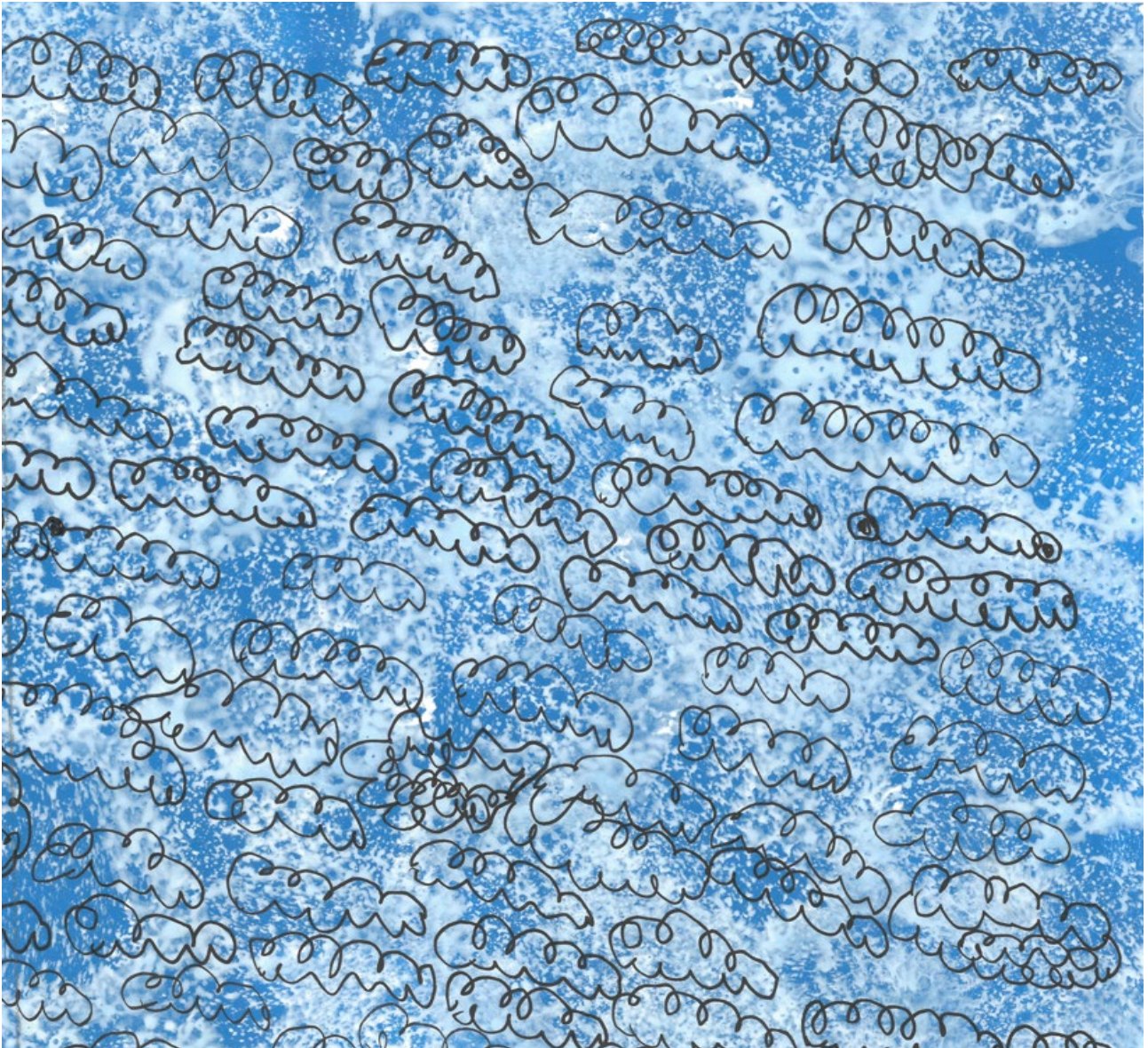


Rahmenbedingung

Alt werden in der Stiftung Arkadis



Stiftung Arkadis
Aarauerstrasse 10
4600 Olten

www.arkadis.ch / www.arkadis-plus.ch

Inhalt

1	Ausgangslage	3
2	Zielgruppe.....	3
3	Definition Alter	3
4	Grundhaltung.....	3
5	Älterwerden	4
5.1	Lebensqualität und Lebensziele.....	4
5.2	Biografie	5
5.3	Sexualität.....	6
5.4	Herausforderndes Verhalten	6
5.5	Wertesysteme und Spiritualität	6
6	Gesundheit und Pflege	7
6.1	Gesundheitsvorsorge.....	7
6.2	Krankheiten des Alters.....	7
6.3	Demenz	8
6.4	Ernährung.....	8
6.5	Pflege	8
6.6	Dekubitusprophylaxe	9
6.7	Bewegung und Mobilität.....	9
6.8	Begleitung am Lebensende und Palliative Care.....	10
7	Wohnen und Tagesstruktur.....	10
7.1	Wohnen	10
7.2	Tagesstruktur.....	10
7.2.1	Tagesstruktur auf der Alterswohngruppe B2 und der Demenzwohngruppe A2	10
7.2.2	Tagesstruktur für ältere und demente Bewohnende in den Ateliers der Schärenmatte 11	
7.2.3	Tagesstätte für Seniorinnen und Senioren im Sonnenblick	11
7.3	Pensionierung und Ruhestand	11
8	Umfeld	12
8.1	Soziale Beziehungen und Angehörigenarbeit	12
8.2	Kooperationen und Zusammenarbeit	12
9	Rahmenbedingungen.....	13
9.1	Infrastruktur	13
9.2	Personal	13
9.3	Dienstleistungen des Facility Managements (FM).....	13
9.4	Sicherheit.....	14
10	Evaluation des Konzepts	14
11	Literaturverzeichnis.....	14

1 Ausgangslage

Die Lebenserwartung bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Diese Entwicklung bringt neue Themen, Aufgaben und Fragen mit sich. Institutionen sind gefordert, Antworten auf Fragen zur Begleitung und Betreuung von älter werdenden Bewohnerinnen und Bewohnern im institutionellen Umfeld zu geben. Mit dem vorliegenden Konzept definiert die Stiftung Arkadis ihre Haltung zu den verschiedensten Aspekten und gibt Antworten auf die wichtigsten Fragen, unter Einbezug der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Der Artikel 19 der UN-BRK fordert grundsätzlich Wahlmöglichkeiten, was so viel bedeutet wie, dass Menschen mit einer Behinderung ihren Wohnort frei wählen können.

Um dies zu ermöglichen, bieten wir in der Stiftung Arkadis auf der Wohngruppe B2 in der Schärenmatte eine Wohngruppe für ältere Menschen mit einer angepassten Tagesstruktur an.

Die Aussagen im «Betreuungs- und Begleitkonzept Bereiche Sonnenblick und Schärenmatte» (RB.2.01_05) gelten als übergeordnetes Konzept auch für das vorliegende Konzept.

