



Fachhochschule
Bielefeld

Fachbereich
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 6
Workshop
Gerontopsychiatrische Probleme:
Eine Herausforderung für die
Pflegeausbildung in Theorie und Praxis
8. Juni 2000

Barbara Knigge-Demal

Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: Xenia Kobrzynski, Petra Blumenthal
Copyright: Barbara Knigge-Demal, 2000

Nr. 6
Workshop
Gerontopsychiatrische Probleme:
Eine Herausforderung für die
Pflegeausbildung in Theorie und Praxis
8. Juni 2000

Barbara Knigge-Demal

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort.....	1
Vortrag	
Die Bedeutung der Pflegeplanung bei gerontopsychiatrischen Problemen Dianah Zenker	3
Arbeitsgruppen	
AG 2: Pflegediagnostik bei gerontopsychiatrischen Problemen Ulrike Bowi, Annette Nauerth.....	11
AG 3: Beratung und Anleitung von Angehörigen Barbara Knigge-Demal.....	16
AG 4: Eine Unterrichtsreihe zum Thema planen Annette Rustemeier-Holtwick.....	22
AG 5: Eine praktische Anleitung zum Thema planen Rita Schulze-Dalhoff.....	32
Zusammenfassung der Ergebnisse	
Konsequenzen für die Ausbildung, Perspektiven für die Zusammenarbeit mit der FH Barbara Knigge-Demal.....	38

Vorwort

Barbara Knigge-Demal

Die Bedeutung gerontopsychiatrischer Probleme hat in den letzten Jahren nicht nur in den Einrichtungen der Altenhilfe, sondern auch in den Akutkrankenhäusern und im Arbeitsfeld der häuslichen Pflege zugenommen. Krankenpflege und Altenpflege sind gleichermaßen mit dem Pflegebedarf der betroffenen Patienten konfrontiert, sind gefordert, Hilfe zu leisten, zu unterstützen oder vorhandene Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten so lange wie möglich zu erhalten und zu fördern bzw. verlorene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu kompensieren.

Die häufigste Form gerontopsychiatrischer Erkrankungen ist die Demenz, die zweithäufigste die Depression. Die von der Krankenpflege und Altenpflege beobachtete Zunahme gerontopsychiatrischer Probleme ist vor allem auf die Zunahme dementieller Erkrankungen zurückzuführen. Die Erkrankung tritt vor allem bei Hochbetagten auf und steigt in der Bevölkerung mit dem Anteil der sehr alten Menschen. Entgegen der verbreiteten Annahme, dass diese Pflegebedürftigen in Altenheimen untergebracht werden, zeigen die empirischen Erhebungen, dass die meisten Erkrankten zu Hause versorgt werden (vgl. Werner 1996). Die Pflegeeinrichtungen sind in Phasen der akuten Erkrankung oder wenn das soziale Netzwerk den Pflegeanforderungen nicht mehr gewachsen ist, angefragt. Allerdings benötigen pflegende Angehörige und Bezugspersonen nicht selten Anleitung, Beratung und Entlastung durch die professionelle Kranken- und Altenpflege.

In diesem Workshop haben wir uns mit dem Pflegebedarf und der Pflegediagnostik bei dementiell erkrankten Patienten auseinandergesetzt und den Beratungsbedarf betroffener Angehöriger oder Bezugspersonen diskutiert. Der spezifische Pflegebedarf der Erkrankten sowie der Anleitungs- und Beratungsbedarf der pflegenden Familien erfordert curriculare Konsequenzen, deshalb sind wir in diesem Workshop der Frage nachgegangen, wie eine Unterrichtseinheit zu gerontopsychiatrischen Problemfeldern gestaltet werden könnte und welche Unterrichtsziele Gegenstand von praktischer Ausbildung werden sollten.

Zum dritten Mal wurde der Workshop gemeinsam mit der **Robert Bosch Stiftung** durchgeführt. Zwei mit dem Förderpreis der Stiftung ausgezeichneten Projekte konnten integriert werden, die von Dianah Zenker durchgeführte Pflegeplanung (s. Vortrag) und eine Unterrichtsreihe mit dem Thema: „Die Pflege eines Menschen mit Verlust der Erinnerung und Orientierung“, eingereicht vom Altenpflegefachseminar der Johanniter-Unfallhilfe in Münster (s. Arbeitsgruppe 4).



Programm des Workshops

- 8.30 Uhr: Ankommen und Kennenlernen
- 9.00 Uhr: Begrüßung, Einführung ins Thema
- 9.30 Uhr: Vortrag: „Die Bedeutung der Pflegeplanung bei gerontopsychiatrischen Problemen“
Dianah Zenker
- 10.15 Uhr: KAFFEPAUSE
- 10.30 Uhr: Arbeitsgruppen
- AG 1: Biografiearbeit und Pflegeplanung
Dianah Zenker
- AG 2: Pflegediagnostik bei gerontopsychiatrischen Problemen
Ulrike Bowi, Annette Nauerth
- AG 3: Beratung und Anleitung von Angehörigen
Barbara Knigge-Demal
- 12.30 Uhr: MITTAGSPAUSE
- 13.15 Uhr: Arbeitsgruppen
- AG 4: Eine Unterrichtsreihe zum Thema planen
Annette Rustemeier-Holtwick
- AG 5: Eine praktische Anleitung zum Thema planen
Rita Schulze Dahlhoff
- 15.00 Uhr: - Präsentation der Ergebnisse
- Konsequenzen für die Ausbildung
- Perspektiven für die Zusammenarbeit mit der FH
- 15.30 Uhr: AUSKLANG UND KAFFEE

Vortrag:

Die Bedeutung der Pflegeplanung bei gerontopsychiatrischen Problemen

Dianah Zenker

Ich bin ausgebildete Altenpflegerin, stellvertretende Stationsleitung und arbeite seit vielen Jahren im Jüdischen Seniorenheim in München. Dort leben zur Zeit 54 Menschen jüdischer Herkunft aus ungefähr 15 Ländern. Natürlich sind diese Menschen keine homogene Gruppe, sondern mehr oder minder religiös geprägt, sprechen verschiedene Sprachen und haben unterschiedliche sozioökonomische Hintergründe. Ein wichtiges verbindendes Element ist die gemeinsame Religion und der Fakt: Sie alle sind Zeugen der größten politischen Katastrophe unseres Jahrhunderts. Ihre wesentlichsten Lebenserfahrungen sind geprägt von dem Verlust ihrer Familien, Kultur und Heimat. Der Schwerpunkt meiner pflegerischen Tätigkeit konzentriert sich daher auch auf die vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Langzeitauswirkungen der Shoah auf die überlebenden Menschen, die sich heute bereits in den Siebzigern, Achtzigern und Neunzigern befinden.

