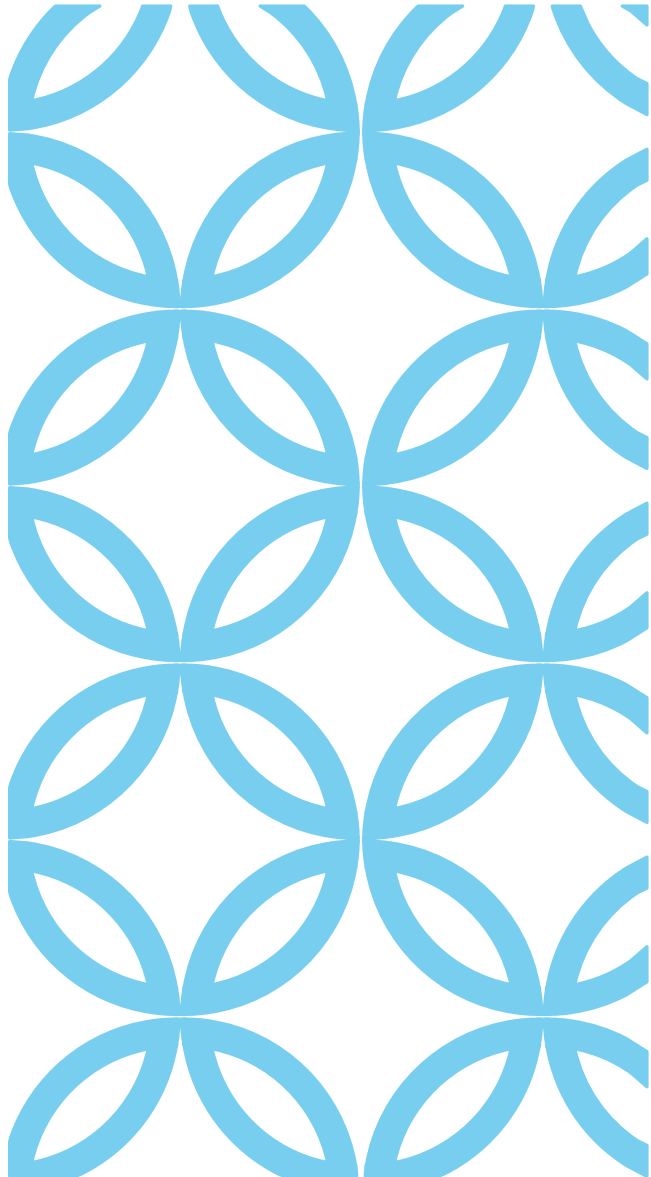




KONZEPT - PRÄSENTATION

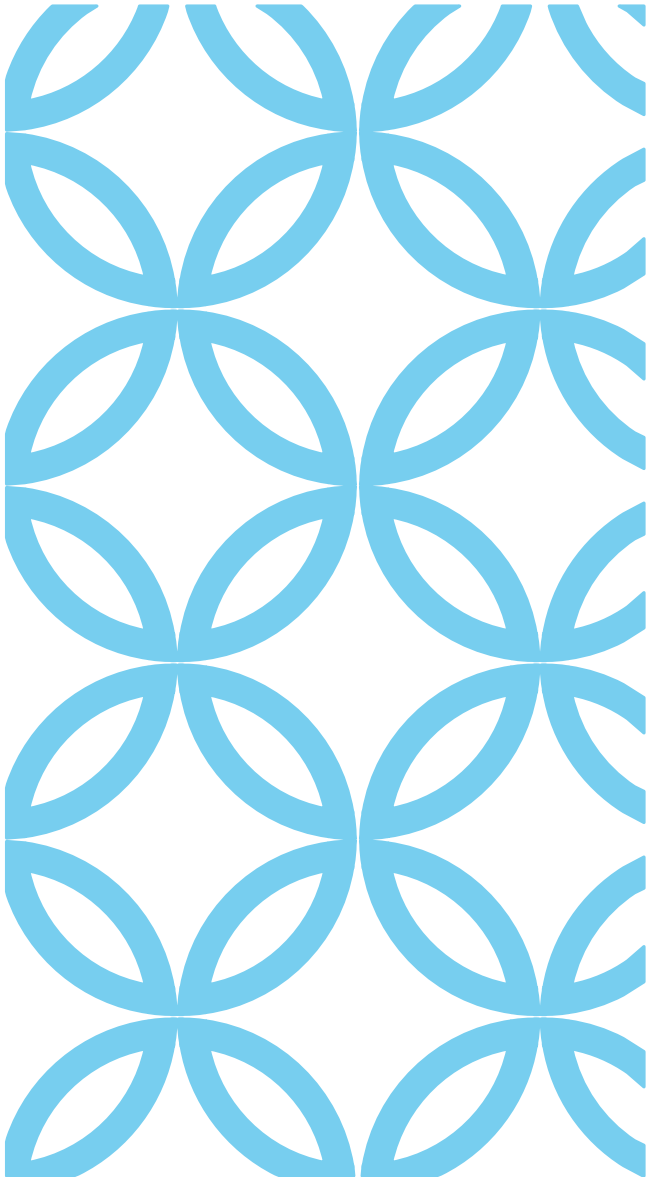
WAHRNEHMEN – VERSTEHEN – RICHTIG HANDELN

Von Marie-Christin Gerhardinger



Pflegerische Handlungskompetenz bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz im Krankenhaus

WAHRNEHMEN – VERSTEHEN – RICHTIG HANDELN

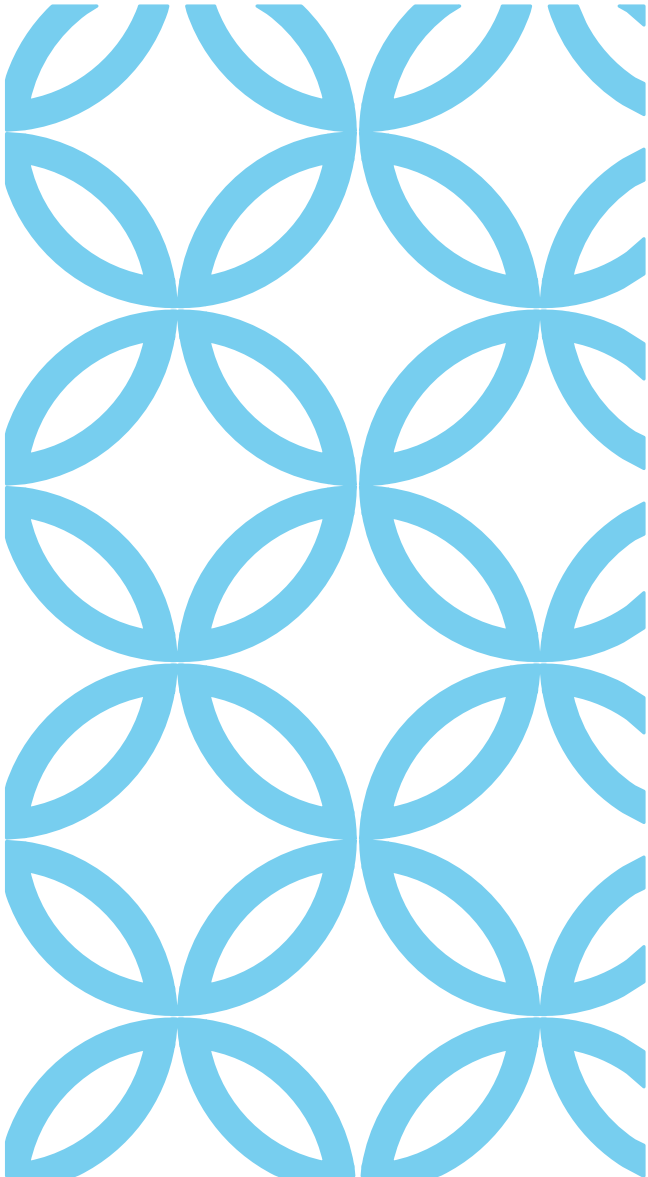


Die Zahl der Menschen mit Demenz wird **im Jahr 2050** auf bis zu **270.000** eingeschätzt.¹ Die Wahrscheinlichkeit bzw. das Risiko, im Krankenhaus behandelt zu werden, ist für Menschen mit Demenz zwischen 1,4- und 3,6-mal größer als für nicht demenziell erkrankte Menschen.²

¹ vgl. Frauen und Männer mit Demenz, BMGF 2016

² Bartholomeycic S. & Halek M., Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten - Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2011

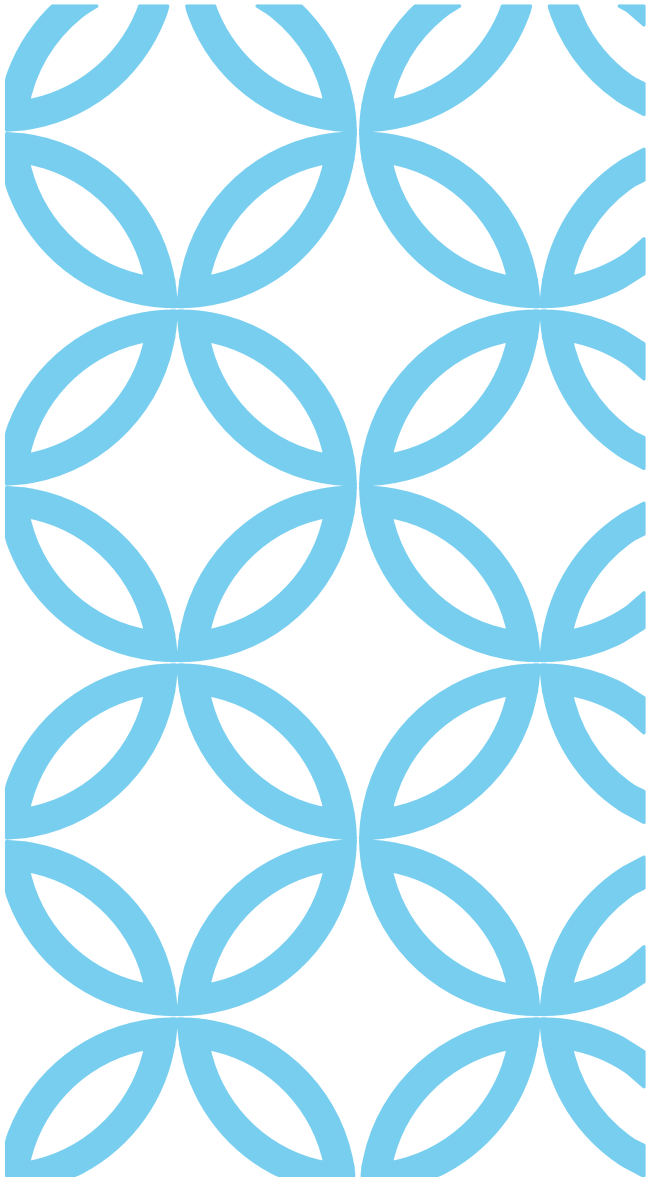
GRUNDLAGE UND HINTERGRUND DES KONZEPTE



Menschen mit Demenz, die **im Krankenhaus** behandelt werden, benötigen eine auf ihre **speziellen Bedürfnisse** zugeschnittene Betreuung und Pflege.

Professionelle Pflegende stoßen vor allem dann an ihre Grenzen, wenn sich das Verhalten eines an Demenz erkrankten Patienten auf eine, für sie nicht nachvollziehbare Weise verändert und sich Verhaltensweisen zeigen, die sie nicht zuordnen bzw. verstehen können.