2 Zielgruppe

Unsere Angebote im Bereich Alter richten sich an alle Bewohnenden und Klientinnen und Klienten, die bereits in der Stiftung Arkadis leben und eine für ihr Alter geeignete und auf ihre Bedürfnisse angepasste, Wohnumgebung und/oder Tagesstruktur suchen. Externe Klientinnen und Klienten, die der Zielgruppe gemäss Leitbild und vorliegendem Konzept entsprechen, ist der Zugang zu diesen Angeboten offen, wenn die Finanzierung gesichert ist.

3 Definition Alter

Für das Alter gibt es keine allgemein gültige Definition. Gleichwohl existieren verschiedene, weithin akzeptierte Konzepte, die das Altern aus verschiedenen Blickwinkeln beschreiben. Beispielsweise definiert Rudolf Rüberg zwölf verschiedene Aspekte des Alters (Rüberg zit. in Havemann und Stöppler et al., 2010, 18) und zeigt damit auf, dass der Begriff Alter verschiedene Dimensionen beinhaltet. Alter ist nicht nur chronologisch (die seit Geburt vergangene Zeit), biologisch oder physiologisch zu verstehen, sondern auch unter sozialen und psychologischen Aspekten zu beurteilen. Darüber hinaus ist das Alter immer als prozesshaft und individuell anzusehen. Menschen im gleichen biologischen Alter haben nicht zwingend die gleichen Kompetenzen, Ressourcen, Einschränkungen und Werte. Ihre Bedürfnisse können sehr unterschiedlich sein. Das Altern bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung verhält sich entsprechend ebenfalls sehr individuell. Ein wichtiger Unterscheidungsaspekt hängt zum einen mit der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung zusammen und zum anderen mit der in frühen Lebensjahren erhaltenen Förderung. Des Weiteren gibt es entgegen der immer noch weit verbreiteten Meinung keine Hinweise darauf, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung früher als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung altern. Aufgrund von Untersuchungen gibt es jedoch deutliche Anzeichen, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung früher schwach und gebrechlich wirken (Evenhuis et al. zit in Müller und Gärtner, 2016, 77).

Im vorliegenden Konzept werden wir den Begriff *Alter* immer in seiner Multidimensionalität verwenden. Wenn wir auf spezifische Aspekte des Alters eingehen, werden diese jeweils erwähnt.

4 Grundhaltung

Wir betrachten das Älterwerden als Prozess, in dem wir anerkennen, dass das Alter nebst körperlichem und geistigem Abbau, neue und positive Aspekte zu bieten hat. In der Strategie der Stiftung Arkadis haben wir uns als strategisches Leitziel gesetzt, dass Menschen in dieser Lebensphase eine massgeschneiderte und bedarfsorientierte Begleitung angeboten werden. Wir orientieren uns dabei an einem Höchstmass an Lebensqualität und Teilhabe und an individuellen Bedürfnissen der

Betroffenen. Es ist uns bewusst, dass wir uns dabei immer im Spannungsfeld zwischen Interessen und Wünschen der einzelnen Person und institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen befinden. Dieses Spannungsfeld lässt sich nicht in jedem Fall auflösen. In jedem Fall beziehen wir die Bewohnenden und Klientinnen und Klienten und deren Umfeld in Entscheidungsprozesse, die sie unmittelbar betreffen ein, und begründen auch ihnen gegenüber unseren Entscheidungen.

5 Älterwerden

Während des Alterungsprozesses verändern sich bei jedem Menschen sowohl körperliche als auch soziale Aspekte. Daraus ergibt sich eine veränderte Leistungsfähigkeit aber auch neue Kompetenzen und Chancen. Die psychische und kognitive Verarbeitung verändert sich, neue Rollen und Fähigkeiten kommen hinzu. Dadurch können Verluste im Alterungsprozess durch die Adaption neuer Kompetenzen zumindest teilweise ausgeglichen werden. Wir begleiten die Bewohnenden und Klientinnen und Klienten in diesem Prozess und unterstützen sie dabei, mit den veränderten körperlichen und gesellschaftlichen Verhältnissen ein für sie gutes und erfülltes Leben zu leben.

Der Alterungsprozess zeigt sich individuell sehr verschieden. Trotzdem gibt es gemeinsame Merkmale und Aspekte, die für das Verständnis dieses Prozesses wichtig sind. Folgende Lebensbereiche erachten wir als grundlegend, um im Alter eine bedarfsorientierte und professionelle Begleitung und Betreuung zu gewährleisten.

5.1 Lebensqualität und Lebensziele

In der aktuellen Forschung wird das Konzept der Lebensqualität von verschiedenen Disziplinen aus betrachtet und beschrieben. Es wird als wichtiges Messkonstrukt für das Wohlergehen von Menschen angesehen. Wir schliessen uns der Sichtweise von Noll und Schöb an:

Das Konzept der Lebensqualität basiert auf einem multidimensionalen Verständnis der individuellen Wohlfahrt (Wohlergehen, Anmerkung d. A.) oder des 'guten Lebens', das sowohl materielle wie auch immaterielle, objektive und subjektive Komponenten gleichzeitig umfasst und das 'besser' gegenüber dem 'mehr' betont. (Noll und Schöb zit. in Neise und Zank, 2016, 11)

Damit sind folgende Dimensionen für die Bewertung der Lebensqualität ausschlaggebend:

- Mehrdimensionalität,
- objektive und subjektive Komponenten,
- Berücksichtigung individueller Lebensziele,
- Erfassung gesamtgesellschaftlicher Wertvorstellungen.

Die Mehrdimensionalität bezeichnet die verschiedenen Ebenen des Konzepts der Lebensqualität. Neben dem wirtschaftlichen Aspekt werden in der wissenschaftlichen Literatur folgende objektive Kerndimensionen der Lebensqualität (Scharlock et al. zit. in Neise und Zank, 2016,11) erwähnt:

- emotionales Wohlbefinden,
- soziale Beziehungen,
- materielles Wohlbefinden,
- persönliche Entwicklung,
- physisches Wohlbefinden,
- Selbstbestimmung,
- soziale Inklusion,
- Rechte.

Die verschiedenen Ebenen werden in der Stiftung Arkadis in der Wegleitung «Jahresgespräch für Bewohnende und externe Klienten SM» (WL.2.01_06) aufgeführt und weiter in den Wegleitungen «Themenbereiche Standortbestimmung Bewohnende» (WL 2.01_07) und «Themenbereiche Standortbestimmung Externe Klienten SM» (WL 2.01_08) für die Anwendung im Alltag vertieft. Die Erreichung einer guten Lebensqualität in diesen Dimensionen wird individuell überprüft und regel-

mässig thematisiert. Da es sich neben den objektiven Komponenten immer auch um eine subjektive Bewertung der Lebensbedingungen handelt, bedarf es eines stetigen Austauschs der Mitarbeitenden mit den betreffenden Bewohnenden und Klientinnen und Klienten. Dabei ist immer zu beachten, dass aufgrund unterschiedlicher individueller Faktoren, wie zum Beispiel biografische Gegebenheiten, unterschiedliche Werte und Lebensziele bei ähnlichen objektiven Voraussetzungen nicht die gleiche Zufriedenheit bei den Betroffenen hervorrufen muss. Es ist darauf zu achten, dass deren Lebensziele nicht mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden oder der Angehörigen beziehungsweise des Umfelds übereinstimmen müssen. Die Unterstützungsmassnahmen werden auf der Grundlage der individuellen Ziele und Wünsche und unter Einbezug der Betroffenen geplant und umgesetzt.