Professionelle Pflege ohne das Verstehen dieser besonderen Lebenssituation ist undenkbar. So ist biographieorientiertes Arbeiten in unserem Haus ein unerlässliches Mittel geworden, um ohne erneute Verletzungen der Menschenwürde pflegen zu können! Diese ethische Verpflichtung war die eigentliche Grundlage unserer Projektarbeit, die ich Ihnen heute kurz vorstellen möchte.

Die Bedeutung der Pflegeplanung bei gerontopsychiatrischen Problemen

Ein Hauptanliegen unserer professionellen Altenpflege besteht darin, uns über die Biografiearbeit einen Zugang zu den existenziellen Erfahrungen der Pflegebedürftigen zu eröffnen. Doch zeigt sich deutlich, dass die Umsetzung dieses Wissens in die individuelle Pflegeplanung weder in der Ausbildung noch in der Praxis reibungslos gelingt. Nach wie vor stehen grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen im Vordergrund. Psychosoziale Aspekte, besonders bei gerontopsychiatrisch Erkrankten, werden nicht immer genügend berücksichtigt. Dies ist nicht zuletzt auch eine Folge des Pflegeversicherungsgesetzes. Weitere Gründe für die unbefriedigende IST-Situation sind zum einen sicherlich die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Praxis, die nicht einmal Zeitbudgets für psychosoziale Betreuung der Bewohner/Bewohnerinnen vorsehen, zum anderen aber auch die uneinheitliche Vorstellung der Pflegenden über die Bedeutung der Biografiearbeit für die Pflegeplanung. Außerdem haben Heimträger, Pflegefachkräfte, Ärzte, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) usw. kein einheitliches Grundverständnis zu prozessorientierter Pflegeplanung.

Vielleicht gelingt es hier in diesem Workshop Ideen zu entwickeln, wie unser Anspruch und die Erwartung der Gesellschaft bezüglich professioneller Altenpflege auch unter den gegenwärtig schwierigen Bedingungen der Praxis umsetzbar sind. Wie wichtig und bedeutsam eine gute Pflegeplanung für die weitere Lebensqualität eines betagten Menschen sein kann, möchte ich Ihnen an einem konkreten und sehr eindrucksvollen Beispiel belegen.

Ich möchte Sie mit Frau L. bekannt machen, die ich seit 12 Jahren kenne. Sie kam als körperlich und seelisch vollkommen gebrochener Mensch ins Seniorenheim. Frau L. zeigt keine wirklichen Anzeichen einer Altersdemenz oder gar organisch begründbaren Wesensveränderung. Doch die beratenden Konsiliarärzte rieten uns, die Grenzen unserer Möglichkeiten anzuerkennen und Frau L. in eine Psychiatrische Klinik einzuweisen zu lassen.

An dieser Stelle kann ich nur einen groben Überblick über die gerontopsychiatrischen Probleme von Frau L. geben.

Erster Eindruck

Eine kleine, gedrungene Frau sitzt am Tisch, sie hält ein Buch in ihren Händen. Ein laut krächzender „Sing-Sang“ in einem unverständlichen Sprachengewirr, das betend oder klagend alle anderen Geräusche im Raum übertönt. Sie fährt sich mit ihren Händen durch die meist nassen Haare und öffnet eine aus allen Nähten platzende Handtasche. Daraus quellen sorgfältig zusammengebundene Papierservietten sowie Brot, Marmeladenportionen, Reste des Mittagessens hervor. Letztere werden in Sekundenschnelle verzehrt oder an Vögel gefüttert. Das Papier reißt sie flink und geschickt zu Streifen und dreht diese gewissenhaft zu kleinen Kugeln oder schnürt sie zu festen Päckchen. Mit lebendigen Augen die Umgebung beobachtend arbeitet sie schwer keuchend. Alles an ihr ist in Bewegung. Plötzlich springt sie auf, wandert mit leicht schlurfendem Gang ruhelos durch die Stockwerke, hinauf und herunter. Dabei stopft sie alles, was sie auffindet und eine entsprechende Größe aufweist, in ihre Tasche.

Sie trägt mehrere bunt gemusterte Hängekleider in grellen Farben übereinander und hat trotz des kalten Wetters keine Strümpfe an. Meistens ist sie allein, sie spricht mit sich selbst in einem Gemisch aus Jiddisch-Deutsch-Polnisch oder sie singt ein Lied: „Kretsche mei, Kretsche mei“, für uns Pflegenden klingt es wie „backe, backe Kuchen“.

Die Mitbewohner schrecken meistens vor ihr zurück – dennoch vergisst sie niemals beim Vorbeigehen laut und deutlich „Shalom“ und „Sei gesund“ zu sagen.

Biographie

Frau L. wurde 1913 in einem kleinen Ort in Polen geboren. Ihr Vater war Handwerker und die Mutter Tanzanführerin bei Hochzeiten. Sie hatte sieben Geschwister. Die Familie lebte traditionell jüdisch und engagierte sich trotz der eigenen Armut für andere benachteiligte Menschen. Frau L. machte eine Lehre als Hutmacherin, heiratete und bekam einen Sohn. Bereits beim Einmarsch der Wehrmacht fiel ihr Mann bei der Verteidigung Polens. Zunächst kam Frau L. mit ihrer Familie ins Ghetto. 1942 wurde die gesamte Familie ins Konzentrationslager deportiert. Ihre Mutter und ihr kleiner Sohn wurden in der Gaskammer ermordet. Frau L. musste als Schneiderin und in einer Munitionsfabrik arbeiten.