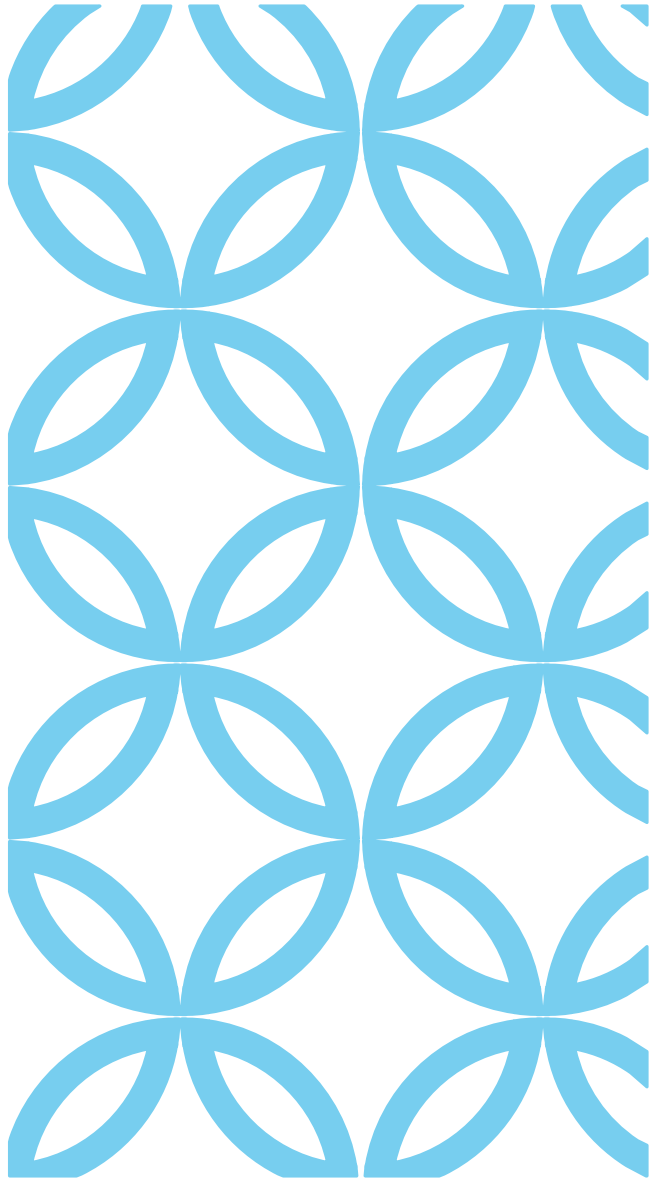
GRUNDLAGE UND HINTERGRUND DES KONZEPTE



Zusätzlich zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis) sind bei einer Demenzerkrankung auch Symptome zu beobachten, die die Affektivität und Wahrnehmung betreffen. Zu diesen Symptomen zählen zum Beispiel **Aggressivität, Agitation (Unruhe), Ständiges Rufen oder Schreien, zielloses Umherwandern, Schlafstörungen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen.** Die Häufigkeit solcher nicht-kognitiven Symptome bei Personen mit einer Demenz wird mit bis zu **87%** angegeben. Neben einer Verschlechterung der Lebensqualität der Betroffenen selbst, führen solche nicht-kognitive Symptome zu einer **erheblichen Belastung** der Pflegenden und des gesamten Umfeldes des Erkrankten. 3

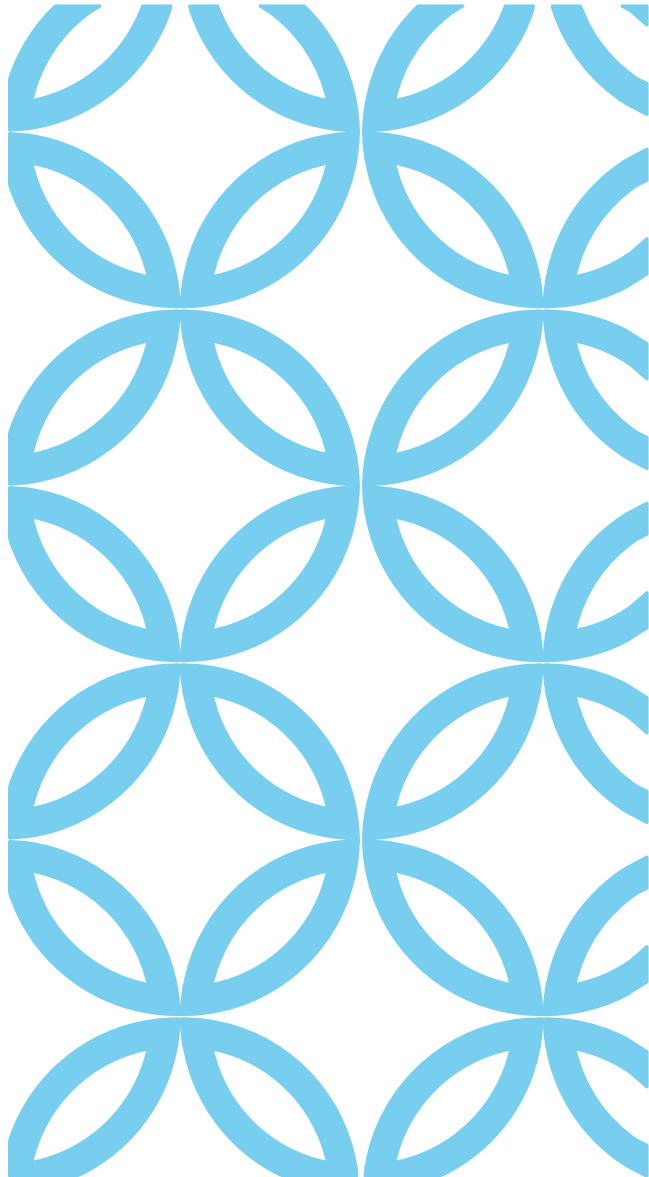
3 Bartholomeycic S. & Halek M., Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten - Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2011

TÄGLICHE HERAUSFORDERUNGEN



Hilflosigkeit und Unsicherheit sind in solchen Begegnungen oft präsent. Hinzu kommt, dass diese **Verhaltensweisen nur schwer vorhersehbar** sind, da die Dauer und Intensität stark schwanken kann – besonders bei einem Spitalsaufenthalt, da sich der Patient in ungewohnter, beängstigender Umgebung befindet. Diese Art von „Unvorhersehbarkeit“ erfordert einen flexiblen und kreativen Umgang mit den betroffenen Personen. **Klassische Qualifizierungsmaßnahmen**, wie Schulungen und Frontalvorträge, **reichen hier allein nicht aus**, da hier meist der direkte Praxisbezug nicht gegeben ist und die Möglichkeit zur Selbsterfahrung oft fehlt.

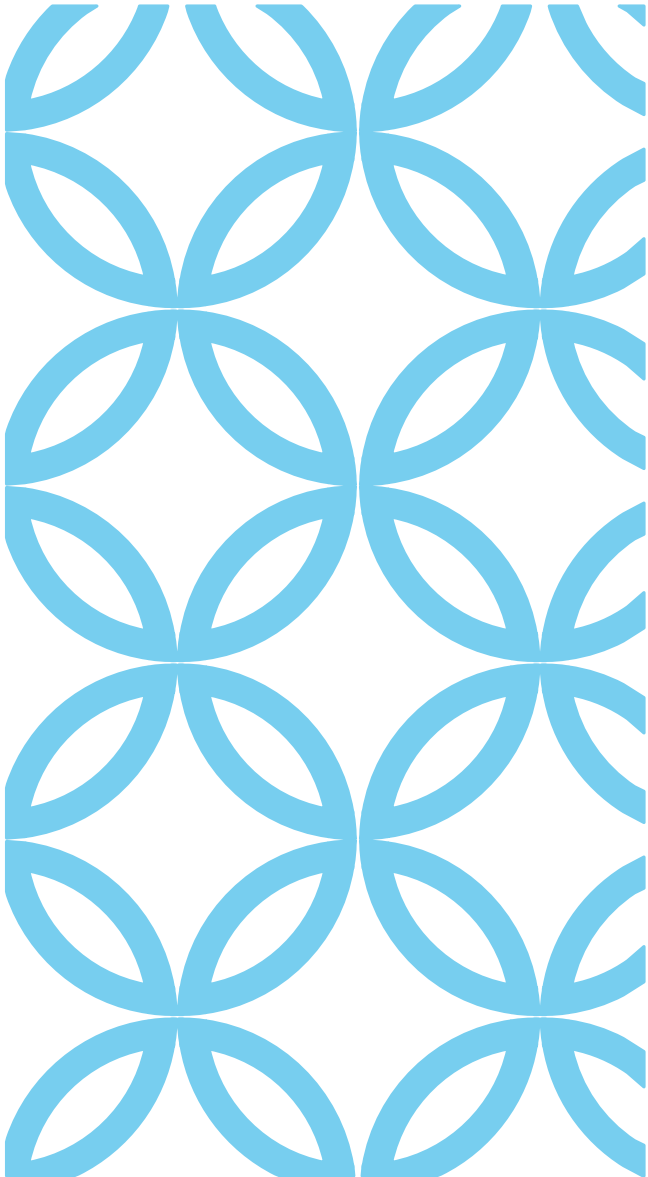
NEUE WEGE IM LERNPROZESS



Aus der Lernpsychologie ist bekannt, dass nur etwa **20-30 Prozent des gelernten Wissens in der Praxis zur Anwendung kommt, wenn es allein durch Frontalvorträge** (= Hören und Sehen) vermittelt wurde. Immerhin 70 Prozent merken wir uns, wenn wir selbst darüber sprechen und ganze **90 Prozent, wenn wir etwas selbst ausprobieren und ausführen dürfen**. Dieses Faktum spielt im Konzept „WAHRNEHMEN - VERSTEHEN - RICHTIG HANDELN“ in Bezug auf die Handlungsorientierung eine zentrale Rolle, da es hier um den „Verstehens-prozess“ geht. ⁴

4 vgl. F. von Ameln, R. Gerstmann, J. Kramer, Psychodrama – Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2014

DER VERSTEHENS - PROZESS

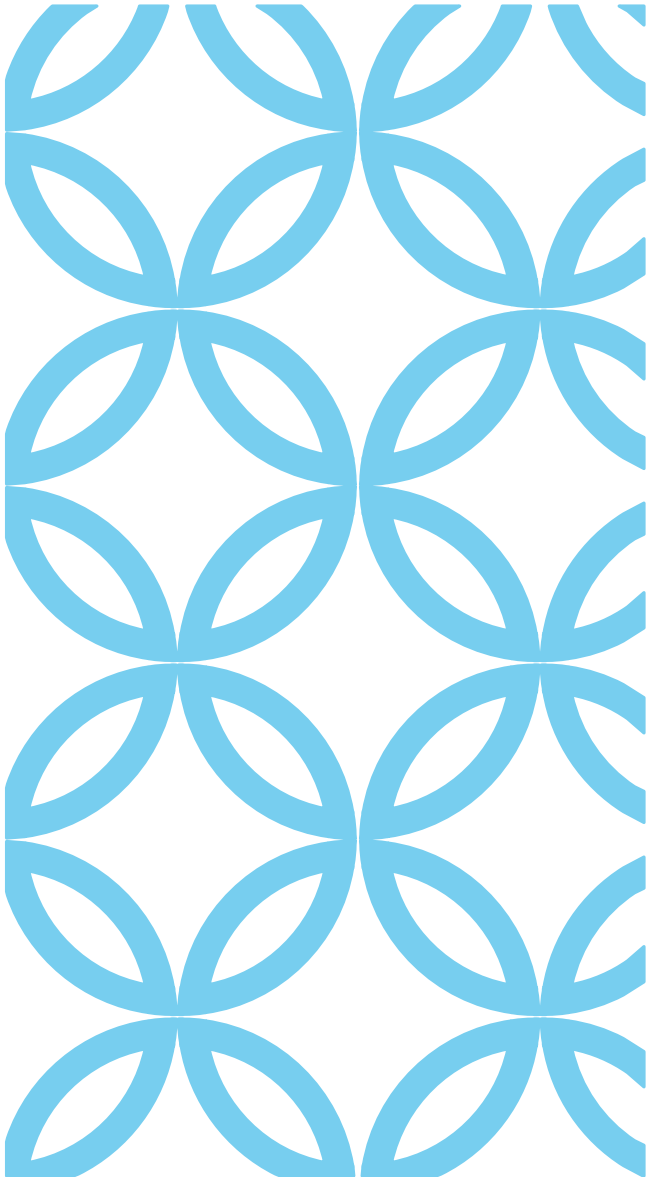


Integration von Kognition (fachliches Wissen) und Emotion (Empathie, Feingefühl) → Lernen durch „handelnde Selbsterfahrung“.

„**Psychodrama**“ – eine Lernform, bei der durch Rollenspiele („Laufen in fremden Schuhen“) eine empathiefördernde Wirkung eintritt.