Die Lebensqualität bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist durch spezifische Facetten des Lebenszyklus *Alter* gekennzeichnet. Dies konnte in verschiedenen Studien belegt werden (Noll et. al. zit. in Neise und Zank, 2016, 13). Diese Facetten beziehen sich hauptsächlich auf Defizite in der Gesundheit und Veränderungen des sozialen Umfelds. Durch die Verkleinerung des sozialen Umfelds treten häufig Gefühle der Einsamkeit auf. Darüber hinaus kommt es auch zunehmend zu Einschränkungen bei der Partizipation am sozialen Leben. Diese lebenszyklusspezifischen Facetten des Alters sind bei der Begleitung der Betroffenen und bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsmassnahmen zu berücksichtigen.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine Erweiterung der oben beschriebenen Sichtweise der Lebensqualität aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist. Sie befasst sich mit der Frage, inwiefern Lebensqualität trotz Krankheiten erreicht werden kann. Sie definiert individuelle Therapieziele unter Einbezug der jeweiligen Bewohnenden, welche krank sind. Dadurch kann die medizinische Behandlung an die subjektive Einschätzung der erkrankten Person angepasst werden (Neise und Zank, 2016, 14). Bei Menschen mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung ist bei der Beurteilung der medizinischen Behandlungen immer auch von deren mutmasslichem Willen auszugehen, sollten sie als urteilsunfähig gelten. In diesem Fall sind die gesetzlichen Vertretungen immer mit einzubeziehen (Stiftung Arkadis, 2016, 14).

5.2 Biografie

In der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019, 47) werden Aussagen zur Anwendung und zum Ziel und Zweck der Biografiearbeit in der Stiftung Arkadis gemacht. Diese Aussagen gelten auch für die Biografiearbeit mit Bewohnenden und Klientinnen und Klienten ohne demenzielle Erkrankungen.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Biografiearbeit kein einheitliches Konzept darstellt. Es besteht aus vielen Methoden und Möglichkeiten. Diese werden in der Stiftung Arkadis individuell geprüft und eingesetzt. Neben der gesprächsorientierten Biografiearbeit wenden wir mit dem *Ich-Buch* die dokumentationsorientierte und aktivitätsorientierte Biografiearbeit an (Lindmeier, 2013, 32). Diese kreativen Methoden legen den Fokus auf die Sammlung und Dokumentation unterschiedlicher Erinnerungen der Betroffenen und deren Umfeld. Diese können aus Erinnerungstücken, wie zum Beispiel Zeitungsartikeln, Bildern, selber gestalteten Produkten oder Gegenständen, die für die Person einen besonderen Wert haben, zusammengesetzt sein. Bei Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen wenden wir Körper- und Sinnesmethoden an. Diese werden bei Miethe wie folgt beschrieben:

Mit Körpermethoden wird das Körpergedächtnis bewusst mit in den Erinnerungsprozess mit einbezogen. Hier werden gezielt körperliche Elemente (z. B. Bewegung im Raum, Tanz, Berührung, Aufstellung, Geruch) genutzt. Der Grundgedanke ist, dass viele Erinnerungen weder erzählt noch geschrieben werden können, sich aber in unserem Körpergedächtnis eingeschrieben haben. Über Bewegungen, Gerüche oder Berührungen können diese Bewusstseinsinhalte dann wieder reaktiviert und bewusst gemacht werden. (Miethe, 2011, 43)

Bei Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen wird häufig die stellvertretende Biografiearbeit angewendet (Lindmeier, 2015, 120). Hier ist es Aufgabe der Mitarbeitenden, wichtige Daten aus der Biografie der Betroffenen zu sammeln und zu dokumentieren. Dabei muss berücksichtigt werden, dass an dieser Biografiearbeit auch die Angehörigen mitwirken sollten. Weiter sollte

der Fokus nicht nur auf die Kinder- und Jugendzeit der Betroffenen gelegt werden, sondern sich auch mit der jeweiligen *Institutionsbiografie* befassen. Bei der Biografiearbeit mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist es ausserdem wichtig, frühzeitig mit dieser Sammlung solcher Informationen zu beginnen, da ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen oft dazu führt, dass Erinnerungen und das Wissen über wichtige biografische Brüche verloren gehen.

Mit der Biografiearbeit beginnen wir beim Eintritt der Bewohnenden in die Stiftung Arkadis. Wir beziehen dabei die Wünsche der Betroffenen in die Art der Biografiearbeit mit ein und akzeptieren auch den Wunsch, nicht über vergangene Zeiten reden zu wollen.

5.3 Sexualität

Die Aussagen im Konzept «Intimität, Sexualität und Partnerschaft in der Stiftung Arkadis» (RB.2.01_08) gelten auch für ältere oder betagte Bewohnende und Klientinnen und Klienten.

5.4 Herausforderndes Verhalten

Der Alterungsprozess ist mit körperlichen Veränderungen und mit Verlusten der Leistungsfähigkeit, Selbstständigkeit und Gesundheit verbunden. Es kann vorkommen, dass Betroffene mit den altersbedingten Veränderungen mit herausforderndem oder aggressivem Verhalten reagieren. Dies kann mit Verlusten wichtiger Bezugspersonen, wie zum Beispiel der Eltern oder mit der Abnahme der Autonomie, zusammenhängen. In der Praxis beobachten wir, dass auch das Zusammenleben zwischen Bewohnenden, welche andere Bedürfnisse haben, schwierig sein kann. Diese herausfordernden Verhaltensweisen gilt es zu beobachten und individuelle Massnahmen daraus abzuleiten.

Ein besonderes Augenmerk muss auf der Abklärung liegen, ob es sich bei den Veränderungen um eine demenzielle Erkrankung, oder andere gesundheitliche Ursachen, handelt. In der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019, 51) wird eingehend beschrieben, wie auf herausforderndes Verhalten reagiert werden kann.

5.5 Wertesysteme und Spiritualität

Spiritualität ist nicht mit Religiosität gleichzusetzen. Spiritualität setzt sich mit Wertesystemen und Sinnfragen auseinander und kann auch Fragen nach dem richtigen Handeln enthalten (Hauschildt, 2016, 486). Spiritualität kann auch bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Rolle spielen. Hauschildt führt weiter aus, dass gerade für Institutionen Sinn-Äusserungen, welche aus medizinischer oder psychosozialer Sicht nicht relevant sind, für die betreffende Person wichtig sein können und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, Raum für deren Umsetzung zu schaffen. Es ist dabei wichtig, dass Mitarbeitende sich ihrer eigenen Spiritualität bewusst sind und diese nicht den Bewohnenden *überstülpen*. Wir erwarten von den Mitarbeitenden in diesem Thema eine Zurückhaltung der eigenen Vorstellungen und gleichzeitig einen respektvollen Umgang und – wo gewünscht – eine Auseinandersetzung mit den Äusserungen und Vorstellungen der Bewohnenden.

