinnen (nach Auffassung einer Mitarbeiterin) teilweise mit Unruhe auf das Sterben einer Mitbewohnerin.</p>
3	<p>Wie wurde die Reduktion der Depression gemessen?</p> <p>Wie wurde die Reduktion von Angst usw. gemessen?</p>	<p>Die Reduktion von Depression und Angst wurde mit dem NPI gemessen. Das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) (Cummings et al. 1994; 1997; Wood et al 1999, Kaufer et al. 2000) ist ein Instrument zur Erfassung 12 nicht-kognitiver Symptome bei Menschen mit Demenz: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung/Aggression, Depression/Dysphorie, Angst, Euphorie/Hochstimmung, Apathie/Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität, abweichendes motorisches Verhalten, Verhalten in der Nacht (Schlafstörungen) und Veränderungen des Appetit- und Essverhaltens.</p>
4	<p>Im Studienüberblick wird „Holle“ als einzige Pflegeoase <u>ohne</u> Vergleichsgruppe benannt,</p>	<p>Es gab zwar keine feste Kontrollgruppe in Holle. Zur Messung der Kontakthäufigkeit wurden jedoch zwei Bewohnerinnen zum Vergleich herangezogen, die den Kriterien der Bewohnerinnen der Pflegeoase entsprachen.</p>

	<p>bei den „soz. Kontakten“ wird jedoch von „Holle“ + „Kontaktgruppe“ gesprochen → gab es denn eine, oder nicht?</p> <p>Wie wurden Mobilität und Bewegungsradius gemessen?</p> <p>Aus den Empfehlungen: Keine „fremden“ neuen Bewohner direkt in die Pflegeoase, sondern zuerst auf Wohnbereich kennenlernen.</p> <p>Hat man in der Pflegeoase nicht bessere Möglichkeiten, Menschen kennenzulernen, als im Wohnbereich?</p>	<p>Die Mobilität der Bewohnerinnen wurde mithilfe eines (selbst entwickelten) Instrumentes gemessen. Es beinhaltet z. B. Fragen zum Aufenthalt innerhalb und außerhalb des Bettes, des Wohnbereiches oder der Pflegeoase.</p> <p>Eine Pflegeoase stellt ein Nischenangebot für eine kleine Gruppe von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien dar. Zur Einschätzung, ob die entsprechende Bewohnerin von der Pflegeoase profitiert, ist es hilfreich, wenn sie bekannt ist. Außerdem muss der Schutz der Bewohnergruppe gewährleistet sein (permanentes, anhaltendes, lautes Rufen ist z. B. ein Ausschlusskriterium).</p> <p>Es spricht einiges für die Annahme, dass eine Pflegeoase bessere Möglichkeiten bietet, Personen mit schwerer Demenz, die ans Bett gebunden sind, kennen zu lernen, als im herkömmlichen Wohnbereich. Aber: Für die Einschätzung, ob eine Pflegeoase die richtige Versorgungsform für eine Person mit schwerer Demenz ist, ist möglichst viel Wissen über ihre Vorgeschichte aus erster Hand erforderlich.</p>
5	<p>Ernährungskonzept: Wie oft werden Mahlzeiten verabreicht?</p> <p>Gibt es genaue Richtlinien bezüglich Kalorien, Eiweiß, Vitamine? Der Kalorienbedarf in dieser Lebensphase ist doch deutlich reduziert?</p>	<p>Das Ernährungskonzept ist je nach Pflegeoase verschieden. Das Mahlzeitenangebot entspricht dem der anderen Wohnbereiche. Es werden Anpassungen bezüglich der Vorlieben und Einschränkungen der Bewohnerinnen vorgenommen. Die Mahlzeiten werden den Bewohnerinnen bedürfnisorientiert gereicht, wenn diese Bereitschaft signalisieren. In Holle wird den Bewohnerinnen beispielsweise ein hochkalorisches Müsli angeboten.</p> <p>Der Kalorienbedarf älterer Menschen ist großen Veränderungen unterworfen und bislang unzureichend untersucht. Physiologische Veränderungen im Alterungsprozess und zunehmende Krankheiten machen es schwer allgemeine gültige Richtlinien auszusprechen. Bei immobilen und häufig schlafenden Menschen sinkt der Energiebedarf, nicht aber der Vitamin- bzw. Mineralstoffbedarf. Auf Calcium, Vitamin D, Folsäure und Vitamin B 12 ist besonders zu achten (vgl. Rückert et al. 2007, 30).</p>
6	<p>Werden „Schnuppertage“ in den Pflegeoasen durchgeführt, um zu sehen ob es überhaupt das passende für den Bewohner ist? (Lebensqualität misst sich ja eben genau an dieser neuen Situation,</p>	<p>Es besteht (z. B. in Luxemburg) die Möglichkeit des „Probewohnens“. Teilweise werden die Zimmer der Bewohnerinnen bei Einzug in die Pflegeoase noch eine gewisse Zeit frei gehalten. Die Möglichkeit eines Auszuges aus der Pflegeoase muss immer gegeben sein.</p>