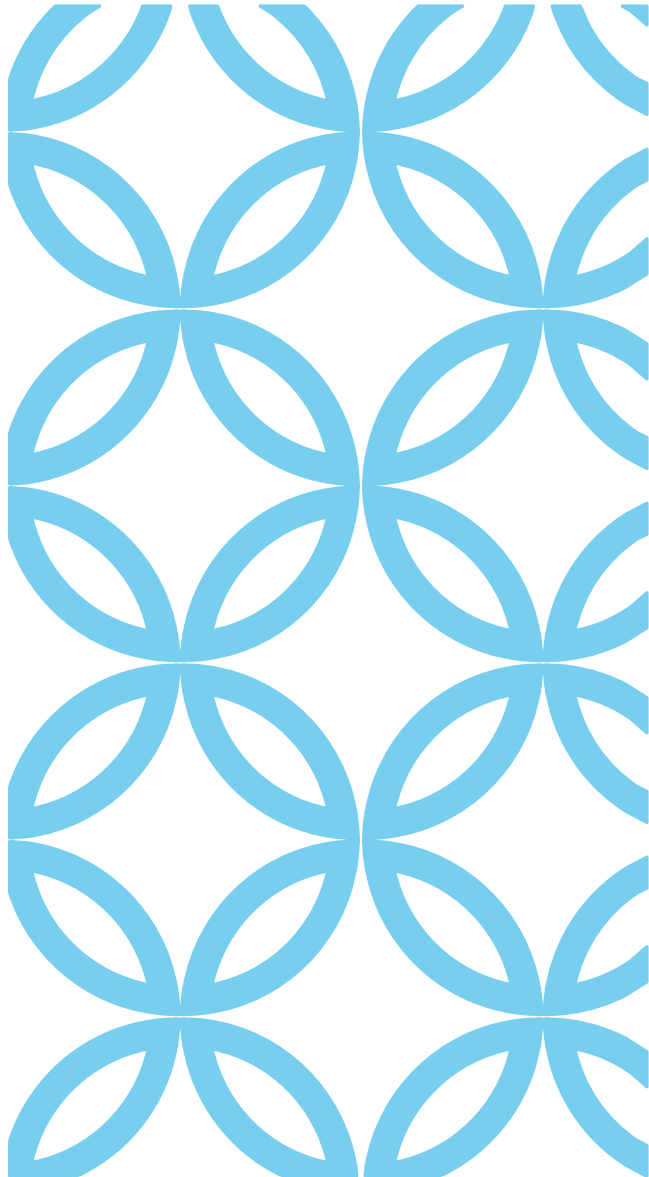
Besonders bei dementen Patienten ist es enorm wichtig, nicht nur **fachlich kompetent** zu sein, sondern vor allem mit **Feingefühl, Flexibilität und Empathie** an diese besondere Patientengruppe heranzutreten und dies kann nur gelingen, wenn die Pflegenden selbst ihre Erfahrungen machen können.

KOGNITION UND EMOTION



- Wie kann es gelingen, den Pflegenden das „**Rüstzeug**“ für die Herausforderungen in der Pflege von dementen Menschen zu vermitteln, ohne sie „mehr als erforderlich“ an Frontalvorträgen teilnehmen zu lassen? (→ Lernen durch Selbsterfahrung/Austausch)
- Gibt es ein geeignetes **Hilfsmittel für Pflegende, um die speziellen Verhaltensweisen dementer Patienten einschätzen und analysieren zu können?** (→ Assessmentinstrumente)
- Um somit, mit dem richtigen Verständnis, den Umgang mit den Patienten erleichtern und verbessern zu können? (→ Handlungskompetenz)

HERAUSFORDERUNGEN BEWÄLTIGEN - FRAGESTELUNGEN



Zielsetzung

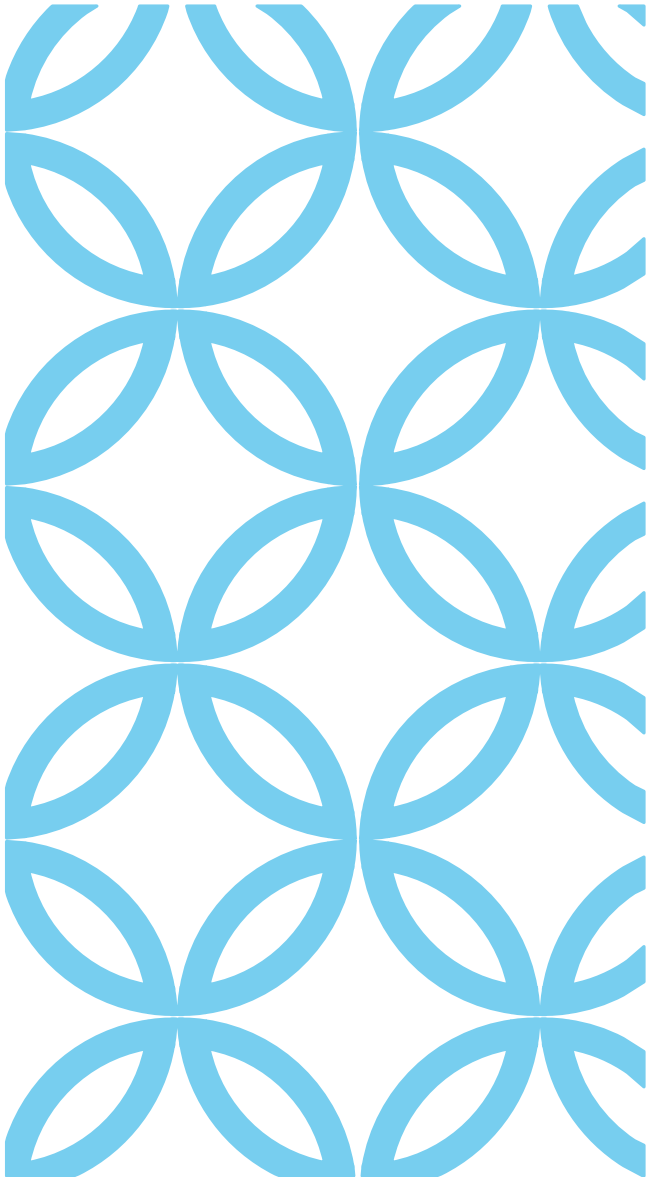
Ziel des Konzeptes „Wahrnehmen - Verstehen – Richtig Handeln“ ist die Entwicklung von pflegerische Handlungskompetenz bei herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz im Krankenhaus.

Daraus soll im weiteren Sinne eine Qualitätssicherung und -steigerung, sowie eine Weiterentwicklung der Pflege resultieren.

Zielgruppe

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege auf der für das Konzept ausgewählten „**Teststation**“ (→ Konzeptprojekt → Evaluierung nach 1 Jahr)

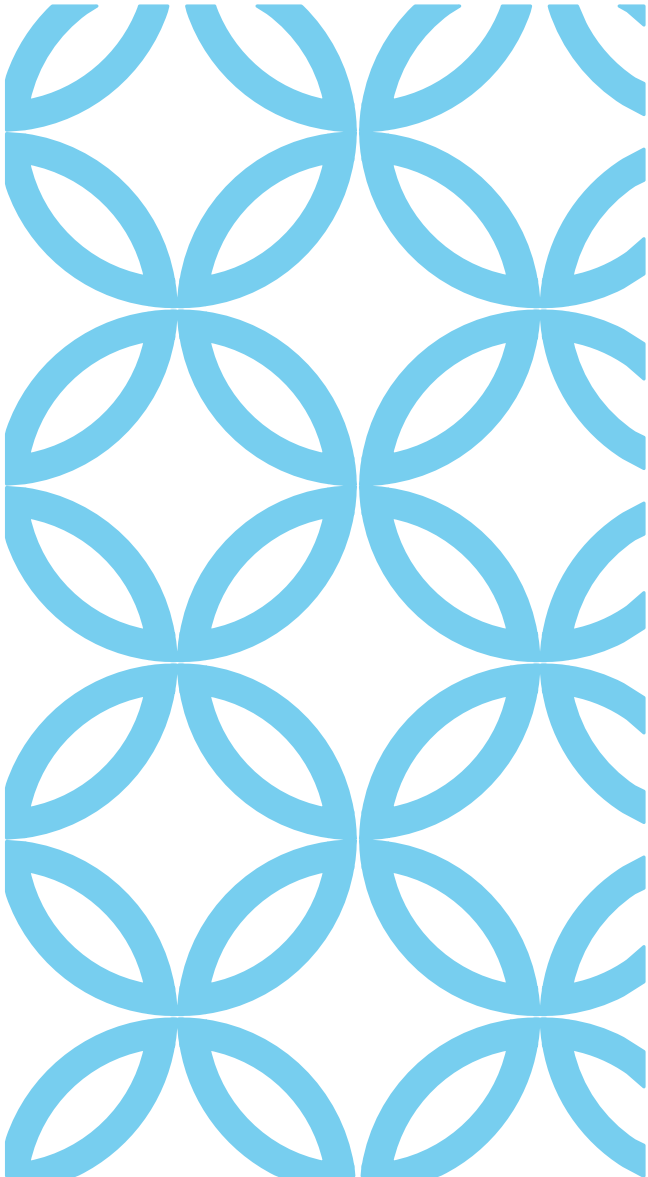
ZIELSETZUNG UND ZIELGRUPPE



„Theorie-Teil“ Herausforderndes Verhalten - Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Der Theorie-Teil des Konzeptes beschäftigt sich mit dem „Background“, bzw. mit dem eigentlich ausschlaggebenden „Problem“ – den Verhaltensweisen von dementen Patienten und welche Symptome dazu gehören, wie häufig diese vorkommen und warum sie für die Pflegenden im Krankenhaus eine so große Herausforderung darstellen. Der Theorie-Teil bildet den wissenschaftlichen Hintergrund ab und enthält zudem Erfahrungswissen aus der direkten Pflegepraxis – abgebildet durch Fallbeispiele.

THEORIE – TEIL DES KONZEPTS



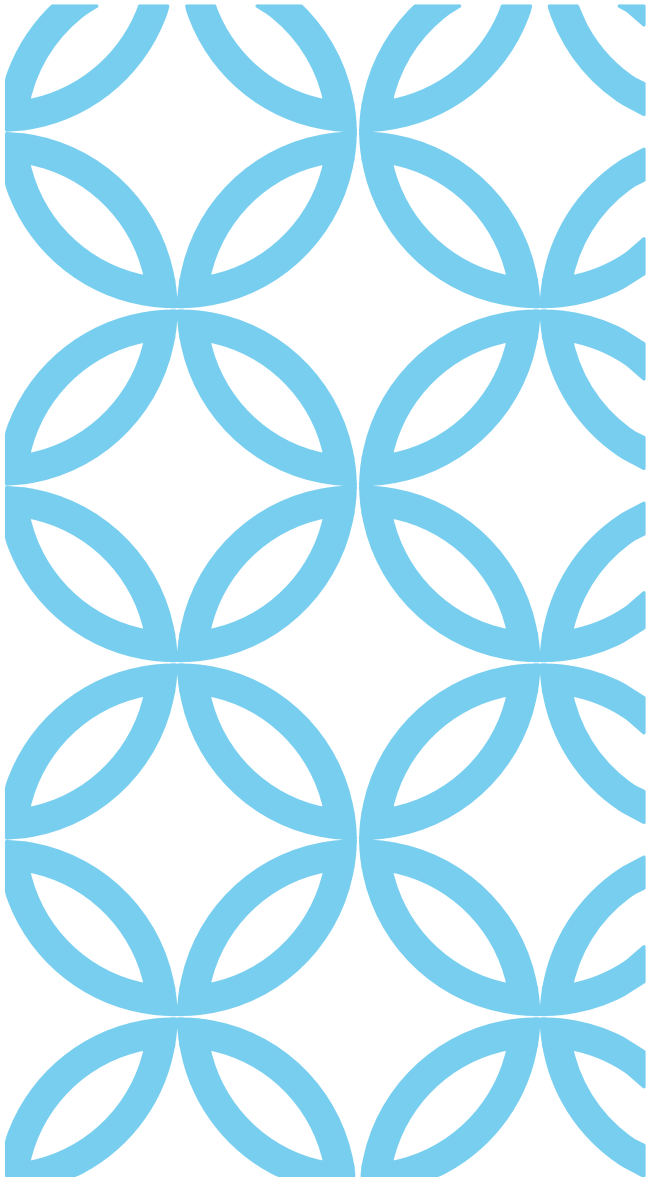
Die grundlegenden Begriffe **wie „herausforderes Verhalten“ und „BPSD“** (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia = verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz) werden erklärt.