Bei Bedarf bieten wir auch andere für den Bewohnenden sinnvolle spirituelle Aktivitäten an, wie zum Beispiel Gesänge oder den Einsatz von Bildern/Gegenständen. Dabei ist jedoch immer zu beachten, dass dies im persönlichen Rahmen durchgeführt und Mitbewohnende nicht einbezogen werden, die sich entweder ablehnend oder gar nicht dazu äussern können.

Alle religiösen und nichtreligiösen Überzeugungen werden als gleichwertig anerkannt und respektiert. Wir ermöglichen allen Bewohnenden ihre Religion in ihren eigenen Räumlichkeiten auszuüben. Wo von ihnen selber gewünscht, wird die Teilnahme an religiösen Angeboten unterstützt. Dies kann zum einen durch die Begleitung in Kirchen, Moscheen, Synagogen, Tempeln und andere religiöse Bauwerke geschehen. Zutritt für Religionsvertreterinnen und Religionsvertreter innerhalb der Institution wird ermöglicht, solange die Begegnungen im privaten Rahmen des eigenen Zimmers stattfinden.

Weiterführende Aussagen zum Thema Spiritualität in der Begleitung von Bewohnenden am Lebensende finden sich in der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019, 60).

6 Gesundheit und Pflege

Mit dem Alternsprozess verändert sich bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung meist auch die gesundheitliche Situation. Der Körper und auch die Psyche unterliegen Veränderungen, welche eine angepasste Begleitung notwendig machen. In der UN- BRK wird im Artikel 25 das Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit für Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung eingefordert. Dies bedeutet, dass allen Menschen erschwingliche Gesundheitsleistungen und die Zugänglichkeit zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung ermöglicht wird. Das bedeutet für uns, dass wir dafür eintreten, dass die Menschen, welche in der Stiftung Arkadis leben, eine umfassende und angemessene Gesundheitsversorgung erhalten. Wir verstehen Gesundheit im Sinne des salutogenetischen Ansatzes von Aaron Antonovsky¹. Antonovsky geht davon aus, dass Krankheit nicht die Abwesenheit von Gesundheit ist und es sich somit hier nicht um zwei gegensätzliche Pole, sondern um ein *Kontinuum* eines mehr oder minder gesunden Zustandes handelt. Das bedeutet, dass sich auch ein *kranker* Mensch gesund fühlen kann, wenn er sich geistig, körperlich oder in seinem sozialen Umfeld wohl fühlt (Antonovsky, 1997).

In den folgenden Punkten werden spezifische Veränderungen in der Gesundheit und die Möglichkeiten, diese zu begleiten, beschrieben. Dabei ist die individuelle Situation jedes Bewohnenden zu berücksichtigen.

6.1 Gesundheitsvorsorge

Präventive Massnahmen sind bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wichtig und ebenso anzuwenden, wie bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Dabei gilt es die persönlichen Bedürfnisse und individuellen Möglichkeiten der Betroffenen in die Überlegungen einzubeziehen und die Massnahmen entsprechend anzupassen. Darüber hinaus ist es wichtig, regelmässig gesundheitliche Untersuchungen durchzuführen, um eine optimale und angemessene medizinische Versorgung zu gewährleisten. Wir klären rechtzeitig mit den gesetzlichen Vertretungen ab, welche Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und wer diese initiiert und begleitet. Die Absprachen werden im Dokument «Ergänzende Vereinbarungen zum Vertrag» (VO.2.01_01) festgehalten und jährlich mindestens einmal überprüft.

Wir stellen die benötigten Ressourcen in einem für uns leistbaren Umfang zur Verfügung, denn «durch das vermehrte Auftreten von Erkrankungen wird der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Betreuung im Alter grösser, es werden mehr Arzttermine wahrgenommen.» (Ding-Greiner und Kruse, 2010, 19). Dieser Umfang muss bei Bedarf individuell im Dokument «Ergänzende Vereinbarungen zum Vertrag» (VO.2.01_01) festgelegt werden. Begleitungen, die über dieses Mass hinaus gehen, müssen von den gesetzlichen Vertretungen oder von Angehörigen durchgeführt werden. Ausserdem bieten wir allen Bewohnenden an, sich durch den Institutionsarzt und/oder Gerontopsychiater, medizinisch und psychologisch begleiten zu lassen. Selbstverständlich besteht aber auch in dieser Phase des Lebens eine freie Ärztwahl.

6.2 Krankheiten des Alters

Bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung treten Krankheiten im Alter häufiger auf als bei älteren Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung (Haveman und Stöppler, 2010, 75). Der Anteil an Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, welche an mehreren Krankheiten leiden, ist erhöht. Diese Multimorbidität nimmt mit der Schwere der Beeinträchtigung zu (DingGreiner und Kruse, 2010, 19). Folgende Erkrankungen oder Einschränkungen sind dabei besonders häufig anzutreffen (Ding-Greiner und Kruse, 2010, 22; Havemann und Stöppler, 2010, 76):

- Einschränkungen des Sehvermögens,
- Einschränkungen des Hörvermögens,
- Dysfunktion der Schilddrüse (v. a. bei Menschen mit Trisomie 21),
- Herz- und Kreislauferkrankungen,
- Erkrankungen der Atemwege (steht häufig in Zusammenhang mit der Verformung des Thorax und Schluckstörungen),

¹ Aaron Antonovsky war ein israelisch-amerikanischer Soziologe und Professor der Soziologie. Er wird als der Begründer der Salutogenese betrachtet.

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats (häufig als Folge der eingeschränkten Mobilität und Osteoporose),
- Krebserkrankungen,
- Erkrankungen des Verdauungssystems,
- psychische Erkrankungen (demenzielle Erkrankungen, Depressionen und generalisierte Angststörungen).

Es ist darauf zu achten, dass es für Ärztinnen und Ärzte schwierig ist, genaue Diagnosen zu stellen, da sich die Kommunikation mit den Betroffenen schwierig gestaltet und deren verbale Äusserung über ihre Selbstwahrnehmung eingeschränkt ist. Ausserdem fehlt es den Ärztinnen und Ärzten häufig an Wissen, um diese Erkrankungen und die damit auftretenden Symptome bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu erkennen. Deshalb ist es wichtig, Beobachtungen seitens der Mitarbeitenden und Angehörigen zu dokumentieren. Darüber hinaus verweisen wir auf die Broschüre «Ich bin anders und doch gleich» (Stiftung Arkadis, 2016, 19), welche sich mit der Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Spital auseinandersetzt und entsprechende Empfehlungen erarbeitet hat.

6.3 Demenz

Wichtige Aussagen und Empfehlungen zur Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und einer Demenz liegen in der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019) vor. Hier werden alle wichtigen Aussagen zu diesem Themenbereich zusammengefasst. Diese werden in der Stiftung Arkadis auf der Wohngruppe A2 umgesetzt.