Nach der Befreiung kam sie 1945 in ein DP-Lager nach Weiden in der Oberpfalz. Dort fand sie einen entfernten Verwandten wieder und heiratete ihn. 1946 zog das Paar nach München und noch im selben Jahr wurde ihr Sohn geboren. 1953 wanderte die Familie nach Israel aus, musste aber nach kurzer Zeit wieder nach Deutschland zurückkehren, weil Frau L. die starke Hitze nicht vertrug. Sie arbeitete gemeinsam mit ihrem Mann am Aufbau eines Geschäfts und führte ein offenes, gastfreundliches Haus. Zwei Koffer mit lebensnotwendigen Dingen lagen allerdings immer bereit in der Wohnung für alle Eventualitäten.

1975 begannen bei Frau L. paranoide Zustände und die bereits bestehenden Depressionen verschlimmerten sich. Sie beging den ersten Selbstmordversuch. 1986 verstarb ihr Mann an Krebs. Sie hatte ihn zwei Jahre lang während seiner Krankheit gepflegt. 1987 verstärkten sich die Verfolgungsängste drastisch. Sie konnte nicht mehr mit dem Herd umgehen und kochte stundenlang Wäsche. Nach einem Schlaganfall brachte der Sohn Frau L. zu uns ins Seniorenheim, wo sie noch heute lebt.

Pflegerische Besonderheiten bei Shoah-Überlebenden

Die Neurologie diagnostizierte bei Frau L. eine senile Demenz mit einer Frontallappenschädigung. Diese Diagnose wird von unserem Heimarzt stark angezweifelt. Aus unserer Sicht können die vielen auffälligen Verhaltensweisen von Frau L. auch als Folge der langjährigen Lagerhaft eingetreten sein.

Um sich in diese besondere Lebenssituation von Frau L. auch nur annähernd einfühlen zu können, ist nicht nur Empathie, sondern das Erstellen einer Biographie Voraussetzung. Dieser Anspruch ist für alle Beteiligten nicht ohne Schwierigkeiten zu bewältigen, denn einerseits werden die Erinnerungen bei den Betroffenen

verdrängt, andererseits herrscht oft ein widersprüchlicher Zwang, manche Geschehnisse ständig zu erzählen.

Zur Erleichterung der Biographieerstellung haben wir im Hause besondere Fragebögen entwickelt, die die Bewohner oder deren Angehörige ausfüllen können.

Wenn auch ein großer Teil der Menschen nach dem Krieg neue Existenzen aufbauen konnte, so ist dennoch für die Mehrheit ein Leben ohne Angst, Trauma, Depression und Unsicherheit nicht mehr möglich. Die Unsicherheit, Angst, Trauer und Depression setzen sich fort und bestimmen den Lebensalltag der Gegenwart. Die gesamte Lebensorientierung der Betroffenen wie auch die der Kinder ist nachhaltig von dem Holocaust-Erlebten geprägt. Erstmals wurde diese posttraumatische Belastungsstörung von William Niderland als „survivor syndrom“ in den 60-er Jahren beschrieben.

Die Fortdauer der Lagertraumen ist besonders für die alten Menschen mit kognitiven Einschränkungen eine große Last. Die traumatischen Erfahrungen werden nicht selten durch eine Vielzahl von Alltagsreizen verstärkt. Dies sind Umgebungsreize, die die Betroffenen an die schrecklichen Ereignisse des Lagers erinnern oder diese symbolisieren. Sie lösen intensiven psychologischen Distress aus und führen zu Reaktionen, die sonst im alltäglichen Leben kontrolliert werden können. Die ganze Ruhe, die sich ein Betroffener oftmals erarbeitet hat, kann plötzlich in die Brüche gehen, wenn er durch eine bestimmte Geste, einen Geschmack, einen Geruch, eine Melodie an jene Zeit erinnert wird. An dieser Stelle möchte ich nur einige Reize und deren Bedeutung für die Betroffenen nennen:

- Nacktheit bedeutet Selektion,
- Schmerz und Krankheit bedeutet Vernichtung, unwert zu leben,
- Rasieren bedeutet Demütigung,
- Injektionsnadeln bedeuten medizinische Experimente,
- gestreifte Bettwäsche oder Pyjamas bedeuten Häftlingskleidung,
- Duschen oder Baden bedeutet Gaskammer,
- Trennung bedeutet Tod,
- Befehlstonfall bedeutet Kapo,
- Essen ohne Fleisch bedeutet Hungerration oder verhungern,
- bestimmte Volkslieder z. B. „Alle Vöglein sind schon da.“ bedeuten Einmarsch ins Lager.

Vor diesem Hintergrund werden die mit dem Alter verbundenen Verlusterlebnisse (Einschränkungen der Leistungsfähigkeit) von den Betroffenen als besonders schmerzhaft empfunden.

Bei Unkenntnis dieser Problematik wird die Interaktion mit den Überlebenden schwierig oder auch problematisch. Dieses Hintergrundwissen ist natürlich im Hinblick auf die Pflegeanamnese von Frau L. wichtig.

Die Pflegediagnosen von Frau L.

Die Pflegediagnosen von Frau L. könnten direkt aus einem Lehrbuch für Gerontopsychiatrie stammen. Allerdings treten sie selten in dieser Vielfalt gemeinsam auf. Dies ist allerdings bei Frau L. der Fall. Sie leidet unter

- Agitiertheit, einhergehend mit psychomotorischer Unruhe,
- paranoiden Ängsten,
- chronischen Depressionen,
- Zwangsgewohnheiten,
- Essstörungen,
- Überlebensschuldgefühlen,
- ICH-Störung mit Gefühl der Wertlosigkeit,
- physischen Erschöpfungszuständen,
- Affektlabilitäten,
- Perseveration, sowie einem
- erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel.

Pflegeprobleme und Ziele

Sich bewegen

- massive motorische Unruhe: sie wandert Tag und Nacht ruhelos im Haus umher, fährt stundenlang im Lift auf und ab,
- ständiges Zerreißen jeglicher Art von sauberem oder schmutzigem Papier,
- sie dreht aus Papier Hunderte „Munitionskugeln“ und sammelt sie.