Es wird ein Überblick über die aktuell aus der Wissenschaft bekannten Verhaltensweisen geboten.

Die Häufigsten:

- Agitation (Unruhe),
- Wandern/Umhergehen/Weglaufen
- Aggressivität
- Vokale Störungen
- Passivität
- Apathie

WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND



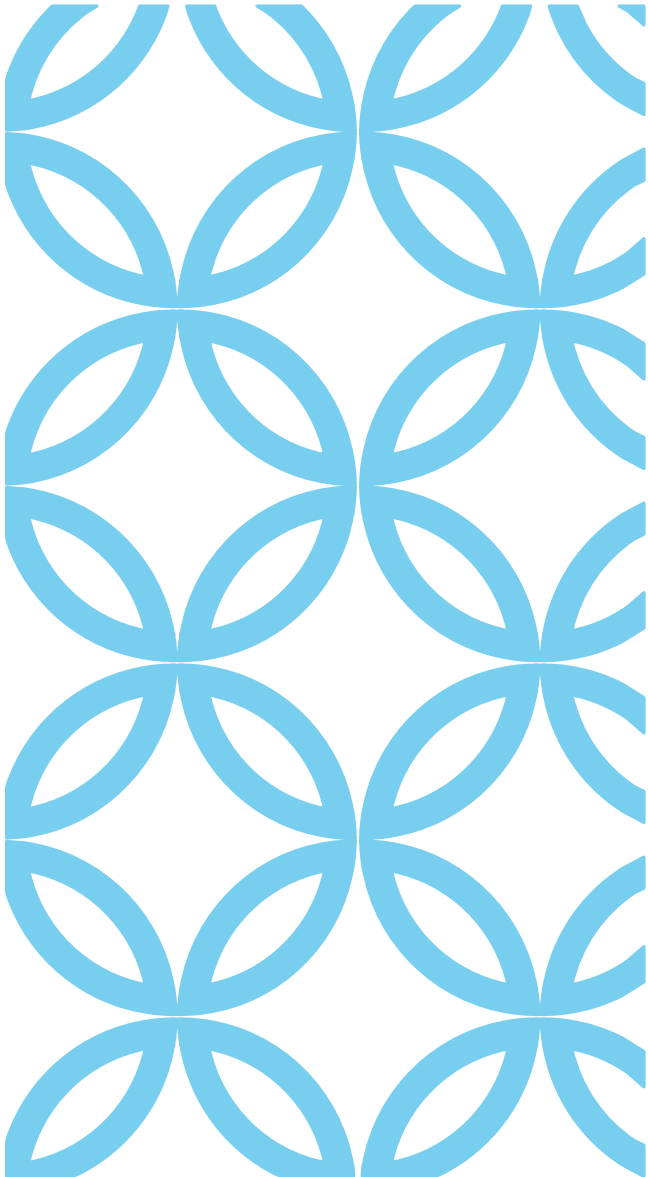
Das Konzept orientiert sich an den „Rahmenempfehlungen bei herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der Stationären Altenhilfe“. 5

Die Experten, die an der Erstellung dieser Rahmenempfehlungen beteiligt waren, empfehlen unter anderem:

- ✓ **Qualifizierung des Pflegepersonals**
- ✓ **Einführen von Verstehender Pflege-Diagnostik mit Hilfe von Fallbesprechungen und Einsatz eines Strukturmodells**
- ✓ **und den Einsatz von Assessmentinstrumenten.**

5 vgl. Bartholomeyczik et al. – Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten http://siegel.dgppp.de/Rahmenempfehlungen_herausf_Verhaltens.pdf (abgerufen am 2.4.2017)

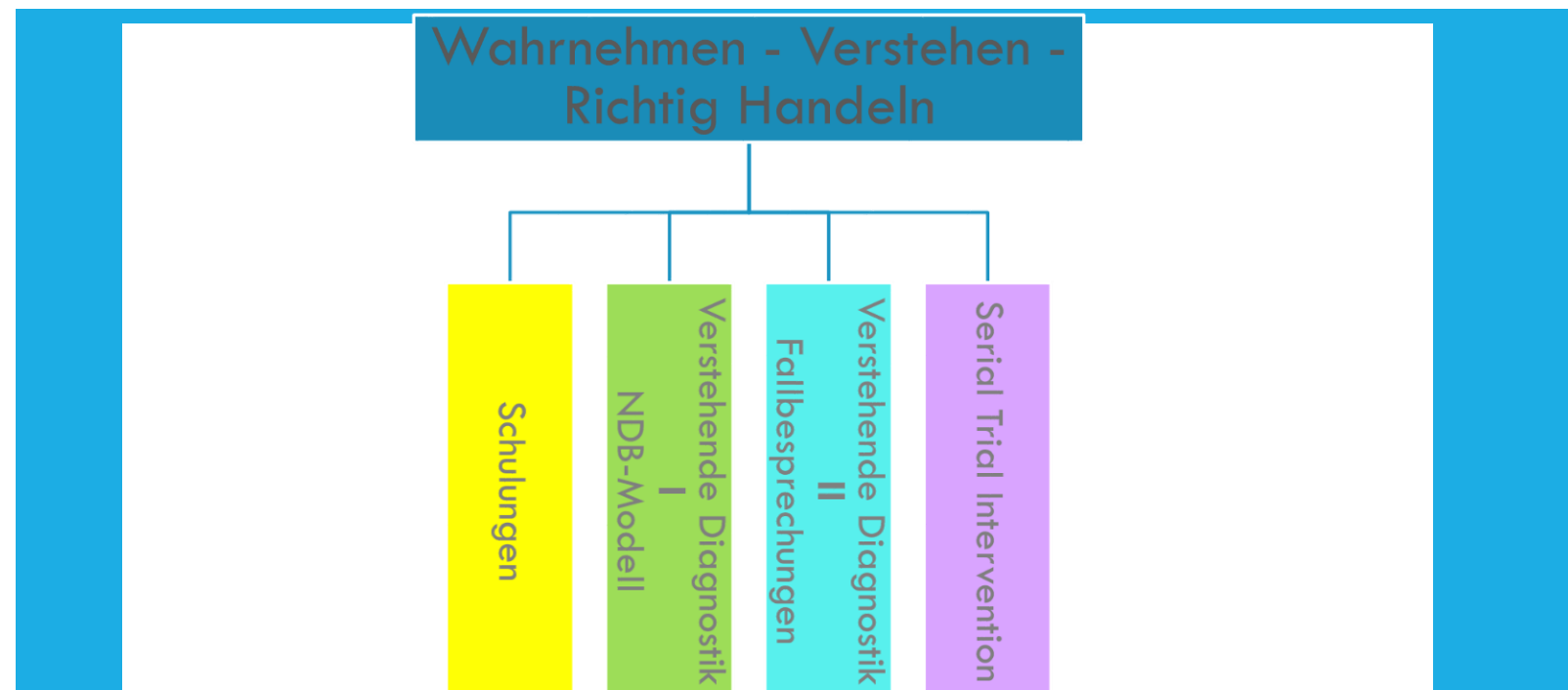
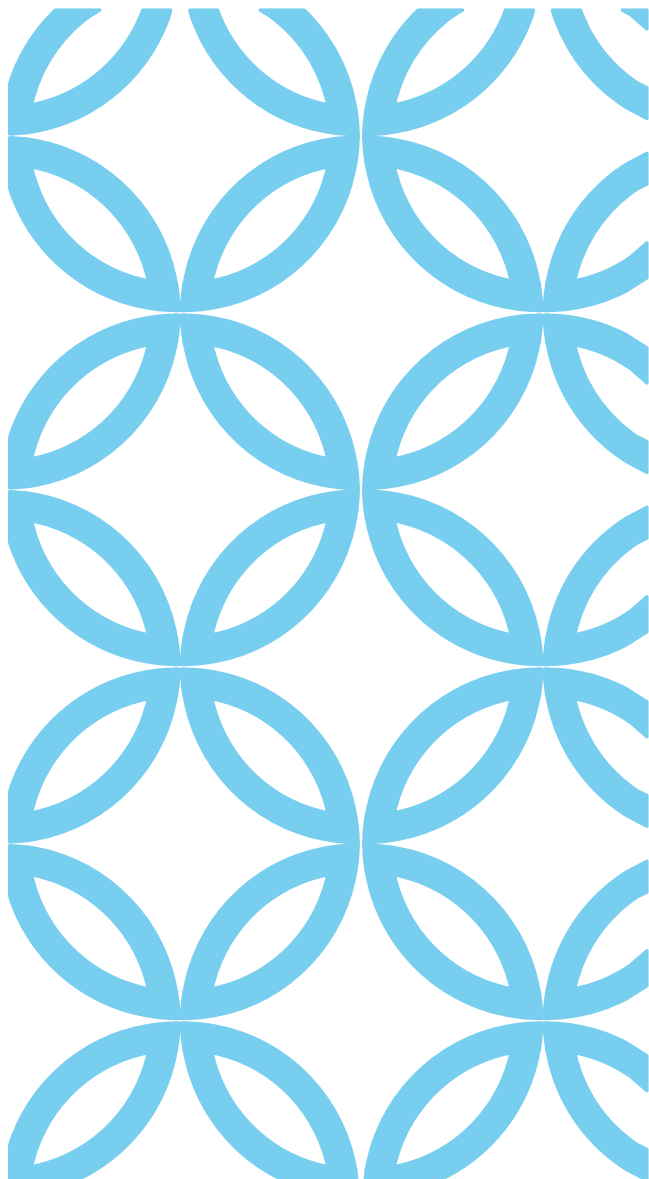
WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND



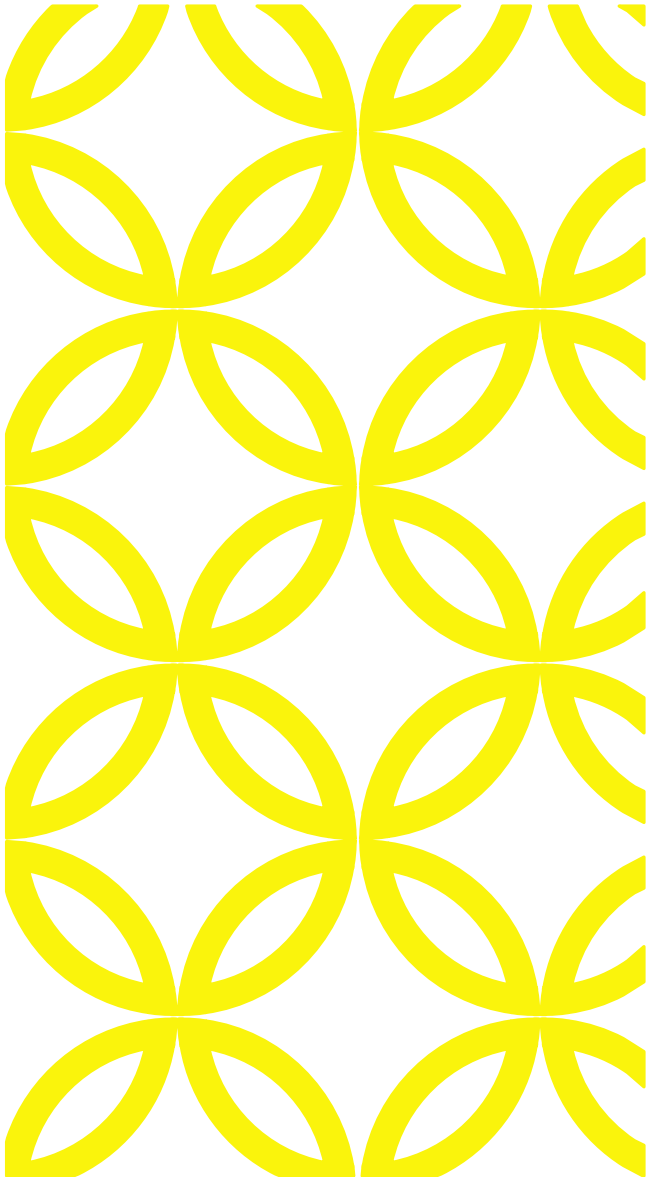
Die Basis des Konzepts ist die Entwicklung von kognitiver und emotionaler Handlungskompetenz bei Pflegenden, die Umgang mit Demenzerkrankten haben. Um diese Kombination zu ermöglichen, ist es nötig, mehrere Interventionen/ Instrumente/ Ansätze/ Methoden im Konzept zu kombinieren, so dass sie im Salzkammergutklinikum Gmunden effektiv und effizient zur Anwendung kommen können. Die **Kompetenzerweiterung** der Pflegenden soll hauptsächlich **direkt in der Pflegepraxis** stattfinden, geführt durch das **klinische Leadership einer „Advanced practice nurse“ (APN)**.