6.4 Ernährung

Das Essen sollte immer als lustvoll empfunden werden können. Die Mahlzeiten sollen den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend vorbereitet werden. Nur dort, wo es absolut notwendig und sinnvoll ist, werden die Bewohnenden und Klientinnen und Klienten unterstützt. Um bei Bedarf ein Höchstmass an Selbstständigkeit zu gewährleisten, bieten wir neben den herkömmlichen Menüs auch spezielle Verabreichungsformen von Essen an. Dies kann zum Beispiel Finger Food oder auch püriertes Essen sein. Bei Bewohnenden und Klientinnen und Klienten kann es auch sinnvoll sein, diese mit den Händen essen zu lassen. Darüber hinaus achten wir auf eine ausgewogene und gesunde Ernährungsweise und berücksichtigen die persönlichen Essbiografien der Bewohnenden. Bei älteren Bewohnenden ist der Einbezug von kulinarischen Vorlieben, Abneigungen und Erinnerungen aus der Familie bei der Planung von Mahlzeiten zu berücksichtigen. Wir beziehen die Bewohnenden von der Planung über das Einkaufen bis zur Zubereitung der Mahlzeiten – beim Selberkochen auf den Wohngruppen – ihren Möglichkeiten entsprechend ein. Bei komplexeren Themen rund um die Ernährung kann bei Bedarf auch eine Ernährungsberatung beigezogen werden. Dies kann vor allem dann sinnvoll sein, wenn das Thema Gewichtszunahme und Diabetes bei Bewohnenden auftritt. Bei der Planung der Mahlzeiten ist zu beachten, dass der Kalorienbedarf im Alter dem Verbrauch angepasst wird. Diäten werden ausschliesslich auf ärztliche Verordnung hin verabreicht (weitere Hinweise zur Ernährung in der Stiftung Arkadis siehe Konzept Ernährung, das derzeit in Erarbeitung ist).

6.5 Pflege

Die Pflege von älteren Bewohnenden unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Pflege von jüngeren Bewohnenden. Individuelle Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen der zu pflegenden Bewohnenden sind zu berücksichtigen und in die individuelle Pflegeplanung einzubeziehen. Vor allem bei Bewohnenden mit schweren mehrfachen Beeinträchtigungen ist zu beachten, dass bei der Grundpflege nicht ausschliesslich die körperliche Hygiene im Vordergrund steht, sondern diese gleichzeitig auch Kommunikation und Kontaktaufnahme bedeutet. Dies sollte bei der Gestaltung der Pflegesituation berücksichtigt und daher auch ausreichend Zeit für die Pflege eingeplant werden. Dabei ist immer zu prüfen, wieviel Pflege und in welchem Umfang diese notwendig ist.²

² Spezielle praktische Tipps für die Pflege im Alter sind im Buch «Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter» (Ding-Greiner und Kruse, 2010, 100) nachzulesen.

Ausserdem sind die Grundlagen der »Basalen Stimulation in der Pflege« (Bienstein und Fröhlich, 2016, 110) in der Begleitung von Bewohnenden mit schweren mehrfachen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Bei den Bewohnenden, welche aufgrund des altersbedingten körperlichen und gesundheitlichen Abbaus immer stärker auf Unterstützung der Mitarbeitenden angewiesen sind, muss behutsam mit der Übernahme von Pflegehandlungen umgegangen werden. Dies vor allem deshalb, weil die Bewohnenden diese Tätigkeit lange Zeit selbstständig oder mit wenig Unterstützung ausgeführt haben. Dabei ist immer das Schaffen einer Intimsphäre und die Berücksichtigung des Schamgefühls zu beachten.

Neben der Grundpflege können mit dem Alterungsprozess auch körperliche Veränderungen einhergehen, welche sich zum Beispiel durch Inkontinenz oder Obstipation bemerkbar machen. Bei Inkontinenz ist eine Prüfung der passenden Pflegeprodukte und des Inkontinenzmaterials von zentraler Bedeutung. Obstipation ist vor allem auf Bewegungsmangel und Änderungen in der Ernährung zurückzuführen und tritt im Alter immer häufiger auf. Weitere Faktoren, welche zu einer schlechteren Verdauung führen können, sind auch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten oder Flüssigkeitsmangel. Bei Obstipation ist auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung zu achten, beziehungsweise eine ärztliche Abklärung durchzuführen.

6.6 Dekubitusprophylaxe

Ein Dekubitus (Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und eventuell des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck – auch Druck in Verbindung mit Scherkräften³. Er tritt dann auf, wenn der Druck eine adäquate Durchblutung des betroffenen Hautareals über einen, für die Person individuellen Zeitraum, vermindert beziehungsweise verhindert. Es ist uns bewusst, dass Dekubiti sich nicht vollständig verhindern lassen. Ziel ist es daher, bei deren Auftreten eine angemessene, adäquate Wundtherapie durchzuführen. Als Grundlage werden die Beobachtungen strukturiert dokumentiert (Wundprotokoll), sowie mit qualifizierten Fotos hinterlegt. Die Versorgung der Wunden ist evidenzbasiert und auf die betroffenen Bewohnenden ausgerichtet.

Im Rahmen der Betreuung der Bewohnenden und Klientinnen und Klienten legen wir einen zentralen Schwerpunkt auf die Vorbeugung von Dekubiti. Die notwendigen Schritte (Risikoerkennung, Risikoklassierung [Braden-Skala⁴], Massnahmen und Prophylaxen) werden durch ein interdisziplinäres Team (Pflegefachkraft, Sozialpädagogin, Orthopädietechniker, Ärztinnen) bewertet, besprochen, geschult und umgesetzt. Dazu gehören Massnahmen wie Ernährung, Mobilisation, Hilfsmittelbeurteilung und Lagerung. In besonderen Fällen kann die Spitex einbezogen werden. Die Stiftung Arkadis stellt zudem Hilfsmittel zur Verhinderung von Dekubitus zur Verfügung.

6.7 Bewegung und Mobilität

Bewegung und Mobilität nehmen im Alter ab. Viele der Bewohnenden und Klientinnen und Klienten in der Stiftung Arkadis haben aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigung schon vor dieser Phase eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten. Wir bieten allen Bewohnenden verschiedene, individuell zugeschnittene und attraktive Bewegungsaktivitäten an, welche den Lebensphasen entsprechend angepasst werden. Bewegung und Mobilität können mit attraktiven Angeboten gefördert werden. Diese können sowohl rhythmische als auch tänzerische Elemente beinhalten. Wichtig ist, dass sie motivierend und auf die individuellen Bedürfnisse der betreffenden Bewohnenden zugeschnitten sind. Um die Mobilität so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, ist es wichtig, Gefahrenquellen zu

³ Verformung eines Körpers unter Einwirkung von Kraft.

⁴ Die Braden-Skala wurde 1987 von den beiden amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen Barbara J. Braden und Nancy Bergstrom als »Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk« entwickelt. Dabei handelt es sich um ein Scoring-System welches die Risikofaktoren Druckeinwirkung und Gewebetoleranz durch sechs Kriterien erfasst: Sensorisches Empfindungsvermögen, Aktivität, Mobilität, Feuchtigkeit, Ernährung, Reibung und Scherkräfte.

erkennen und zu beseitigen oder zum Beispiel eine mobilitätshemmende Infrastruktur zu verbessern, wie diffuse Beleuchtung, Barrieren, Treppen, die schlecht erkennbar sind, fehlende Mobilitätshilfen, keine höhenverstellbare WC und Waschbecken usw.