	wenn BW bisher nur das Einzelzimmer gewohnt waren)	
7	Es wurde gezeigt, dass bei der Eislinger Studie sich der Bereich Bewegung/Mobilitätsförderung mehr als verdoppelt hat. Gleichzeitig hat sich der Bereich Körperpflege fast reduziert. Wie erklärt sich die Reduktion konkret?	<p>Im Rahmen der Evaluation stellte sich eine anfängliche Schwachstelle in der Mobilitätsförderung heraus. Der Förderung der Mobilität wurde daher mehr Gewicht gegeben. Durch die aktive Einbeziehung der Beteiligten in die Konzeptentwicklung wurde eine Entwicklung vom Ruheraum hin zum lebendigeren Lebensraum angestoßen. Hier zeigt sich ein Perspektivenwandel. Die Vorstellung der Mitarbeiterinnen, dass es sich in der Pflegeoase um einen Ruheraum handle, hatte sich auf ihre Arbeit ausgewirkt.</p> <p>Die Durchführung der Körperpflege wurde häufig mit einer Mobilisation verbunden.</p>
8	Was bedeutet Bewegung und Teilhabe in der Pflegeoase konkret?	<p>Bewegung steht für jede Art der aktiven oder passiven Mobilisation wie z. B. Unterstützungen bei Mikrobewegungen über z. B. eine Mobilisation in den Sitzwagen.</p> <p>Teilhabe in der Pflegeoase steht für die Möglichkeit in Kontakt mit anderen Menschen (Bewohnerinnen, Pflegenden, Angehörigen) zu kommen. Ermöglicht wird dies durch die Räumlichkeit der Pflegeoase, insbesondere durch die Mobilisation in die zentrale Mitte der Oase. Wichtig sind auch Anschlussmöglichkeiten nach außen, zumindest in die Öffentlichkeit des Heimes hinein (z.B. Teilnahme an Aktivitäten soweit möglich). Angemessene Kontakte von außen in die Pflegeoase hinein sowie in die umgebungsbezogene Außenwelt (Garten, Freibereich) sind weitere wichtige Aspekte der Teilhabe.</p>
9	Warum werden die Freibereiche nicht genutzt?	Vorhandene Freibereiche wie bettengängige Balkone etc. werden vor allem dann häufig genutzt, wenn ein direkter Zugang besteht. Besteht kein direkter Zugang in einem Freibereich, ist eine Nutzung durch die Personalsituation und die Ortsfixierung der Bewohnerinnen erschwert. Der organisatorische Aufwand ist hoch und von einer Pflegeperson kaum zu bewältigen.
10	Tiere haben häufig positive Wirkung auf demenziell Betroffene. Sind Tiere (Therapiehund, Katzen, Vögel, Aquarium) in Pflegeoasen zugelassen? Bzw. gibt es schon Pflegeoasen mit Tieren? Wenn ja, wie sind die Erfahrungen?	In der Pflegeoase der Ala (in Luxemburg) wurde aktuell ein Therapiehund eingesetzt. Dieser Einsatz wird von den Beteiligten positiv bewertet. Gelegentliche Besuche von Hunden hatten in weiteren Pflegeoasen positive Auswirkungen. Allerdings ist zu bedenken, dass Tiere (Vögel, Aquarien) der permanenten Pflege bedürfen. Dies stellt einen Mehraufwand für die Mitarbeiterinnen dar.
11	Wie wurde erfasst, ob Lebensqualität vergleichbar gut oder besser ist im Vergleich mit ähnlicher Klientel auf	Die Erfassung der Lebensqualität stellt die zentrale Forschungsfrage der Evaluationsstudien dar. Den Vergleich gewährleisteten Kontrollgruppen mit „vergleichbaren“ Bewohnerinnen. Zur Erfassung der Lebensqualität wird beispielsweise die Interaktionshäufigkeit, das Schmerzerleben,