5 vgl. Bartholomeyczik et al. – Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten http://siegel.dggpp.de/Rahmenempfehlungen_heraus_Verhaltens.pdf (abgerufen am 2.4.2017)

DAS KONZEPT - DIE APN



DIE VIER SÄULEN DES KONZEPTE



Geplant sind vier Schulungseinheiten (A, B, C, D) zu den Themen:

A „Kommunikation und Umgang mit Menschen mit Demenz“

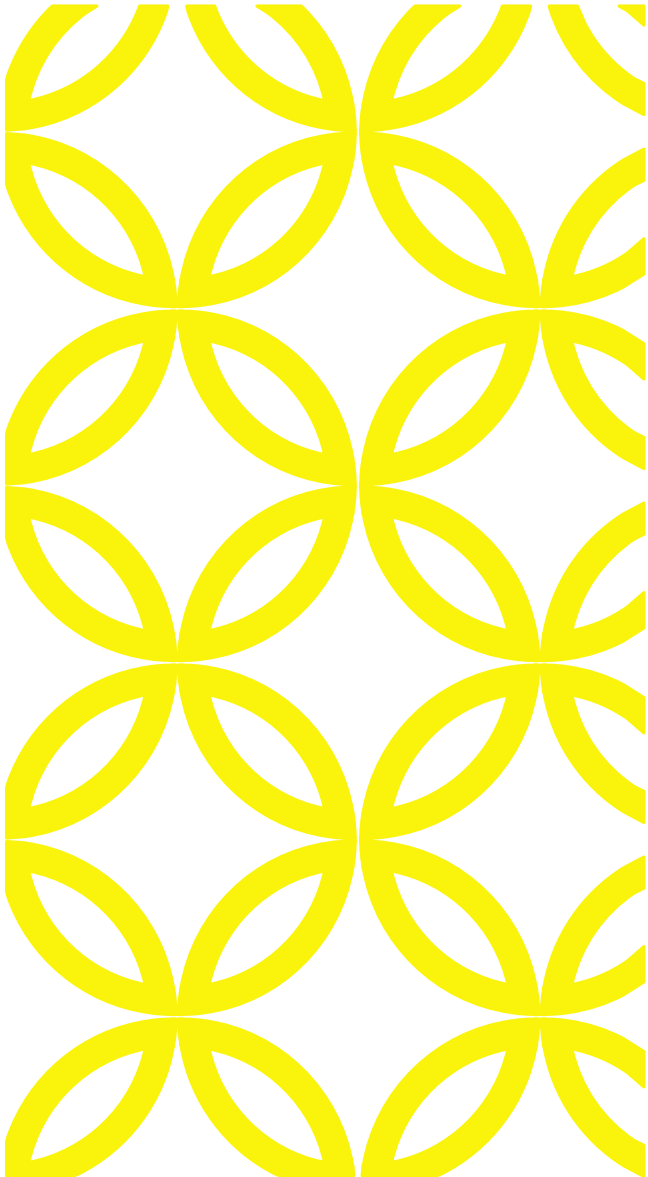
B „Herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenz“

C „Pflegerische Interventionen bei herausforderndem Verhalten“

D „Demenz Balance Modell“

Die Schulungen werden von der APN gestaltet und durchgeführt

1. SÄULE - SCHULUNGEN



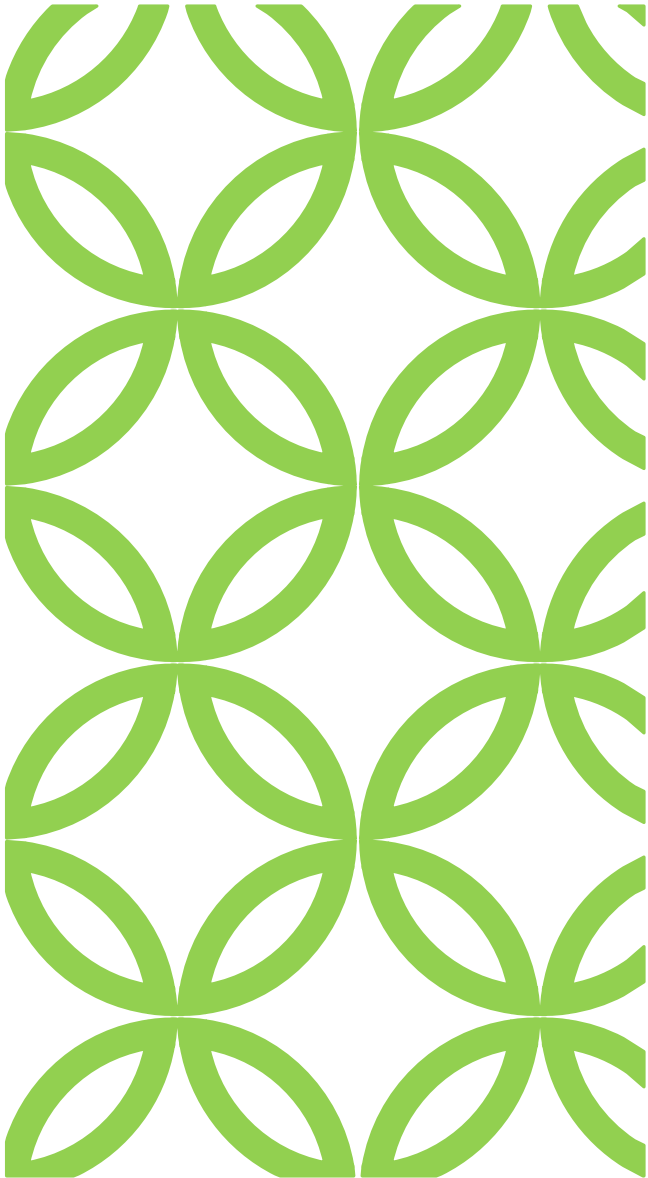
Kognitiver Teil – (Wozu? → Theorie, notwendiges Fachwissen)

Wie? Wechsel zwischen Vortrag und Diskussion, Erfahrungsaustausch, wissenschaftlicher Hintergrund

Emotionaler Teil (Wozu? → Selbsterfahrung, Reflexion und Entwickeln von Empathie)

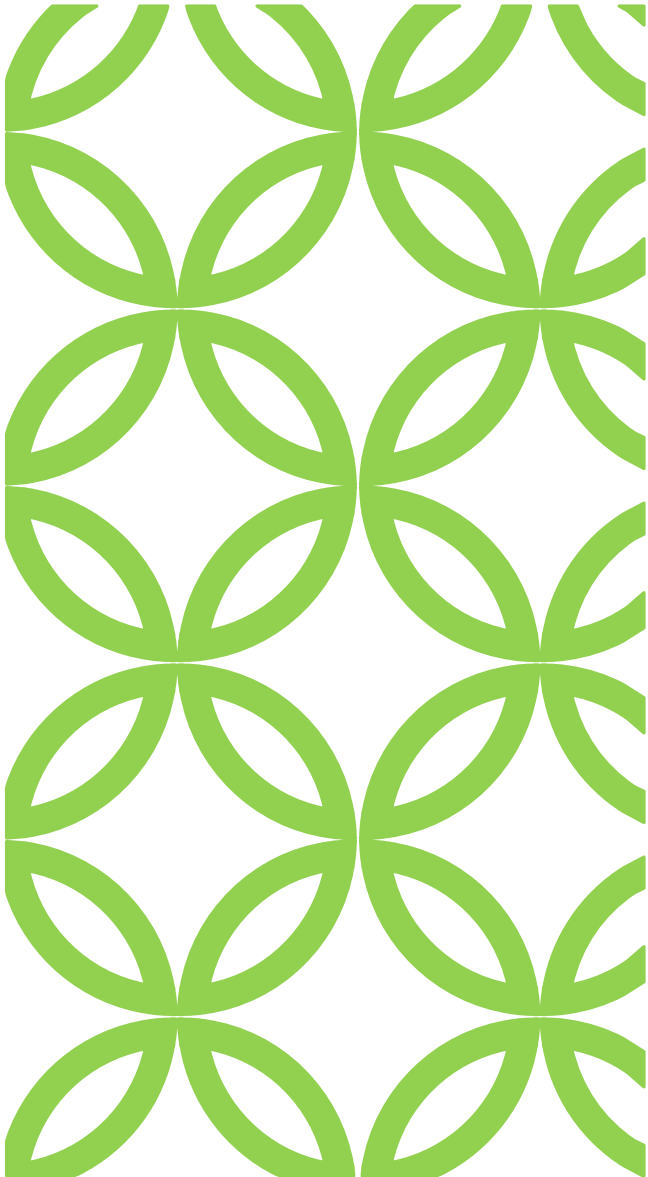
Wie? Selbsterfahrung, Learning-by-doing, Rollenspiele, Diskussion und Zusammenarbeiten in der Gruppe

1. SÄULE - SCHULUNGEN



Der Zuwachs an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen führte dazu, dass **pflegerisches Handeln** nicht alleine mit persönlichen und institutionellen Erfahrungen, sondern auch **durch theoretische bzw. empirische Erkenntnisse aus der Forschung zu begründen ist**. Für die Praxis der Pflege bedeutet dies, die Zusammenführung von zwei sehr unterschiedlichen Formen des Wissens. Hierbei stoßen Pflegende besonders im Umgang mit herausforderndem Verhalten an ihre Grenzen, weil die vorgegebenen, „starr“ Pflegediagnosen wie bei NANDA und ENP, häufig nicht mit den persönlichen Erfahrungen der Pflegenden konform sind. Hier setzt die **verstehende Pflege-Diagnostik** an - sie stellt sozusagen das fehlende Glied oder den **„Missing Link“** zwischen Wissenschaft und Pflegepraxis dar.

2. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK I – DAS NDB MODELL



Pflegende können anhand des NDB- Modells (need driven- behaviour compromised model) einen adäquaten Umgang mit Menschen mit Demenz entwickeln und so zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen → Verhalten der Patienten verstehen → gezielte Interventionen davon ableiten.

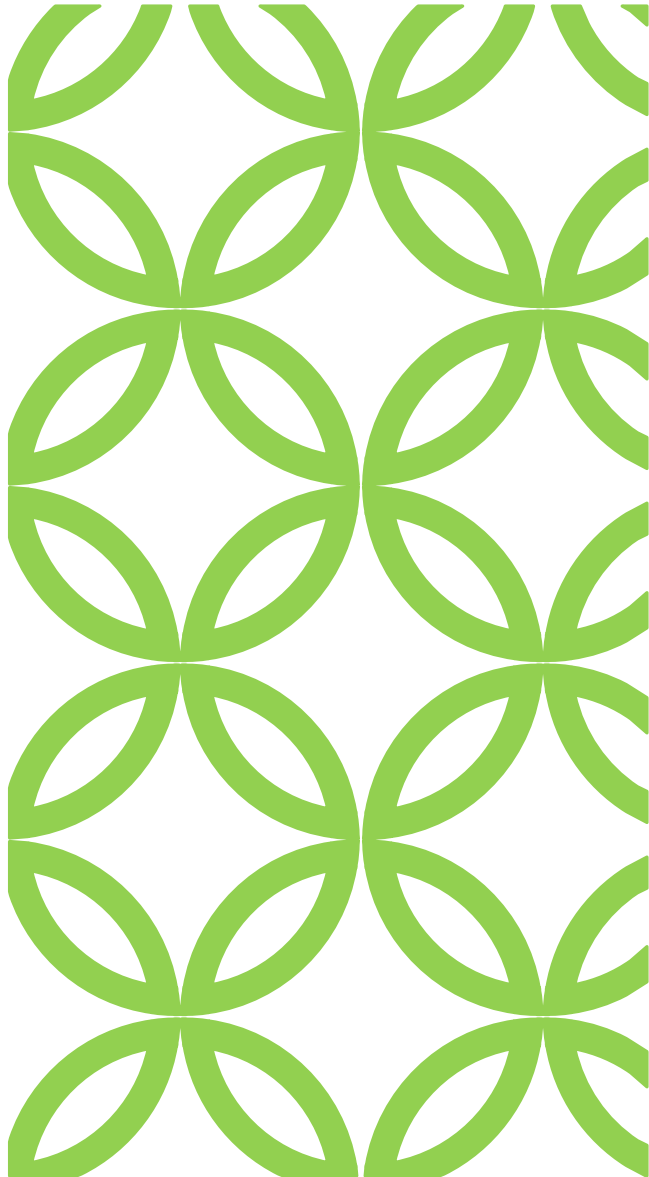
Man nennt das Modell auch „bedürfnis-bedingtes Verhaltensmodell bei Demenz“.