Pflegeziel: Ihre Unruhe in Bahnen lenken

Sich waschen und kleiden

- exzessiver Waschzwang: duscht ca. 8 x täglich,
- wäscht Wäsche, hängt diese tropfnass im ganzen Haus auf.

Pflegeziel: Ihre Eigenart akzeptieren

Essen und Trinken

- sie schüttet alle Speisen in einen Teller. Sie schlingt Nahrung sehr schnell in sich hinein und leidet unter Brechanfällen
- sie hortet Unmengen von Lebensmitteln, gekochte und rohe Speisen, stopft alles in ihre Tasche und verteilt sie im verdorbenem Zustand an Mitbewohner.

Pflegeziel: Sicherheit geben, z. B. durch exakt eingehaltene Mahlzeiten

Wachsein und Schlafen

- Frau L. schläft kaum länger als 2-3 Stunden und stört durch das Aufsuchen der Wohnräume anderer die Nachtruhe der Mitbewohner

Pflegeziel: die Ruhephasen zu verlängern

Kommunizieren

- es kommt zu unwillkürlichen Lautäußerungen, die kaum Unterbrechungen aufweisen und sehr geräuschvoll sind, dazu kommt ein zwanghaftes Sprechen in der Sprache eines Kindes

Pflegeziel: Der Trauer und Angst Äußerungsmöglichkeiten geben und damit leben lernen

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Frau L. äußert niemals Schmerzen,
- bei ärztlichen Untersuchungen schlägt sie um sich und wehrt sich, eine Verlegung in eine Klinik ist nicht möglich, sie bekommt Panikattacken,
- sie spricht davon, kein Mensch zu sein.

Pflegeziel: Minimierung der körperlichen Leiden. Stärkung der gesunden Persönlichkeitsanteile und Vertrauen vermitteln

Evaluation: Ergebnis der Pflegeplanung

Frau L. wurde von ihren Mitbewohnern, zum Teil auch vom Personal als vehementer Störfaktor im Haus empfunden. Unsere Ziele bestanden zunächst darin, eine veränderte Einstellung gegenüber Frau L. zu erreichen, ihre Probleme zu verdeutlichen und durch Akzeptanz und Toleranz eine Milderung ihrer Symptome zu erreichen, um eine drohende Einweisung in die Psychiatrie zu verhindern. In der Pflege stellten wir uns folgende Ziele:

1. Frau L. Sicherheit geben,
2. ihr Akzeptanz und Verständnis vermitteln und
3. für sie eine sinnvolle Beschäftigung finden.

Wie bereits erwähnt ist Frau L. nicht immer in der Lage, sich ausreichend verbal zu äußern und sich verständlich zu machen. Ihre kreativen und spontanen Ausdrucksmöglichkeiten sind jedoch gut erhalten. Diese zu nutzen und mit gestalterischen Mitteln ihre ständige Unruhe in Bahnen zu lenken, war nur möglich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Heimmitarbeiter.

Über zwei therapeutische Ansätze wollten wir gemeinsam den Versuch unternehmen, Frau L. zu fördern und ihre drohende Psychiatrieeinweisung zu verhindern: die Maltherapie und die Tanztherapie. Im Laufe der tanztherapeutischen Arbeit ließ Frau L. verstärkt Blick- und Körperkontakt zu. In der Tanztherapie wurde sie zunächst im Kreis ihrer Mittänzer besser anerkannt. Heute lässt sie sich berühren ohne ein Unheil zu befürchten und angstvoll zurückzuschrecken. Jedoch sind und waren ein ständiges Miteinbeziehen und das Zeigen ihrer Wertigkeit notwendig, um diese Akzeptanz auch zu erhalten. Speziell durch die tänzerische Bewegung kann Frau L. ihre psychomotorische Unruhe gezielter ausleben.

Völlig unvorhersehbar war allerdings, wie sehr meine anfänglichen Malstunden therapeutische Ausmaße annehmen würden. Frau L. ist in der Lage, ruhig und konzentriert, fast völlig ohne Lautäußerungen über einen längeren Zeitraum zu malen. Sie hat Freude an der Farbe, die sie selbst wählt, auch am Bild, welches sie allein geschaffen hat. Durch das Malen und ihre Bilder erlebt sie Selbstbestätigung und Anerkennung. Noch vor Beginn des Malens signiert sie jetzt selbstbewusst jeden Bogen Papier. Lob, Ermunterung und neue Anregungen nimmt sie gerne an. So ist nach einer kleinen Vorlage das Bild „MENORAH“ entstanden. Dieses Bild wurde bereits in öffentlichen Veranstaltungen, auch in der Ausstellung der Weinberger-Akademie gezeigt und ist natürlich der Stolz der Familie. Ihr zentrales Thema ist das „HAUS“. „Ich habe in Polen ein Haus gebaut“, sagt sie oft. Das Haus symbolisiert wohl das frühere, intakte Umfeld, das ihr genommen wurde. Mit der Maltherapie ist es uns gelungen, wichtige Erinnerungen anzuspre-

chen und ihr Verständnis und Akzeptanz entgegenzubringen. Heute wird die Maltherapie von einer ausgebildeten Kunsttherapeutin fortgeführt.

Frau L. ist sehr viel ruhiger geworden. Sie bekommt keinerlei Psychopharmaka oder Sedativa mehr. Sicherlich können wir sie nicht völlig von ihrer Angst befreien, aber wir alle haben gelernt, besser damit umzugehen. Wir respektieren ihre individuellen Bedürfnisse, fördern ihre Unabhängigkeit und lassen ihr soviel Kontrolle über ihr Leben wie möglich. Leider werden die Kosten für die Maltherapie nicht von der Krankenkasse übernommen, sondern müssen vom Sohn bezahlt werden.

Von einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik ist heute keine Rede mehr. Bei der Betrachtung der Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme von Frau L. wird nur allzu deutlich, dass kein Mensch reduzierbar ist auf ein körperliches, psychisches oder soziales Problem. Er ist immer in seiner Ganzheitlichkeit d. h. mit seiner Vergangenheit und in seiner Gegenwart zu sehen.