	<p>„normalem“ Wohnbereich?</p> <p>Was wird als Kontakt gewertet? Kontaktdauer/-inhalt auch?</p> <p>Könnte eine Nahrungsverweigerung nicht auch der normale Prozess im Verlauf der Nähe zum Sterbeprozess sein?</p> <p>Gibt es bei Kontrollgruppe und Vergleichsgruppe auch „vergleichbare“ Mitarbeiter?</p>	<p>Angst sowie die Perspektive der Mitarbeiterinnen und Angehörigen erfasst.</p> <p>Kontakt entsteht bei jeder Tätigkeit im unmittelbaren Kontakt mit der Bewohnerin. Dabei ist es unwichtig, ob der Kontakt in Verbindung mit einer pflegerischen Handlung, einem therapeutischen Angebot, einer kurzen Zuwendung oder einem Gespräch entsteht. Die Vor- und Nachbereitung von pflegerischen Handlungen ist als „andere Tätigkeit“ definiert. Des Weiteren sind Dienstübergaben, Pausen, Besprechungen, Dokumentationen, Arzt- oder Angehörigengespräche etc. ebenfalls der Kategorie „andere Tätigkeit“ zuzuordnen. In Solingen wurde auch die Interaktionsqualität beurteilt.</p> <p>Nahrungsverweigerung ist sicherlich ein normaler Prozess im Verlauf des Sterbeprozesses, aber auch ein Prozess der mit der demenziellen Erkrankung assoziiert wird. Es gibt viel Gründe für eine Nahrungsverweigerung z. B. auch nachlassende Sinnesfähigkeiten und Appetitverlust, altersbedingte Veränderungen des Verdauungstraktes, Schmerzen oder schlecht sitzenden Zahnprothesen.</p> <p>Eine Vergleichbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf den Ausbildungsstand ist gegeben. Die Fachkraftquote muss in allen Bereichen gewahrt werden.</p>
12	<p>Gibt es Aussagen zu Verweildauer in der Pflegeoase?</p>	<p>Es wurden keine durchschnittlichen Verweildauern etc. berechnet. Die Verweildauer dauert mitunter Jahre.</p> <p>Für die erste Pflegeoase in Holle können wir folgende Auskunft geben: Von den sechs Bewohnerinnen, die im Jahre 2006 in die Pflegeoase eingezogen sind lebten im Dezember 2012 noch zwei Personen.</p>

Fragen zu: Sichtweisen der Angehörigen

Nr.	Frage	Antwort
1	Gibt es Diskrepanzen zwischen Angehörigen von Bewohnern in Pflegeoasen und auf den herkömmlichen Wohnbereichen? Wird unterschiedliche Qualität von Wohlbefinden wahrgenommen?	<p>Nein, es gibt keine Diskrepanzen. Die Angehörigen der Bewohnerinnen der Pflegeoase, waren vorher auf dem herkömmlichen Wohnbereich. Sie haben sich meist für die Pflegeoase entschieden, weil das dem mutmaßlichen Willen der Bewohnerinnen entsprochen hat.</p> <p>Anzeichen für eine gesteigertes Wohlbefinden in der Pflegeoase sind z. B. ein erhöhtes Aufmerksamkeitsniveau (Blickkontakt, Augen geöffnet, nonverbale und verbale Kontaktaufnahme).</p>
2	Gibt es Unterschiede zwischen den Angehörigen/Partnern/Kindern/Freunden etc. in der Bewertung?	Hier wurden (auch aufgrund der kleinen Fallzahl) keine detaillierten Auswertungen vorgenommen.
3	Wie ist es mit dem Gespräch zu den MA während der Pflegearbeit? Ist das ein Thema? Wo finden die Gespräche zwischen den Angehörigen statt? Stört das die Bewohner?	<p>Die Pflegekräfte sind für die Angehörigen permanent ansprechbar. Die Gespräche finden in der Pflegeoase statt, die Möglichkeit eines Rückzuges besteht. Gespräche zu kritischen Situationen werden im Vorraum geführt.</p> <p>Das Leben in der Gemeinschaft, das „mithören“ von Gesprächen hat den Studienergebnissen zur Folge positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen.</p>
4	„Familismus“ → weshalb und inwiefern kritisch für Pflegende bzw. aus professioneller Perspektive?	Familismus ist ein soziologischer Begriff, der die Familie als Leitform einer Sozialstruktur beschreibt. Wird die Pflegeoase als Familie betrachtet, birgt dies neben positiven Faktoren (Geborgenheit, Vertrauen) auch kritisch zu betrachtende Aspekte und Erwartungen: z. B. Mitarbeiter sind Beschäftigte in der Pflegeoase d. h. sie sind für diese (und für die Angehörigen) nicht mit ihren gesamten Zeit verfügbar. Mitarbeiter können auch kündigen, oder den Bereich wechseln.
5	Privatheit wird baulich sehr unterschiedlich umgesetzt. Welche Grundsätze sollten immer eingehalten sein? (Fläche, Möblierung, oder?....)	<p>Orientierung zur Grundfläche bzw. Größe bieten die Länderheimgesetze. Pro Person sollte in einer Pflegeoase das Mindestmaß von 16 m² pro Einzelzimmer plus Wohnfläche für den gemeinschaftlich genutzten Aufenthaltsbereich von 5 m² pro Person nicht unterschritten werden. Zuzüglich dieser Angaben werden Flächen für weitere Räume benötigt. Die Flächenangaben unterliegen der Gesetzgebung der Länder. Den hier ausgeführten Angaben liegt die Verordnung (LHeimBauVo) aus Baden-Württemberg (Stand 18.04.2011) zugrunde.</p> <p>Beachtung eines Sichtschutzes zur Wahrung der Privatsphäre durch Stellwände/Schränke etc.</p>