Einschränkungen der Bewegung werden eingehend im Konzept «Freiheitseinschränkende Massnahmen und Umgang mit Risiken» (RB.2.01_01) im Qualitätsmanagement der Stiftung Arkadis beschrieben.

6.8 Begleitung am Lebensende und Palliative Care

In der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019, 56) wird explizit die Begleitung am Lebensende in der Stiftung Arkadis beschrieben.

7 Wohnen und Tagesstruktur

7.1 Wohnen

Das Angebot der Alterswohngruppe in der Schärenmatte richtet sich an alle Bewohnende der Stiftung Arkadis, welche eine für ihre Bedürfnisse und Wünsche angepasste Wohnform suchen. Es wird darauf geachtet, den Tagesablauf und die Tagesstruktur gemäss diesen Bedürfnissen und Wünschen zu gestalten und die betroffenen Bewohnenden dabei einzubeziehen. Auf dieser Wohngruppe ist es möglich, dass die Bewohnenden in ihrem vertrauten Umfeld alt werden. Wir begleiten sie nach Möglichkeit bis in den Tod. Es ist kein Wechsel in ein Pflegeheim angezeigt, solange dies nicht dem Wunsch der Betroffenen und/oder deren gesetzlichen Vertretungen entspricht, eine fachlich angemessene Begleitung möglich ist und die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können. Dies entspricht den zentralen Aussagen des Konzepts «Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter» des Kantons Solothurn von 2010.

In den Wohnangeboten des Bereichs Sonnenblick gibt es aufgrund der Altersstruktur zunehmend pensionierte Bewohnerinnen und Bewohner. Solange wie möglich können diese dort wohnen bleiben, ausser bei bestehenden, nicht zu beseitigenden Barrieren, welche verunmöglichen, dass eine Begleitung vor Ort möglich ist. In diesem Fall werden interne und externe Anschlusslösungen geprüft.

7.2 Tagesstruktur

Nach Möglichkeit und auf Wunsch können pensionierte Bewohnende die arbeitsähnlichen Angebote aller Ateliers weiter nutzen. Ausschlaggebend sind räumliche und strukturelle Gegebenheiten und die Nachfrage an Arbeitsplätzen in den jeweiligen Ateliers. Jede Anfrage wird geprüft. Teilzeit-Angebote sind grundsätzlich möglich.

7.2.1 Tagesstruktur auf der Alterswohngruppe B2 und der Demenzwohngruppe A2

Das Angebot auf den Wohngruppen A2 und B2 richtet sich vor allem an Bewohnende, welche sich nicht mehr gerne in grösseren Gruppen aufhalten, aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, die Wohngruppe zu verlassen oder aufgrund zu hoher Anforderungen nicht mehr in ein Atelier zum Arbeiten gehen können. In diesen Tagesstrukturangeboten werden von Montag bis Freitag am Vor- und Nachmittag, niederschwellig und bedarfsorientiert, verschiedene Aktivierungsangebote durchgeführt. Die Zeiten werden den Möglichkeiten der Bewohnenden angepasst.

Diese Angebote orientieren sich an den Ressourcen, Interessen und Wünschen der Bewohnenden, werden durch Aktivierungsfachpersonen angeboten und in den Räumlichkeiten der Wohngruppe B2 und A2 durchgeführt. Bei entsprechend ressourcenintensiven Angeboten können nach vorheriger Absprache auch Mitarbeitende der jeweiligen Wohngruppen oder Freiwillige als Unterstützung beigezogen werden. Alle Angebote sind für die Bewohnenden freiwillig und haben folgende Ziele:

- Erhaltung der individuellen Fähigkeiten,

- Erhaltung der Lebensfreude,
- Erhaltung von Selbstwirksamkeit,
- Angebot von sinnstiftenden Tätigkeiten,
- Pflegen der sozialen Kontakte,
- in Bewegung kommen oder bleiben,
- Erleben von basalen Angeboten,
- Mitbestimmen bei der Auswahl der Angebote,
- Angebote im Bereich der Biografiearbeit (z. B. verschiedene Methoden der Biografiearbeit anwenden),
- Durchführung von Jahresfesten.

Um die Angebote durchführen zu können, können aufgrund der Platzverhältnisse maximal fünf Bewohner pro Wohngruppe daran teilnehmen. Sollte dies nicht zustande kommen, wird die Aktivierung auf Wunsch individuell in den Privaträumen der Bewohnenden in einer Einzelbegleitung durchgeführt. Die Fachpersonen für die Aktivierung sind dem Atelierteam angegliedert und direkt der Abteilungsleitung Atelier unterstellt.

7.2.2 Tagesstruktur für ältere und demente Bewohnende in den Ateliers der Schärenmatte

Ergänzend zum Angebot auf den Wohngruppen B2 und A2, werden in den Räumlichkeiten der Ateliers Aktivierungsangebote für ältere und demente Bewohnerinnen und Bewohner angeboten, welche sich gerne in Gruppen aufhalten und Aktivierungsangebote ausserhalb der Wohngruppe wahrnehmen können und möchten. Der Ansatz für die Begleitung in diesen Ateliers entspricht der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner auf den Wohngruppen B2 und A2.

7.2.3 Tagesstätte für Seniorinnen und Senioren im Sonnenblick

Dieses niederschwellige Angebot richtet sich von Montag bis Freitag an alle Pensionierten und sich nicht mehr im Arbeitsprozess befindlichen Bewohnenden des Sonnenblicks. Das Angebot wird individuell an die Wünsche und Ressourcen der Bewohnenden angepasst und besteht aus verschiedenen lebenspraktischen und kreativen Tätigkeiten.

7.3 Pensionierung und Ruhestand

Der Eintritt in den Ruhestand ist ein einschneidender Abschnitt im Leben eines Menschen. Dass dieser Lebensabschnitt nicht nur positive Gefühle mit sich bringt, sondern für viele Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung mit negativen Assoziationen verbunden ist, wurde in mehreren Studien belegt (Gusset-Bährer, 2004, 39). Es wurde unter anderem festgestellt, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung der Ruhestand häufig mit Langeweile und Unproduktivität verbunden wird. Das bedeutet, dass mit dem Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand viele wertvolle und positiv besetzte Elemente verschwinden. Neben dem Gefühl des Verlusts der vertrauten Umgebung und wichtiger, sinnstiftender Tätigkeiten, wird als Grund das Fehlen sozialer Kontakte und wichtiger Personen angeführt. Die Wertschätzung für die geleistete Arbeit fällt dabei weg. Gusset-Bährer führt weiter aus, dass es wichtig sei, die vor dem Ruhestand stehenden Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aktiv in die Vorbereitung auf den Ruhestand einzubeziehen und sie an Entscheidungen teilhaben zu lassen. Dadurch, und durch das Schaffen von sinnvollen und subjektiv wertvollen Freizeitbeschäftigungen, könne eine positive Sichtweise des Ruhestandes erreicht werden.