Wir haben auch gelernt, wie flexibel und kreativ die Gestaltung eines Pflegeplans sein kann, der nicht nur vom Computer vorgefertigte Antworten enthalten sollte. Der Umgang mit betagten Menschen und ihren Familien ist eine Herausforderung, aber gleichzeitig auch eine lohnende Reise.

Ich möchte an dieser Stelle nicht versäumen, meinen Respekt vor Frau L. zum Ausdruck zu bringen, meine Dankbarkeit dafür zu äußern, an ihrem Schicksal und auch an ihrer hoffentlich guten Zukunft teilhaben zu dürfen.

Meinen Schlussgedanken, der so gut auch zu Frau L. passt, entnehme ich Viktor Frankl, dem großen Psychotherapeuten, der selbst sein Überlebender war.

„Trotzdem Ja zum Leben sagen“

Autorin: Dianah Zenker

Altenpflegerin im Jüdischen Seniorenheim München

Arbeitsgruppe 1: Biografiearbeit und Pflegeplanung

fehlt

Arbeitsgruppe 2: Pflegediagnostik bei gerontopsychiatrischen Problemen

Annette Nauerth, Ulrike Bowi

Ziel der Arbeitsgruppe war ursprünglich, sich mit der Erhebung des Pflegebedarfs in der Gerontopsychiatrie zu beschäftigen. Es sollte um die Vorstellung, Analyse und Diskussion verschiedener Erhebungsinstrumente gehen.

In der Eröffnungsrunde wurde jedoch zunächst eine andere Erwartung und ein anderes Verständnis der Workshopüberschrift bei den TeilnehmerInnen deutlich. Es mussten zunächst die Begriffe Pflegediagnosen und Pflegediagnostik geklärt werden.

Der Begriff Pflegediagnose (Nursing Diagnosis) wurde 1953 von Fry in die Pflegewissenschaft eingeführt. Zunächst zögerte man mit der Übernahme des Begriffs Diagnose, man definierte Pflegeprobleme: Abdollah definierte ein Pflegeproblem als „a condition faced by the patient or family, which the nurse can assist him or her to meet through the performance of her professional functions“ (als einen Zustand, mit dem sich ein Patient oder seine Familie konfrontiert sehen und bei dem die Pflegeperson den Patienten durch die Ausübung ihrer professionellen Funktionen helfen kann, ihn zu bewältigen). Abdollah erstellte erstmals (1960 veröffentlicht) anhand einer großangelegten Untersuchung in amerikanischen Krankenhäusern eine Liste mit 21 Pflegeproblemen. Tatsächlich handelt es sich bei dieser Liste um eine Aufzählung von 21 Funktionen bzw. Tätigkeiten von Pflegekräften.

Seit den 70-er Jahren ist der Begriff Pflegediagnose häufiger in der Pflegeliteratur zu finden. 1973 fand die erste Konferenz über die Klassifikation von Pflegediagnosen statt. Sie ist als Vorgängerin der späteren NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) zu betrachten. Die NANDA hat auf ihren späteren Tagungen inzwischen über 130 diagnostische Begriffe festgelegt und für die klinische Praxis und Forschung als geeignet gefunden. Die Begriffe wurden induktiv entwickelt und auf den Konferenzen vorgestellt, diskutiert und akzeptiert. Die Liste ist nicht abgeschlossen. Sie ist inzwischen die bekannteste Liste von Pflegediagnosen. Der Begriff Pflegediagnose wird hier unterschiedlich definiert.

Definition Pflegediagnose

Gordon (1998): „Nursing diagnosis, made by professional nurses, describe actual and potential health problems, which nurses by virtue of their education and experience are capable and licensed to treat“

Pflegediagnosen, die von professionellen Pflegekräften erstellt werden, beschreiben aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme, die die Pflegekräfte aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung behandeln können und behandeln dürfen.

NANDA: (1990) „Eine Pflegediagnose stellt eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl von pflegerischen Interventionen, um die aufgestellten Ziele und erwünschten Pflegeergebnisse zu erreichen, wofür die Pflegeperson verantwortlich ist.“

Pflegediagnosen sind also entwickelt worden, um den eigenständigen Tätigkeits- und Verantwortungsbereich von Pflegenden zu beschreiben, d. h. den Bereich, in dem eine Pflegekraft unabhängig tätig ist und aufgrund ihrer Fachkompetenz selbst Entscheidungen trifft, Maßnahmen durchführt und auch evaluiert. Somit sind Pflegediagnosen im Grunde ein Stück Sprachentwicklungsarbeit in der Pflege.

Eine NANDA-Pflegediagnose enthält einen Diagnosetitel mit einer Definition oder Umschreibung, eine Liste mit Kennzeichen oder Symptomen und eine Aufzählung von Ursachen oder beeinflussenden Faktoren. Während also Pflegeprobleme in Deutschland von jeder Pflegekraft neu formuliert und beschrieben werden können, ist dies bei Pflegediagnosen nicht der Fall. Sie dürfen nur angewandt werden, wenn die dazugehörigen Symptome auch zutreffen. Von der Struktur und Funktion her sind hier also Ähnlichkeiten mit medizinischen Diagnosen deutlich. Sie dienen auch dazu, innerhalb der Berufsgruppe auf kurze Art und Weise Informationen auszutauschen. Mit der Diagnose „Appendizitis“ wird ein Krankheitsbild mit bestimmten Symptomen beschrieben, auf die der Mediziner mit bestimmten Maßnahmen reagieren sollte. Eine ähnliche Funktion haben auch Pflegediagnosen. Wenn sie eingeführt sind, sollte auch hier mit dem Begriff bei den Pflegenden ein bestimmtes Bild eines Zustandes eines Patienten beschrieben werden, auf den professionelle Pflegenden mit bestimmten Maßnahmen reagieren. Die NANDA hat zunächst nur eine alphabetische Liste aufgestellt. Damit besser damit gearbeitet werden konnte, insbesondere im Bereich Ausbildung wurde versucht, diese Liste zu sortieren, zu ordnen. Es gibt verschiedene Sortierungsversuche. Die NANDA hat eingeteilt nach 9 menschlichen Reaktionsmustern, Gordon teilt ein nach funktionellen Verhaltensmustern. Doenges u. Moorhouse haben wiederum eine andere Sortierung vorgenommen. Diese Situation war etwas unbefriedigend.