6	<p>Sehr wenig Infos zum Studiendesign:</p> <p>Wann wurden die Angehörigen befragt?</p> <p>Warum wurden lediglich 10 Angehörige befragt?</p>	<p>10 Angehörige sind in einer Studie mit 6 Oasenbewohnerinnen und 6 Kontrollgruppenbewohnerinnen eine gute Stichprobe. In den Studien wurden zwischen 10 und 15 Angehörige interviewt. Die Interviews wurden meist mehrfach durchgeführt. Je nach Studiendesign wurden Angehörige vor dem Umzug in eine Pflegeoase oder danach befragt. Weitere Interviews erfolgten nach 3-6 Monaten und nach Ende der Erhebungsphase.</p> <p>Die kleine Stichprobengröße stellt eine generelle Einschränkung der Studienergebnisse dar.</p>
---	---	--

Fragen zu: Sichtweisen der Mitarbeiterinnen

Nr.	Fragen	Antworten
1	<p>Ist die Fluktuation quantifizierbar?</p> <p>Wie viele MA sind für wie viel BW zuständig?</p> <p>Wie erklärt sich auf der einen Seite die hohe Belastung, die „Auszeiten“ notwendig macht und auf der anderen Seite die höhere Arbeitszufriedenheit?</p>	<p>Nein, die Fluktuation wurde nicht quantifiziert. In der Implementierungsphase stellt sich meist rasch heraus für welche MA die Arbeit in der Pflegeoase geeignet ist und wer sich dort wohlfühlt (z. B. MA die gerne alleine arbeiten und bereit für eine hohe Verantwortungsübernahme sind).</p> <p>z. B. 3,45 Vollzeitstellen bei sechs Bewohnerinnen (in Eisingen). Berechnung über Pflegestufen 3 oder 3+. In der Regel werden die Tagesgeschichten mit einer Person besetzt.</p> <p>Es wird ein Spannungsfeld zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit beschrieben. Das „alleine Arbeiten“, die Unausweichbarkeit, permanente Aufmerksamkeit und die geringen Austauschmöglichkeiten sind für die Mitarbeiterinnen eine Belastung. Die körperliche Belastung von Pflegenden ist hoch. (Der Einsatz von Hilfsmitteln besonders wichtig.)</p> <p>Grund für die höherer Arbeitszufriedenheit sind folgende Punkte: Die Mitarbeiterinnen können direkt auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen eingehen, empfinden ihre Arbeit als sinnhaft und haben das Gefühl, dass sie wesentlich zu einer besseren Lebensqualität und einem Schutz der Menschenwürde ihrer Bewohnerinnen beitragen. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase können autonom und situativ entscheiden welche Tätigkeit sie wann durchführen. Sie erleben sich als selbstwirksam. Die Mitarbeiter richten ihren Arbeitsablauf an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen aus. Dieser Gestaltungsfreiraum wird als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der eigenen Arbeit beschrieben.</p>
2	<p>Gibt es eine „Fachkraftquote“?</p> <p>Wie gestaltet sich fachlich ein Team?</p>	<p>Es gilt die Fachkraftquote nach §5 HeimPersV. (... mindestens die Hälfte der Pflegenden müssen Fachkräfte sein ...) d. h. bei mehr als vier pflegebedürftigen Personen muss mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein.) Diese bezieht sich auf die organisatorische Einheit Pflegeoase + organisatorisch zugeordneter Wohnbereich. Des Weiteren sind Zusatzqualifikationen z. B. im Bereich Kinästhetik erforderlich.</p> <p>Die Teamgestaltung erfolgt in Abhängigkeit des organisatorisch zugeordneten Wohnbereiches z. B. ein festes Team in der Pflegeoase und eine gemeinsame Leitung, die stundenweise in der Pflegeoase arbeitet oder ein rotierendes Team.</p>
3	<p>Gibt es Erkenntnisse, wie die Pflegenden der „normalen“ Wohnbereiche das Oasenteam sehen (Neid, etc.?)</p>	<p>Ja, hier wurde das ganze Spektrum von einer kategorischen Ablehnung der Arbeitsform in Pflegeoasen bis hin zu Neidgefühl beschrieben, da Mitarbeiterinnen in Pflegeoasen oftmals sehr viel Aufmerksamkeit (Öffentlichkeit, Führung) erfahren.</p>