Das **NDB-Modell** oder **Bedürfnis-bedingtes-Verhaltensmodell** unterscheidet:

Hintergrundfaktoren für herausforderndes Verhalten - die es erklären, aber nicht verändert werden können (= relativ stabile Hintergrundfaktoren, wie z.B. neurologischer Status oder Persönlichkeitsstruktur)

und **direkte Faktoren**, die als Ursache oder Auslöser fungieren und von Dritten beeinflussbar sind. (= leichter veränderbare, situative Faktoren, wie z.B. physiologische Reaktionen wie Hunger, Durst Schmerz, oder psychosoziale Bedürfnisse wie Nähe, Geborgenheit etc.)

2. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK I – DAS NDB MODELL



Hintergrundfaktoren

Neurologischer Status:

Tages-/Nachtrhythmus, motorische Fähigkeiten, Gedächtnis/ Merkfähigkeit, Sprache, sensorische - Fähigkeiten

Gesundheitsstatus, demographische Variablen:

Allgemeinzustand, Funktionsfähigkeit (ADL, IADL), Affekt, Geschlecht, Ethnie, Familienstand, Schulbildung, Beruf

Psychosoziale Variablen:

Persönlichkeit, Verhaltensreaktion auf Stress

Direkte Faktoren

Physiologische Bedürfnisse:

Hunger und Durst, Ausscheidung, Schmerz, Unwohlsein, Schlafstörungen

Psychosoziale Bedürfnisse:

Affekt, Emotionen (Angst, Langeweile), Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten

Physikalische Umgebung:

Gestaltung, Design, Routine/Stationsalltag, Licht-, Geräusche- und Wärmelevel

Soziale Umgebung:

Personalausstattung und- stabilität, Umgebungsatmosphäre, Präsenz anderer



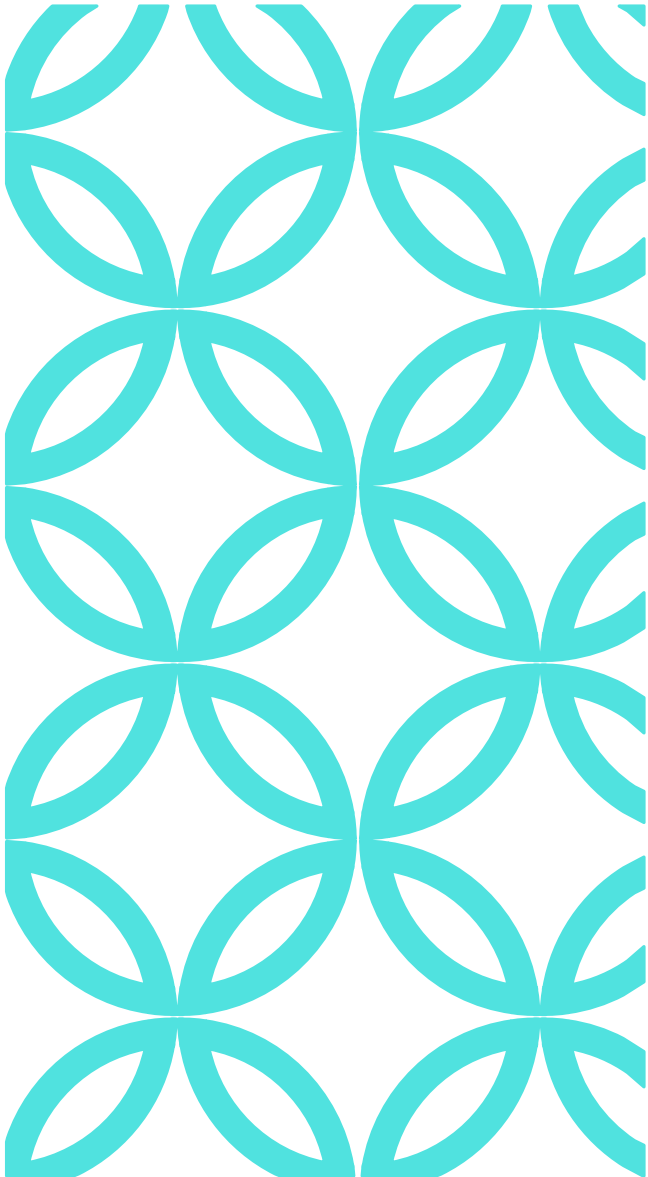
Herausforderndes Verhalten



6

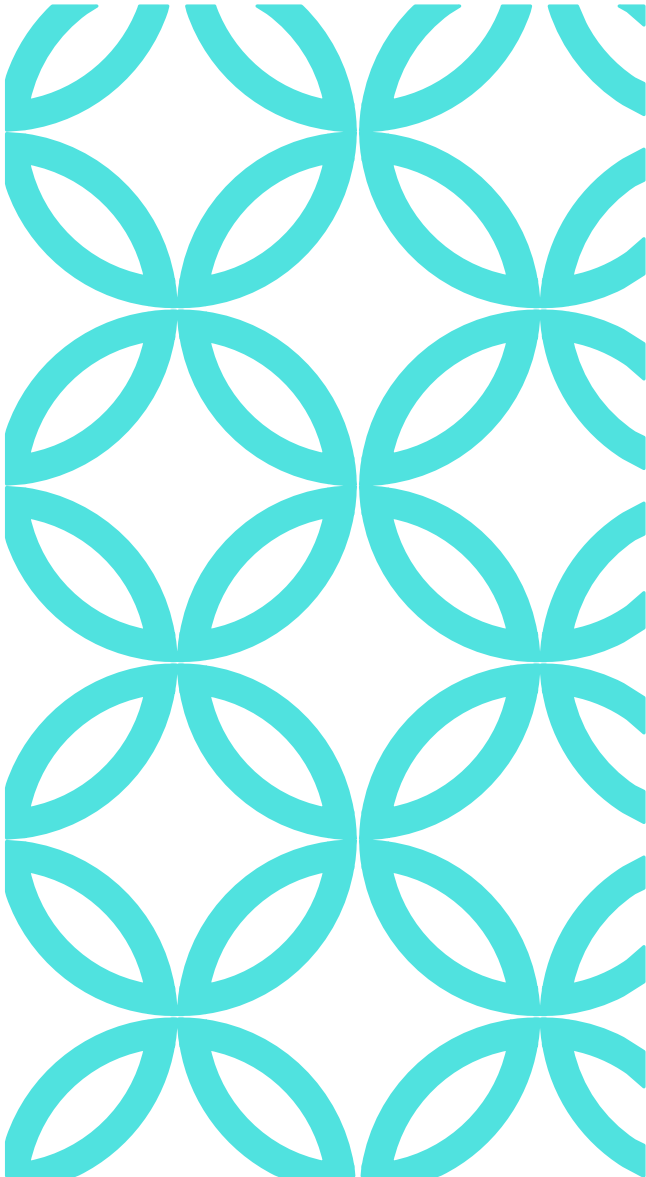
6 Das NDB-Modell nach Kolanowski 1999 in Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmpromjektes InDemA. Leuchtturmpromjektes InDemA

2. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK I – DAS NDB MODELL



Neben der Nutzung eines Strukturmodells = NDB Modell (Assessmentinstrument) fordert die „Verstehende Diagnostik“ eine möglichst breite Beteiligung von Personen am „**Verstehens-Prozess**“, die für die Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz Verantwortung tragen. Diese „Mehrperspektivität“ minimiert das Risiko von Fehldeutungen des Verhaltens, und kann mit Hilfe von Fallbesprechungen erreicht werden.

3. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK II - FALLBESPRECHUNGEN

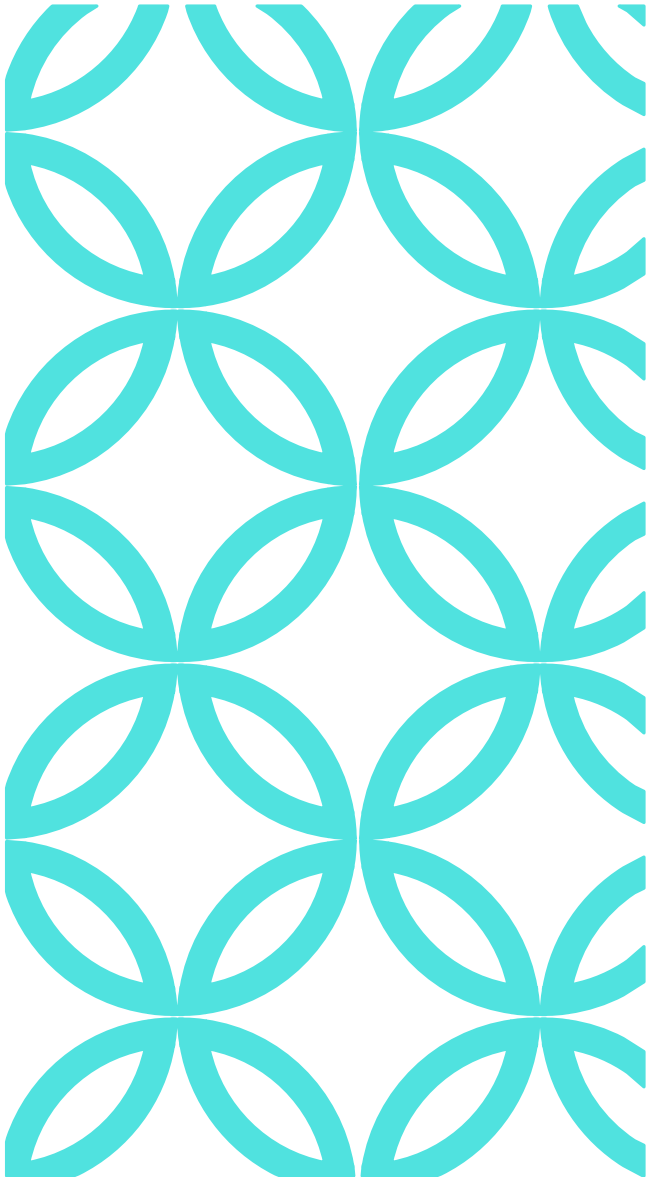


Der Pflegeprozess bei Menschen mit Demenz kann sehr komplex sein. Eine Möglichkeit die Komplexität individueller Bedürfnisse und ethischer Prinzipien erfassen zu können, und damit die Pflege angemessen zu gestalten, sind **Fallbesprechungen**.