Der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses, ICN) hat 1989 in Seoul beschlossen, eine einheitliche Klassifikation

pflegerischer Praxis zu entwickeln. Seit 1991 arbeitet eine Arbeitsgruppe an diesem Projekt. Sie haben zunächst weltweit vorhandene Pflegediagnosen gesammelt, um Entwicklung gebeten und 1993 eine Liste in alphabetischer Reihenfolge veröffentlicht. Inzwischen ist eine sog. Alpha-Version des Klassifikationssystems erstellt, seit 1997 liegt auch eine deutsche Übersetzung dazu vor. Die Arbeitsgruppe hat zunächst fünf Kategorien zur Unterteilung entwickelt:

Kategorien der ICNP

- physiologische Kategorie (körperliche Bedürfnisse),
- psychologische K. (psych. Verfassungen, Prozesse oder Fähigkeiten),
- soziale K. (Beziehungen zu anderen Menschen),
- verhaltensbezogene K. (gesundheitsbedingte Verhaltensweisen/Gewohnheiten),
- umweltbezogene (Umweltfaktoren, die die Gesundheit beeinflussen).

Zu der Entwicklung der Alpha-Version kamen kaum Anregungen, Mitarbeit aus Deutschland. Inzwischen wurde auf der Grundlage der Alpha eine Beta-Version erstellt, die im Internet einzusehen ist. (Adresse: <http://www.icn.ch/icnp.htm>). Die Minimalstruktur einer Pflegediagnose nach ICNP ist die folgende: Name für den Begriff, Namen für die Merkmale des Begriffs. Im Vergleich zu den Pflegediagnosen der NANDA ist damit eine Vereinfachung der Pflegediagnosen geschehen. Es gibt einen weiteren Unterschied. Die ICNP bezieht nicht nur den Bereich pflegerischer Tätigkeit in ihre Klassifikation ein, in dem die Pflegekraft unabhängig ist, sondern auch den ganzen Bereich der Mitarbeit in Diagnostik und Therapie. Sie will also den gesamten Bereich pflegerischer Praxis beschreiben.

Pflegediagnostik ist im Gegensatz zu Pflegediagnosen der Prozess, der zu den individuellen Pflegediagnosen eines Patienten führt. Pflegediagnostik beschreibt also etwas umfassender das, was nach Fiechter/Meier die Datenerhebung beim Patienten ist, also den ersten Schritt im Pflegeprozess. Pflegediagnostik bedient sich dabei unterschiedlicher Verfahren:

- Pflegeanamnese,
- Beobachtung,
- Untersuchung.

Während die Krankenbeobachtung das lange eingeführte Verfahren ist, ist die eigenständige Pflegeanamnese der neuere Bereich, der sich schon etabliert hat. Stiefkind ist noch immer der Bereich der Untersuchung. Unseres Erachtens nach werden den Pflegenden noch immer nicht die notwendigen Grundfertigkeiten vermittelt.

Für die Pflegediagnostik gibt es unterschiedliche Erhebungsverfahren. Für den Bereich der Gerontopsychiatrie werden hier sicherlich besondere Erfordernisse zu berücksichtigen sein, wie nicht zuletzt durch die Erfahrungen nach Einführung der Pflegeversicherung immer wieder deutlich wird. Hier ist auch die Entwicklungsarbeit nicht abgeschlossen.

Im Rahmen der Arbeitsgruppe wurde (neben dem Ansatz von Juchli 1997) ein Instrument genauer vorgestellt, das sich zur Erhebung des Pflegebedarfs bei gerontopsychiatrischen Problem gut eignet:

Rai 2.0 – Resident Assessment Instrument (dtsch. Fassung Garms-Homolova & Gilgen 2000)

Hierbei handelt es sich um ein Verfahren, das eingesetzt werden soll in der stationären Altenpflege zur Verbesserung der Pflegequalität und Pflegeplanung sowie zur Bestimmung von Rehabilitationspotentialen. Weiterhin liefert es Informationen für die Personalbedarfsplanung und Kostenberechnung. Ziel ist die Förderung und Erhaltung der Gesundheit und eine Verbesserung der Lebensqualität. Es besteht aus drei Elementen:

- MDS – Minimal Data Set: Dokumentationsbogen,
- Rai-Handbuch,
- Abklärungshilfen - Resident Assessmentprotokolle.

Das Instrument enthält genaue Angaben über die Art und den Zeitpunkt der vorzunehmenden Beurteilung:

Art der Beurteilung	Zeitpunkt (Wann?)
Erstbeurteilung (Minimal Data Set) Neuaufnahme	Ende 14. Kalendertag nach Aufnahme
jährliche Wiederbeurteilung	innerhalb des 12. Monats
erneute Beurteilung nach signifikanter Statusveränderung	innerhalb von 14 Tagen nach Ver- änderung
vierteljährliche Beurteilung ausgewählter Bereiche	bis zum 90. Tag

Die Resident Assessment Protokolle geben Abklärungshilfen für 18 unterschiedliche Bereiche wie z. B. akute Verwirrtheit/Delir, kognitive Beeinträchtigung/ Demenz, Stimmungslage und Verhalten. Hier werden „kritische Zustände“ und „Alarmzeichen“ definiert. Sie dienen als Verbindung zwischen Klientenbeurteilungen und den Zielen eines Pflegeplans.