4	Haben Studien demnach großen Einfluss auf die Wahrnehmung der Pflegenden und der Leitung der Einrichtung?	Ja, da die Sensibilität der Pflegenden erhöht wird. Durch die regelmäßige Einschätzung mittels Instrumenten oder den Interviewfragen erfolgt eine Selbstreflexion, die weitere Entwicklungsschritte zur Folge hat z. B die Erfassung von Schmerzen mit einem Instrument – Erhöhung der Sensibilität der Pflegenden – Gabe von (mehr) Schmerzmedikamenten.
5	Werden gewisse Mitarbeiteraustausche beim „Oasenteam“ in regelmäßigen Abständen vorgenommen oder wird es nach persönlicher, psychischer Belastung von ihnen selbst bestimmt?	<p>In den Pflegeoasen arbeitet häufig ein festes Team. In Luxemburg beispielsweise hat sich ein regelmäßiger drei tägiger Rhythmus bewährt.</p> <p>Die Mitarbeiterinnen haben sich bewusst für die Arbeit in der Pflegeoase entschieden.</p>
6	Brauchen wir verbindliche Anforderungen zu Supervisionen, Intervention und Fortbildungen der Mitarbeiter?	<p>Das Angebot einer Supervision kann sinnvoll für die Reflexion der Rollen- und Beziehungsdynamik sowie der Zusammenarbeit im Team und mit der Führungsebene sein. Ethische Fallbesprechungen sind wichtig, um Entscheidungen in kritischen Lebenssituationen zu treffen. Der Austausch zur Qualität der Arbeit ist für Mitarbeiterinnen in Pflegeoasen besonders wichtig, weil kaum Austausch im Team besteht. Eine verbindliche Anforderung ist hier nur schwer umsetzbar und wenig sinnvoll.</p> <p>Als „verbindlich“ und notwendig erachtet wird eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen (bestenfalls vor Inbetriebnahme der Pflegeoase). Diese beinhaltet Wissen über schwere Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation und Palliative Pflege. Ein hoher Stellenwert wird der Kommunikationsfähigkeit mit den Bewohnerinnen (Interpretation nonverbaler Signale, Validation) und den Angehörigen beigemessen. Auch Fachkenntnisse zur Bewegungsförderung sind unabdingbar.</p>
7	Was kann der Arbeitgeber <u>Konkretes</u> machen, um den Pflegenden in der Pflegeoase zu pflegen?	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Reflexionsangebote oder Coachings. Themen, die hier bearbeitet werden sollen, sind beispielsweise „die geringen Team austauschmöglichkeiten infolge des Alleine Arbeitens“, „körperliche Belastungen“, „Kooperation mit anderen Wohnbereichen“. Während der Reflexionsangebote oder Coachings sollten Selbstpflegekompetenzen erarbeitet werden, die wichtige Aspekte der Selbstpflege ermöglichen. • Eine organisierte Pausenregelung in externen Pausenräumen, auf die die Mitarbeiterinnen auch tatsächlich zurückgreifen. • Eine Vertretungsregelung, im Falle von Krankheitsausfällen, um Überstunden zu vermeiden. • Technische Hilfsmittel zu Verfügung stellen z. B. Lifter • Das Vermitteln von Fachwissen durch eine Qualifi-