Informationen können kompakt gesammelt und bearbeitet werden, Erfahrungs- und Intuitionswissen kann recht einfach artikuliert und verschriftlicht werden. Somit sind Fallbesprechungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz ein **wertvolles Instrument**. Fallbesprechungen sind eine Methode der Fallrekonstruktion bzw. Fallarbeit, mit deren Hilfe die einem Verhalten zugrundeliegende Eigenlogik und Struktur aufgedeckt und entschlüsselt werden kann. Das angestrebte Ziel ist ein **erweitertes Sinn- und Fall-Verstehen**. Besonders in der Pflege von demenzkranken Patienten, soll der **gesamte Pflegeprozess in regelmäßigen Fallbesprechungen mit allen am Pflegeprozess Beteiligten stattfinden**.⁷

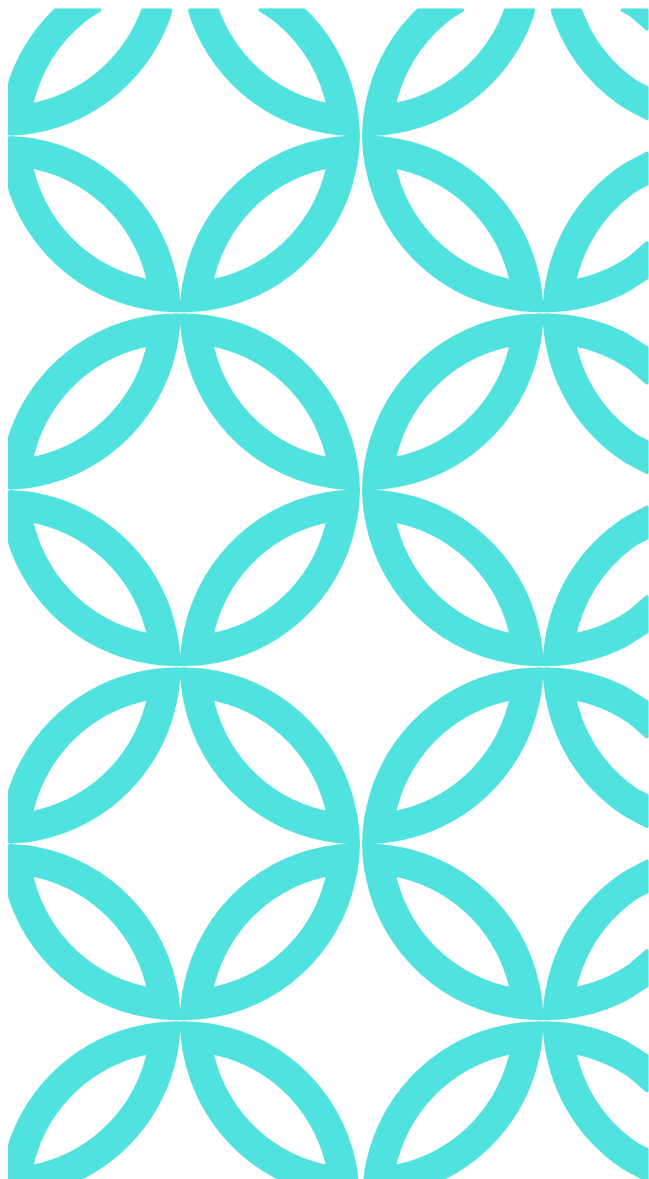
⁷ vgl. Schrems, B., Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Falcultas Verlag, 2013

3. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK II - FALLBESPRECHUNGEN



Da es zahlreiche Methoden für Fallbesprechungen gibt, wurde hierbei bewusst nur eine Methode ausgewählt, die in der Pflegepraxis im SK Gmunden, im Konzept „Wahrnehmen, Verstehen, Richtig Handeln“ erfolgreich und ohne großen Schulungsaufwand zur Anwendung kommen kann. Die Wahl ist auf die **„kollegiale Beratung“** gefallen, da sie in der Umsetzung recht simpel ist und ohne externe Berater auskommt (→ kein finanzieller Mehraufwand).

3. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK II - FALLBESPRECHUNGEN

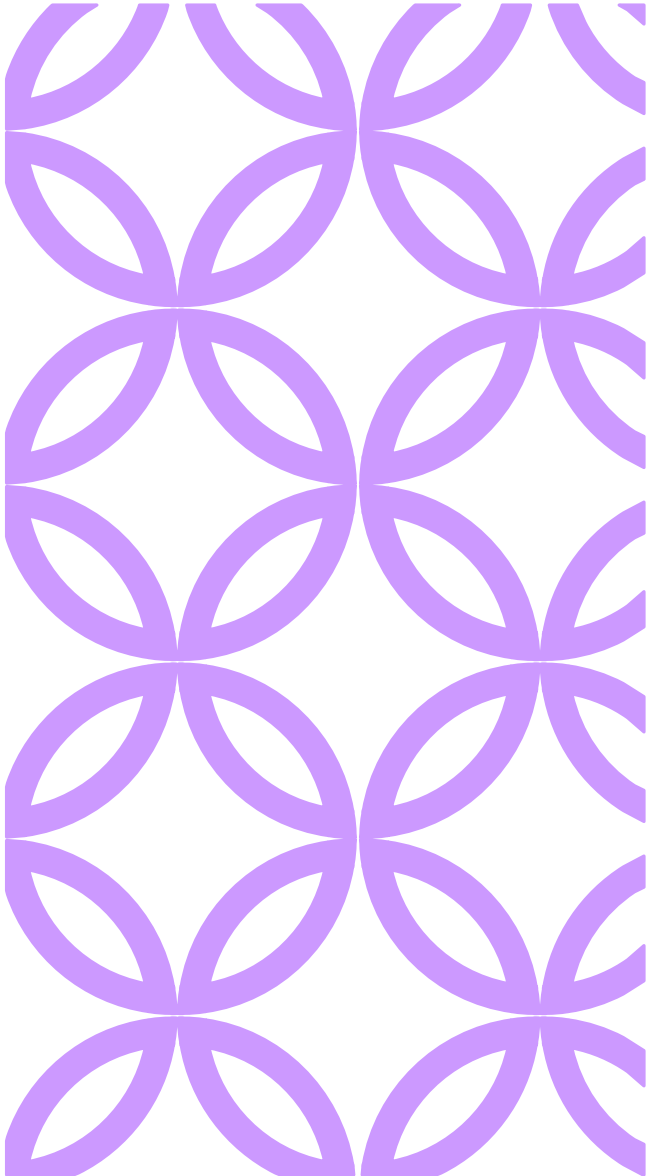


Die kollegiale Beratung ist ein systematisches Gespräch, welches sich in **sechs Phasen** gliedert und ca. **35 bis 45 Minuten** dauert. Die folgende Darstellung der Phasen und deren Inhalt sollen den systematischen Prozess verdeutlichen:

Phase	Inhalt	Zeit	aktive Rollen
1. Casting	Rollenverteilung	5 Minuten	
2. Spontanerzählung	Schilderung der zu besprechenden Situation	10 Minuten	Fallerzähler/in, Moderator/in
3. Schlüsselfrage	Fallerzähler/in benennt die Schlüsselfrage, den Klärungs- bzw. Beratungswunsch.	5 Minuten	Fallerzähler/in, Moderator/in
4. Methodenwahl	Auswahl der Beratungsmethode, z.B. Brainstorming, Kopfstand-Brainstorming, gute Ratschläge, Resonanzrunde, Mitteilen ähnlicher Erlebnisse.	5 Minuten	Fallerzähler/in, Moderator/in, Berater/innen
5. Beratung	Beratung entsprechend der gewählten Methode	10 Minuten	Moderator/in, Berater/innen
6. Abschluss	Bewertung der Lösungsvorschläge, Ausblick, Resümee	5 Minuten	Fallerzähler/in, Moderator/in

7

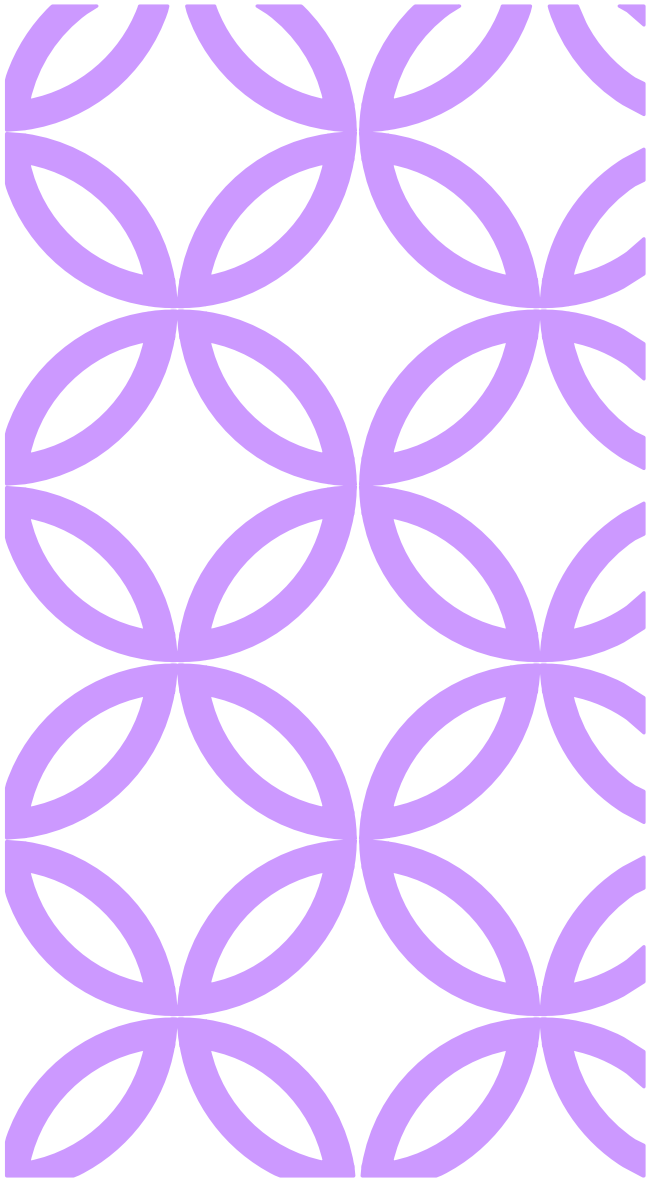
3. SÄULE VERSTEHENDE DIAGNOSTIK II - FALLBESPRECHUNGEN



Obwohl Schätzungen zufolge zwischen **45 und 80 Prozent aller an Demenz erkrankten Menschen** irgendwann einmal an **Schmerzen (!)** leiden, wird diesem Faktor bisher im Zusammenhang mit herausfordernden Verhaltensweisen relativ wenig Beachtung geschenkt.

Gezielte Schmerzreduktion kann herausfordernde Verhaltensweisen verringern → daher ist es notwendig, Schmerz als mögliche Ursache zu berücksichtigen, wenn nach **Strategien für die Minimierung von herausforderndem Verhalten** gesucht wird. Teilweise kann der Einsatz von *Psychopharmaka* seine Berechtigung haben beim Umgang mit herausforderndem Verhalten. Allerdings besteht die Gefahr, dass das Verhalten durch diese Medikamente zwar gedämpft wird, die eigentlichen Bedürfnisse oder Probleme, wie zum Beispiel Schmerzen, aber bestehen bleiben. Dies kommt einer *Fehlversorgung* gleich.