Das Vorgehen wurde verdeutlicht am Beispiel der Abklärungshilfen für den Bereich kognitiver Fähigkeiten. Erfasst wird hier die Fähigkeit, sich zu erinnern, zusammenhängend zu denken, tägliche Aktivitäten zu organisieren, die beobachtbare Fähigkeit, sich zu entscheiden und vergangene Ereignisse wachzurufen. Zunächst werden allgemeine Hinweise gegeben, die bei der Durchführung berücksichtigt werden sollten (Angaben zum Beobachtungszeitraum, Privatsphäre des Befragten respektieren, Hinzuziehen von Angehörigen, Schaffung einer angenehmen Gesprächsatmosphäre, Wechseln des Themas bei zu starker Aufregung des Befragten). Dann wird die Durchführung und Beurteilung detailliert beschrieben. Folgende Aspekte werden hierbei berücksichtigt:

- Ist die betreffende Person komatös?
- Gedächtnis: Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis,
- Gedächtnis: Erinnerungsfähigkeit,
- Kognitive Fähigkeit für alltägliche Entscheidungen,
- Hinweise auf ein Delir,
- Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten in den letzten 90 Tagen.

Im Anschluss daran wurde über Sinn und Nutzen eines solchen Vorgehens diskutiert. Es wurde versucht, Kompetenzen abzuleiten, die Pflegekräfte zur Erhebung des Pflegebedarfs benötigen.

Literatur

Doenges, M. & Moorhouse, M. F. (1994). Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern: Huber.

Garms-Homolova, V. & Gilgen, R. (Hrsg.). (2000). RAI 2.0 Resident Assessment Instrument. Bern: Huber.

Gordon, M. (1998). Handbuch Pflegediagnosen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Juchli, L. (1997). Pflege. Stuttgart: Thieme.

Autorinnen:

Dr. Annette Nauerth

Professorin für biomedizinische Grundlagen der Pflege, Fachhochschule Bielefeld

Dr. Ulrike Bowi

Professorin i. V. für psychologisch-sozialwissenschaftliche Grundlagen der Pflege, Fachhochschule Bielefeld

Arbeitsgruppe 3: Beratung und Anleitung von Angehörigen

Barbara Knigge-Demal

Protokoll: Heidrun Tiemeyer

Im Mittelpunkt dieser Arbeitsgruppe stehen pflegende Angehörige von demenziell erkrankten alten Menschen. Zunächst werden wir uns mit der Frage auseinandersetzen: Wer sind die pflegenden Angehörigen?

Festzustellen ist, dass die Rate der demenziell erkrankten Menschen mit der Rate der Hochaltrigen steigt. Das heißt, dass die Prävalenzraten bei der Demenz mit zunehmendem Lebensalter zunehmen. Bei den über 65-Jährigen ist die Rate der Erkrankten bei 6 %, bei den 70-Jährigen leiden bereits 14 % an einer Demenz (Berliner Alterstudie, Helmchen 1996). Entsprechend diesen Prozentzahlen sind in der Bundesrepublik mehr als 700 000 alte Menschen an Demenz erkrankt (Bickel 1992). Die hauptsächliche Pflegeleistungen wird von den Familien der Erkrankten erbracht. 80 % der Erkrankten werden zu Hause versorgt (Wilz u. a. 1998). Die pflegenden Angehörigen befinden sich in der Regel zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Nach der Leipziger Studie zur Beratung der pflegenden Angehörigen übernehmen die Ehefrauen am häufigsten und die Töchter am zweithäufigsten die Pflege der betroffenen Familienmitglieder (vgl. Abb.1).

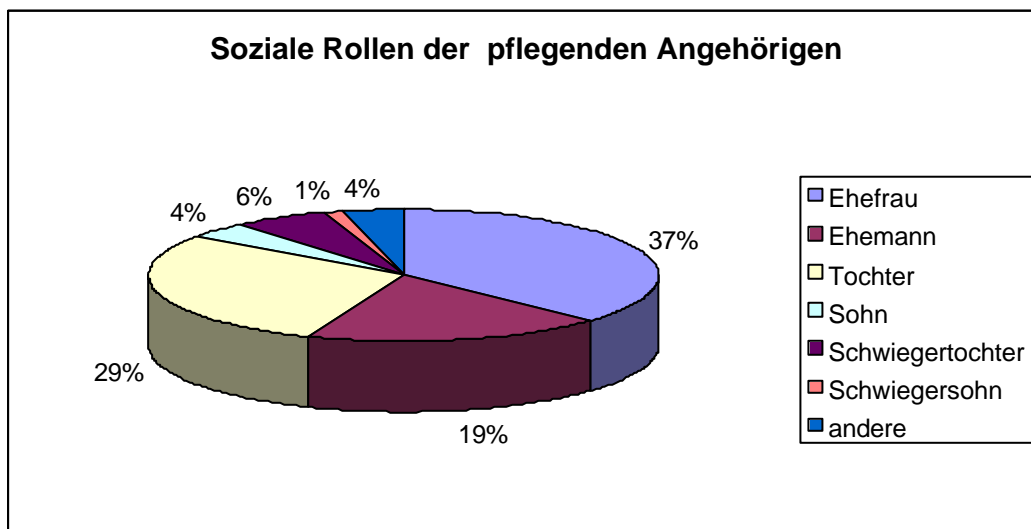


Abb. 1: Prozentanteil pflegender Angehöriger (aus Wilz, G. u.a. Abb.1, 1998)

Die Ehepartner übernehmen nicht nur am häufigsten die Pflege, sie erbringen außerdem in zweierlei Hinsicht die zeitlich umfassendste Pflegeleistung. Nach dieser Studie pflegen 2/3 der Ehepartner rund um die Uhr und im Durchschnitt

bereits seit mehr als 44 Monaten ihre(n) erkrankte(n) PartnerIn (vgl. Wiz. u. a. 1998).

Und dennoch besteht der Beratungsanlass selten im Ausmaß der eigenen Belastung. Vielmehr sind spezifische Fragen zur Pflege der Patienten vorhanden und geben Anlass, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Die eigene Belastungssituation wird in der Regel erst nach einer längeren Phase der Beratungsarbeit zum Gegenstand der Gespräche.

Innerhalb dieser Studie wurden auch die kognitiven Leistungseinbußen der Erkrankten eingestuft. Es zeigte sich, dass der Schweregrad der kognitiven Leistungseinbußen in der Mehrzahl der Fälle (N=70) zwischen mäßig (24,3 %) bis sehr schwer (34,3 %) variiert. Es zeigte sich allerdings auch, dass das Ausmaß der erlebten Belastungen kaum mit den tatsächlichen Belastungen korrelieren. Damit verdeutlicht sich m. E. der Bedarf an multiprofessionellen Beratungsangeboten, in denen einerseits entsprechend der Einstiegsfragen spezifische Pflegeangebote und Pflegemaßnahmen eröffnet werden, aber auch die jeweiligen Belastungen aufgearbeitet werden können. Ausgehend vom Pflegebedarf der Betroffenen ist der mögliche Beratungs- und Anleitungsbedarf der pflegenden Bezugspersonen festzustellen.