		<p>zierungsstrategie, die den Ausbau des Qualifikationsspektrum in Themengebieten wie Kommunikation, Kinästhetik, Bewegungsförderung, schwere Demenz, Schmerzmanagement, Basale Stimulation und Palliative Pflege fördern, sind essentiell, um eigene Lösungswege zu finden und vorhandene Spielräume nutzen zu können und damit einer möglichen Arbeitsbelastung vorzubeugen.</p>
8	<p>Was kann der Pflegenden konkret machen in Bezug auf die Selbstpflege, wie kann ich mir Gutes tun in der Pflegeoase?</p> <p>Welche Erholungsmöglichkeiten/Ausgleiche durch Entspannung/Bewegung gibt es für die MA?</p>	<p>Kleine Übungen, die in den Arbeitsalltag eingebaut werden. Denkbar sind auch Massagen, Sportangebote welche durch die Einrichtung bezuschusst werden.</p>
9	<p>Warum haben die MA in den Studien keine Pausen wahrgenommen?</p>	<p>Die Mitarbeiterinnen haben ihre Pausen nicht wahrgenommen, weil sie glaubten, dass sie dafür keine Zeit haben. Pflegenden gestalten ihre Pause „flexibel“, indem sie z. B. auf dem Wohnbereich bleiben. Hintergrund ist, dass eine bestimmte Auffassung von Fürsorgeverantwortung bzw. ein Gefühl der Verpflichtung gegenüber Bewohnerinnen besteht. Mitarbeiter/-innen mit einem solchen Pflichtbewusstsein sind oft sehr unruhig, wenn sie außerhalb der Pflegeoase Pause machen und können dies kaum genießen, weil sie meinen in ihrer Abwesenheit könnte den Bewohnerinnen etwas passieren. Dies ist in der Altenpflege generell zu beobachten und nicht nur ein Phänomen in Pflegeoasen.</p> <p>Siehe Praxishilfe zum Kurzfilm „Pause machen“: Praxishilfen unter www.modellprojekt-demos.de Gelassen in den Arbeitsalltag</p>

Fragen zu: Qualitätskriterien

Nr.	Frage	Antwort
1	Gibt es eine betriebswirtschaftliche Betrachtung?	Ja, in Bezug auf die Gruppengröße. Wie erläutert existieren für Pflegeoasen keine gesonderten Versorgungsverträge, die Finanzierung erfolgt über Pflegestufen. Daher spielt die Frage nach der Wirtschaftlichkeit eine wichtige Rolle. Eine Belegung mit sechs Personen scheint erforderlich zu sein, um eine dauerhafte Präsenz im Tagdienst gewährleisten zu können. Bei den von der Demenz Support Stuttgart evaluierten Pflegeoasen in Luxemburg pendelte die Gruppengröße während der Studienlaufzeit zwischen fünf und neun Bewohnerinnen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine Gruppe von neun Bewohnerinnen als zu groß erachtet wird und von den Beteiligten (Pflegerinnen wie Angehörigen) eine Begrenzung auf sechs Bewohnerinnen der Vorzug gegeben wird. Weitere wichtige betriebswirtschaftliche Fragenstellungen sind: Baukosten, Raumgestaltung und technische Ausstattung

Literatur:

Cohen-Mansfield, J. (1996): Behavioral und Mood Evaluations: Assessment of Agitation. In: International Psychogeriatrics 8 (2), 233-245

Cummings, J. L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D. A.; Gornbein, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. In: Neurology 44(12), 2308-2314.

Kaufert, D. I.; Cummings, J. L.; Ketchel, P.; Smith, V.; MacMillan, A.; Shelley, T.; Lopez, O. L.; Dekosky, S. T. (2000): Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. In: Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 12(2), 233-239.

Rückert, Willi et al. (2007): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Ernährung bei Demenz. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Bern: Verlag Hans Huber.

Rutenkröger, A., Berner, R.; Kuhn, C.; (2011): Evaluation des Schlafverhaltens in einer Pflegeoase im Vergleich zum Doppel- und Einzelzimmer – Evaluationsmodul im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie in der Pflegeoase Altenzentrum St. Elisabeth, Eisingen. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg.

Download unter:

http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation_Schlafverhalten_01062012.pdf

Weiner, M. F.; Martin-Cook, K.; Svetlik, D. A.; Saine, K.; Foster, B.; Fontaine, C. S. (2000): The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. In: Journal of the American Medical Directors Association 1(3), 114-116

Wood, S. A.; Cummings, J. L.; Barclay, T.; Hsu, M. A.; Allahyar, M.; Schnelle, J. F. (1999): Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Distress in Professional Caregivers. In: Aging & Mental Health 3(3), 241-245