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern, welche schon vor dem offiziellen Pensionierungsalter in den Ruhestand wechseln, gelten folgende Kriterien:

- wiederholte Äusserungen des Wunsches durch die Betroffenen, sich pensionieren zu lassen,
- Verhaltensänderungen und -auffälligkeiten, die auf eine Überforderung im Arbeitsprozess schliessen lassen,
- starke gesundheitliche Veränderungen,
- starke kognitive Veränderungen,
- Rückmeldungen und Beobachtungen des Arbeitgebers,

- Beobachtungen und Wünsche des Umfelds,
- Rahmenbedingungen, welche nicht mehr eingehalten werden können,
- Anzeichen von andauerndem Stress,
- andauernde Erschöpfung und Müdigkeit,
- keine selbstständige Zurücklegung mehr des Arbeitswegs (Sonnenblick).

Nicht jedes der aufgeführten Kriterien führt zwangsläufig zur Pensionierung. Doch diese bieten Diskussionsgrundlagen, um sich unter Einbezug der betreffenden Bewohnenden, der Arbeitgeber und bei Bedarf deren gesetzlichen Vertretungen und Angehörigen über mögliche Lösungen und Vorgehensweisen auszutauschen. Je nach Alter der betroffenen Bewohnenden, kann ein Übertritt in eine alternative Tagesstruktur vorgenommen werden.

Um einen gelungenen Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand zu ermöglichen, bieten wir im Bildungsclub der Stiftung Arkadis für die Bewohnenden einen Vorbereitungskurs an. Dieser Kurs beinhaltet zum einen alle wichtigen Informationen für die Betroffenen und unterstützt zum anderen bei der Suche nach sinnvollen und individuell bedeutsamen Freizeitmöglichkeiten. Für Klientinnen und Klienten ist dieser Kurs kostenpflichtig. Darüber hinaus wird in der Schärenmatte Bewohnenden die Möglichkeit gegeben, sich in Gruppen an Gesprächskreisen und Veranstaltungen über dieses Thema zu informieren. Wo dies nicht möglich ist, oder wenn dies jemand nicht wünscht, sind individuelle Vorbereitungen und Informationen durch die Bezugspersonen durchzuführen.

Der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand wird individuell mit einem Ritual begangen. Dieses Ritual beinhaltet eine Abschiedsfeier am Arbeitsplatz beziehungsweise auf der jeweiligen Wohngruppe. Die Bereichsleitung überreicht dabei ein persönliches Geschenk. Mit diesem symbolischen Akt wird der alte Lebensabschnitt beendet und der neue begonnen und gefeiert. Dazu werden Angehörige, Freundinnen und Freunde sowie Mitbewohnende der Wohngruppe eingeladen.

8 Umfeld

8.1 Soziale Beziehungen und Angehörigenarbeit

Wir unterstützen und pflegen den Austausch mit dem sozialen Netzwerk der Bewohnenden innerhalb und ausserhalb der Stiftung Arkadis. Uns ist bewusst, dass im Laufe des Alterungsprozesses der Bewohnenden die informellen Netzwerke immer wichtiger aber auch immer kleiner werden, da viele Bezugspersonen bereits verstorben sind. Unter informellen Netzwerken verstehen wir *«private und selbstgewählte Beziehungen, die auf Gegenseitigkeit beruhen.»* (Dworschak zit. in Havemann und Stöppler, 2010, 153). Diese Netzwerke müssen aktiv gepflegt und oftmals auch wieder aktiviert werden, da diese häufig auch aufgrund des Aufenthalts in einer Institution verloren gegangen sind. Deshalb beachten wir individuelle Willensäusserungen der Bewohnenden, Kontakte ausserhalb der Stiftung Arkadis zu pflegen und unterstützen sie dabei mit ihrem informellen Netzwerk in Austausch zu kommen. Wir achten darauf, persönliche Netzwerke der Bewohnenden zu stabilisieren und bei Bedarf neue Kontaktmöglichkeiten zu schaffen. Dies kann im Sinne der Sozialraumorientierung durch Kontakte in der Nachbarschaft, im Quartier oder auch durch freiwillig Mitarbeitende, welche als Besucherinnen und Besucher für Bewohnende eingesetzt werden, stattfinden (Kohlhoff zit. in Müller und Gärtner, 2016, 266).

Aus dem oftmals langen Zusammenleben der Bewohnenden können sich Freundschaften oder Formen der gegenseitigen Unterstützung entwickeln. In der Schärenmatte bieten wir aus diesem Grund gruppenübergreifende Treffen an, so dass über die eigenen Wohngruppen hinaus Kontakte zu anderen Bewohnenden gepflegt werden können. Im Sonnenblick bieten primär der Freizeitklub sowie die Tagesstätte gruppenübergreifende Kontaktmöglichkeiten an.

8.2 Kooperationen und Zusammenarbeit

Wir streben eine Zusammenarbeit mit regionalen Pflegeinstitutionen zum Austausch von Fachwissen an. Um eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung gewährleisten zu können, arbeiten wir eng mit einem Gerontopsychiater, dem Institutionsarzt, Hausärztinnen und Hausärzten und bei Bedarf auch mit einer Spitex zusammen.

Weitere Kooperationen oder Zusammenarbeiten können sich aufgrund von Themen durch die Begleitung von Bewohnenden entwickeln. Diese werden entsprechend geprüft und falls mit finanziellen Auswirkungen verbunden, von den verantwortlichen Stellen bewilligt.

9 Rahmenbedingungen

9.1 Infrastruktur

Die vorliegende Infrastruktur und die räumlichen Möglichkeiten der Liegenschaften der Stiftung Arkadis sind begrenzt und können nicht allen Wünschen entsprechend angepasst werden. Trotzdem müssen Bedarfe abgeklärt und nach Möglichkeiten auch Umbaumassnahmen geprüft und umgesetzt werden. So muss die Barrierefreiheit gewährleistet sein. Dies gilt für alle Wohngruppen der Stiftung Arkadis, wo Bewohnende möglichst selbstständig und ohne Gefährdung, Tätigkeiten der Körperpflege ausführen oder aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung auf Hilfsmittel für ihre Mobilität angewiesen sind. Ausserdem müssen Pflegebetten in allen Zimmern der Wohngruppe und auch auf die Balkone transferiert werden können, um ein Höchstmass an sozialer Teilhabe und Integration bis zum Lebensende gewährleisten zu können. Im Bereich Sonnenblick kann nur im 2. Stock der Hardfeldstrasse 37 eine dementsprechende Barrierefreiheit gewährleistet werden.

Bei der Anschaffung von Möbeln, insbesondere von Sitzgelegenheiten, ist darauf zu achten, dass diese aufgrund ihrer Höhe und Ergonomie für ältere und gehbeeinträchtigte Bewohnende und Klientinnen und Klienten geeignet sind. Sicherheitsaspekte sind zu berücksichtigen. Aus Gründen der Hygiene sind pflegeleichte Materialien zu bevorzugen.⁵

9.2 Personal

Auf der Alterswohngruppe der Schärenmatte werden sowohl sozialpädagogisch als auch pflegerisch ausgebildete Mitarbeitende angestellt. Uns ist es wichtig, dass bei der Zusammenstellung des Teams der Fokus auf fachliche Ressourcen im Themenbereich Alter gelegt wird. Neben der fachlichen legen wir grossen Wert auf die persönliche Eignung der Mitarbeitenden. Die Bereitschaft, sich mit dem Thema Alter, Sterben und Tod auseinanderzusetzen, ist Voraussetzung für die Arbeit mit diesen Bewohnenden. Darüber hinaus ist es wichtig, den Fokus der Begleitung nicht mehr auf die Förderung, sondern auf den Erhalt von Fähigkeiten zu legen, und sogar den Abbau respektvoll zu begleiten. Zunehmend müssen auch pflegerische und medizinische Aufgaben von Mitarbeitenden durchgeführt werden. Hierzu benötigt es eine entsprechend grosse Bereitschaft und auch Freude an diesen zusätzlichen Aufgaben. Um unser Fachwissen ständig zu erweitern, unterstützen wir entsprechende Aus- und Weiterbildungen. Zudem stehen sowohl interne als auch externe Beratungsmöglichkeiten bei pflegerischen Fachthemen als Unterstützung zur Verfügung.