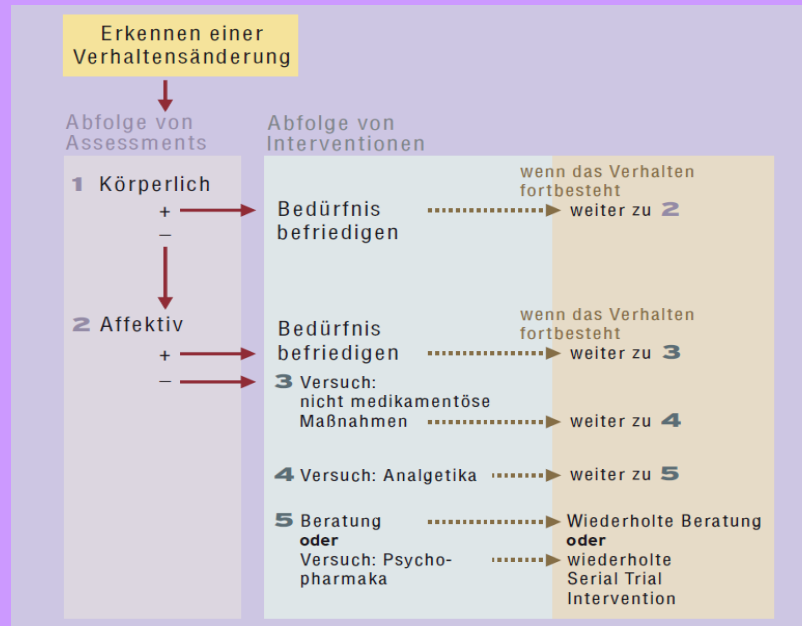
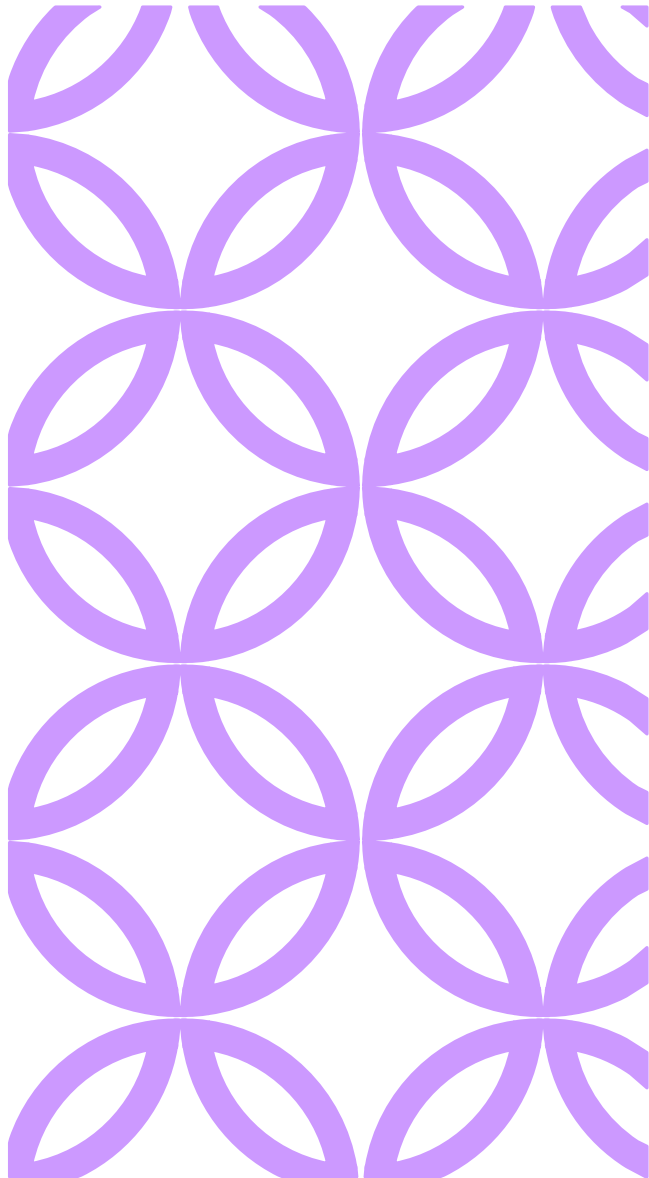
4. SÄULE – SERIAL TRIAL INTERVENTION



Aus den USA stammt ein strukturiertes Verfahren zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, das insbesondere auch Schmerzen berücksichtigt und den Einsatz von Psychopharmaka auf ein Mindestmaß reduzieren soll. Die sogenannte „**Serial Trial Intervention**“ (STI). 8

8 vgl. Kovach C. et al - Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior of Nursing Home Resident with Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006

4. SÄULE – SERIAL TRIAL INTERVENTION

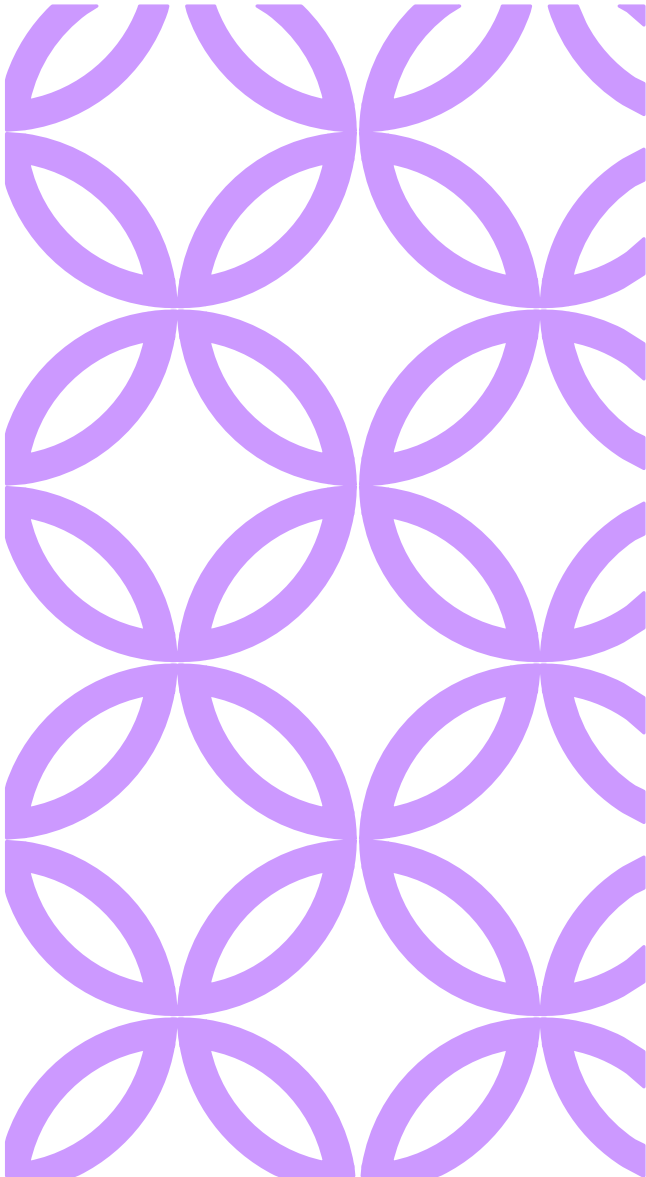


10

10 Die 5 Schritte der STI

vgl. Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI) http://www.kinaesthetics-trainer.de/download/Fischer_Pflegezeitschrift_07_07.pdf

4. SÄULE – SERIAL TRIAL INTERVENTION



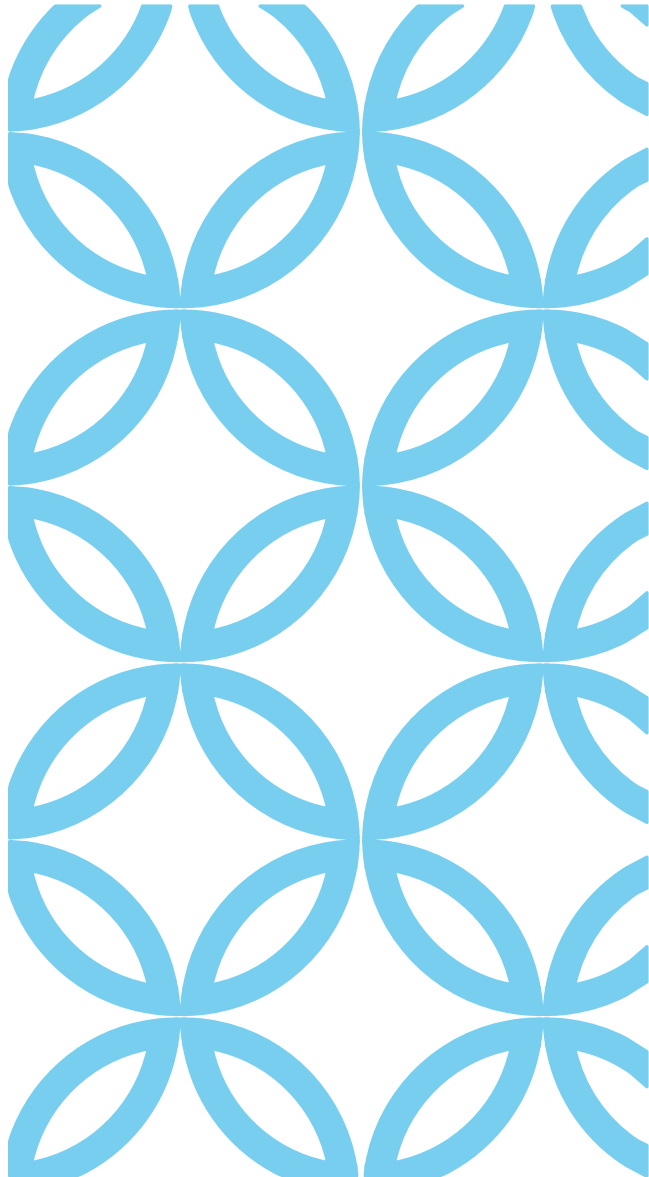
Hinter der STI verbirgt sich eine systematische Handlungsweise, die aus verschiedenen aufeinander folgenden Ansätzen oder Versuchen besteht. → STI beschreibt ein Modell zur inhaltlichen Strukturierung des Pflegeprozesses bei Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen. (= **Assessment-Instrument**).

Zielgruppe der STI sind Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz, die oft nicht mehr in der Lage sind, ihre Bedürfnisse klar zu artikulieren. Das Verfahren **zielt** darauf ab:

- herausfordernde Verhaltensweisen zu erkennen,
- die Verhaltensweisen als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse zu begreifen,
- die Verhaltensweisen (und ihre Ursachen) zu beurteilen,
- die Verhaltensweisen zu behandeln, indem das ihnen zugrunde liegende Bedürfnis befriedigt wird 9

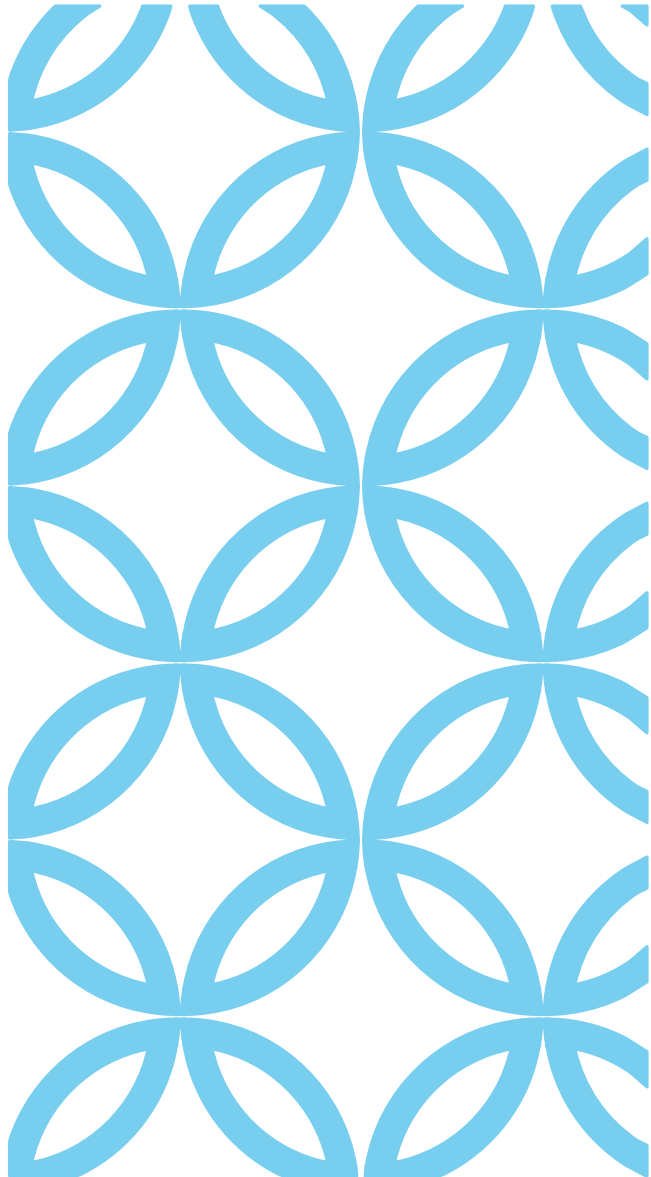
9 vgl. Kovach C. et al - Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior of Nursing Home Resident with Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006

4. SÄULE – SERIAL TRIAL INTERVENTION



- Frauen und Männer mit Demenz, BMGF 2016
- Bartholomeycic S. & Halek M., Verstehen und Handeln – Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten - Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2011
- F. von Ameln, R. Gerstmann, J. Kramer, Psychodrama – Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2014
- Bartholomeyczik et al. – Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten http://siegel.dggpp.de/Rahmenempfehlungen_herausf_Verhaltens.pdf (abgerufen am 2.4.2017)
- Schrems, B., Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Falcultas Verlag, 2013
- Die Phasen einer kollegialen Beratung in Tietze, K.-O., Kollegiale Beratung, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2012
- Kovach C. et al - Effects of the Serial Trial Intervention on Discomfort and Behavior of Nursing Home Resident with Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006
- Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI) http://www.kinaesthetics-trainer.de/download/Fischer_Pflegezeitschrift_07_07.pdf

QUELLENANGABE



Danke für Ihre Aufmerksamkeit 😊

Marie-Christin Gerhardinger, APN
mail: marie-christin.gerhardinger@gespag.at