Der Sollstellenplan wird auf Grundlage des bewilligten Stellenschlüssels regelmässig überprüft. Dieser orientiert sich am Bedarf der Alterswohngruppe und den Finanzierungsgrundlagen der Stiftung Arkadis.

9.3 Dienstleistungen des Facility Managements (FM)

Die Dienstleistungen des FM richten sich nach dem Bedarf auf den Wohngruppen, der Tagesstätte und den Ateliers. Wie auch auf anderen Wohngruppen gilt es im Besonderen auf der Alterswohngruppe darauf zu achten, dass Rücksicht auf die Befindlichkeit der Bewohnenden und auf die Gruppenabläufe genommen wird. So sind nach Möglichkeit laute Arbeiten nicht während den Ruhezeiten der Bewohnenden zu erledigen. Hier benötigt es eine klare Kommunikation zwischen den Verantwortlichen der Alterswohngruppe und der Leitung des FM. Im Sinne des Einbezugs biografischen Wissens, können Bewohnende bei kleineren Tätigkeiten in der Reinigung einbezogen werden. Dies muss ebenfalls zwischen den Verantwortlichen abgesprochen werden, da für die Begleitung wichtige Informationen weitergegeben werden müssen.

⁵ Bei der »Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte« in Oensingen (SAHB) können Hilfsmittel ausgeliehen oder auch abgegeben werden.

9.4 Sicherheit

Um die Sicherheit der Bewohnenden zu gewährleisten, kann es zu freiheitseinschränkenden Massnahmen kommen. Diese und der Umgang mit Risiken sind im Prozess «Freiheitseinschränkende Massnahmen» (2.01.2_2) festgehalten.

Auf den Wohngruppen ist darauf zu achten, dass die Räumlichkeiten optimal ausgeleuchtet sind. Dies gilt auch für die Ateliers und die Tagesstätte. Besonders ältere Menschen und solche mit Wahrnehmungsstörungen sind darauf angewiesen, dass durch eine gute Beleuchtung ein Höchstmass an Sicherheit gewährleistet werden kann. Wo notwendig und sinnvoll, wird der Einsatz von Bewegungsmeldern geprüft und angewendet.

Die Aussenräume der Liegenschaften sind so zu gestalten, dass sie zum Verweilen einladen. Sicherheitsmassnahmen wie zum Beispiel das Anbringen von Zäunen ist dort zu prüfen, wo Bewohnende die Möglichkeit erhalten, sich selbstständig und sicher zu bewegen. Dabei ist auch zu beachten, dass sich keine giftigen Pflanzen in Reichweite der Bewohnenden und Klientinnen und Klienten befinden.

Darüber hinaus gilt es den Wohnraum so zu gestalten, dass er dem Sicherheitsbedarf einer Alterswohnung entspricht. Zur Beratung kann die Sicherheitsbeauftragte der Stiftung Arkadis beigezogen werden.

Bei Bewohnenden und Klientinnen und Klienten, welche weglaufgefährdet sind, werden das GPS-Überwachungssystem oder der Weglaufschutz eingesetzt.

Das Thema Sturzprophylaxe wird in der Broschüre «Ich bin immer noch da» (Stiftung Arkadis, 2019) erklärt. Wir erfassen jeden Sturz. Gefahrenquellen werden aufgrund der Erfassung nach Möglichkeit minimiert.

10 Evaluation des Konzepts

Das vorliegende Konzept wird im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses der Stiftung Arkadis jährlich überprüft und gegebenenfalls angepasst.

11 Literaturverzeichnis

Bienstein, Christel und Andreas Fröhlich (2016). *Basale Stimulation in der Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag.

Ding-Greiner, Christina und Bettina Kuske (2010). *Betreuung und Pflege geistig Behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 13–31.

Ding-Greiner, Christina, Bettina Kuske, Uwe Gövert und Andreas Kruse (2016). Der demographische Wandel und seine Bedeutung für die Behinderteneinrichtungen – dargestellt am Beispiel Demenz. In Müller, Sandra Verena und Claudia Gärtner (Hrsg.). *Betreuung und Pflege geistig Behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 75–87.

Evenhuis, Heleen M., Heidi Hermans, Thessa I. M. Hilgenkamp und Luc P. Bastinaanse (2012). Frailty and Disability in Older Adults with Intellectual Disabilities: Results from the Healthy Ageing and Intellectual Disability Study». *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5): 934–938.

Gusset-Bährer, Sinikka (2004). «Dass man das weiterträgt, was älteren Menschen mit geistiger Behinderung wichtig ist.» *Ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Übergang in den Ruhestand. Dissertation*. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Fakultät für verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften.

Hauschild, Eberhard (2016). Spiritueller Bedarf – Recht auf Religion – Resilienz im Vollzug: Drei Phänomene und ihre kommunikative Gestalt im Alter bei geistiger Behinderung oder chroni-

scher psychischer Erkrankung. In Müller, Sandra Verena und Claudia Gärtner (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer, 485–494.

Havemann, Meindert und Reinhilde Stöppler (2010). *Altern mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kanton Solothurn (2010). Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter, Solothurn: Amt für soziale Sicherheit.

Kohlhoff, Ludger (2016). Sozialraumorientierung bei älteren Menschen mit Behinderung. In Sandra Verena Müller und Claudia Gärtner (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer, 265-275

Lindmeier, Christian (2013). *Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lindmeier, Christian (2015). Stellvertretende Biografiearbeit mit Menschen mit schweren Behinderungen im Alter- eine Annäherung. In Maier-Michalitsch, Nicola und Gerhard Grunick (Hrsg.). *Älternde Menschen mit komplexer Behinderung*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben, 119–128.

Miethe, Ingrid (2017). *Biografiearbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Neise, Michael und Susanne Zank (2016). Lebensqualität. In Müller, Sandra Verena und Claudia Gärtner (Hrsg.). *Betreuung und Pflege geistig Behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Wiesbaden: Springer, 3–19.

Stiftung Arkadis (2019). *Ich bin immer noch da! Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und Demenz*. Reihe Praxis No 2. Olten: Stiftung Arkadis.

Wikipedia (2018). Seite „Scoring (Medizin)“. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 31. Mai 2018, 19:44 UTC, [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Scoring_\(Medizin\)&oldid=177919045](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Scoring_(Medizin)&oldid=177919045) (Letzter Zugriff: 07.09. 2019, 10:41 UTC).