In der Gruppenarbeit wurden hauptsächlich die Probleme diskutiert, die sich den pflegenden Angehörigen stellen. In einem zweiten Schritt wurde die Zielsetzung von Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger benannt. Zum Schluss wurden wichtige Kriterien und Aspekte zur Gestaltung einer Beratung zusammengetragen. Zur Erstellung konkreter Konzepte für die Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger kam es aus zeitlichen Gründen nicht mehr.

Zu allen drei Fragestellungen:

- Mit welchen zentralen Problemen sind pflegende Angehörige konfrontiert?
- Mit welcher Zielsetzung sollte die Beratung verbunden sein?
- Wie kann die Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger gestaltet werden?

wurden in einer Art Brain-Storming-Verfahren Erfahrungen gesammelt und auf einer Metaplan-Tafel fixiert. Die Fragen wurden nicht immer isoliert voneinander besprochen.

Probleme pflegender Angehöriger

Zum Aspekt der Probleme, die sich pflegenden Angehörigen stellen, wurden folgende Erfahrungen zusammengetragen: Angehörige sind oft unvorbereitet, wenn

sie die Pflege übernehmen; sie können in der Regel nicht abschätzen, was wirklich auf sie zukommt, d. h. die Ansprüche und die Anforderungen, die aus dem Pflegebedarf des erkrankten Familienmitglieds resultieren, werden nicht selten unterschätzt. Auch die Organisation gesellschaftlicher, rechtlicher und finanzieller Unterstützungsangebote gestaltet sich oftmals als schwierig für Menschen, die vorher kaum oder nie Kontakte zu den entsprechenden Behörden, Dienststellen und Einrichtungen hergestellt haben. Dazu gehört auch die Kontaktaufnahme zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) und das damit verbundene Einstufungsverfahren nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Hierzu gibt die Alzheimer-Gesellschaft den Angehörigen wichtige Hinweise, ein Hilfsangebot, das auch von der professionellen Pflege angeboten werden sollte. Nicht selten werden die pflegenden Angehörigen bereits durch den somatischen Versorgungsbedarf des Erkrankten bis an die Grenzen ihrer Ressourcen und Belastbarkeit gefordert. Weit darüber hinaus gehen Belastungen, die der psychologische Pflegebedarf der dementiell Erkrankten mit sich bringt. Dazu gehören insbesondere die Weglauftendenzen, sowie die emotionale Instabilität mit möglichen Aggressionen der Erkrankten. Erschöpfungszustände, oft auch begleitet von Schuldgefühlen, sind die Folge (vgl. Wilz u. a. 1998). Hinzu kommt, dass die betroffenen Angehörigen zumeist allein, d. h. ohne ein Team wie es z. B. im professionellen Pflegebereich der Fall ist, stehen. Oftmals hängt die ganze Belastung an einer Person; Isolation und Ausgeschlossenheit kommen dazu, da sich die Umwelt nicht selten zurückzieht oder kaum Unterstützung anbietet (vgl. Blom & Duijnste 1999). Lebenskonzepte müssen überdacht werden, da die notwendige ständige Präsenz der Pflegeperson die Lebensgestaltung maßgeblich einschränkt. Aus diesem Problemkomplex können weitere Belastungen resultieren z. B. Partnerschaftsprobleme bei pflegenden Töchtern. Vielfach wird die Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Gepflegtem zur Ursache weiterer Belastungen, denn in einer solchen Pflegesituation können „Altlasten“ zum Tragen kommen. Kritische Beziehungsaspekte aus der Vergangenheit werden erneut aktiviert und können das gegenwärtige Verhältnis zum Erkrankten mitbestimmen. Diese Situation kann zum Auslöser von Schuldgefühlen werden. Auch der sich vollziehende Rollentausch (Kinder als die „Stärkeren“, Eltern als Abhängige) und die veränderte Art der Kommunikation stellen Probleme dar, die dem Beziehungsaspekt eine eigene Dynamik geben (Kessmann 1990). Die Beziehung zu anderen nahestehenden Verwandten (Geschwister etc.) wird u. U. auch belastet, weil sich diverse Erwartungshaltungen und auch Konkurrenzsituationen entwickeln können. Die Erwartungen von Seiten der Umwelt wurden von der Arbeitsgruppe als ambivalent beschrieben: einerseits wird die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege erwartet und mit Anerkennung belegt („...“, dass Du das so kannst, ich könnte das nicht...“), andererseits aber auch mit Unverständnis („Warum opferst Du dich auf?“). Fehlende Anerkennung (auch durch den Gepflegten selber) wurde aber als die weiter verbreitete Reaktion dargestellt.

Die durch den Pflegebedarf eingeforderten Pflegeleistungen und die steigende Abhängigkeit des Erkrankten ist mit Schwierigkeit verbunden, den geliebten Menschen loszulassen, was nach Einschätzung der Arbeitsgruppe zumeist sehr schwer fällt. Das „Loslassen“ bezieht sich zum einen auf bisherige Kommunikationsgewohnheiten mit dem Pflegebedürftigen, als auch auf das Abschiednehmen, bezogen auf den herannahenden Tod (der „geistige und körperliche Abbau“ der vertrauten Person ist ständig präsent). Zum anderen wird auch ein Loslassen der eigenen Lebenspläne (zumindest für einige Zeit) erforderlich, da die negative Prognose der Erkrankung mit einem steigenden Pflegebedarf korreliert.

Zusammenfassend lässt sich nach Erfahrung der Gruppenmitglieder feststellen, dass die Pflege von dementiell Erkrankten als (zumeist) sehr komplexes mit einer eigendynamischen Problematik versehenes Geschehen darstellt.

Die Zielsetzung in der Beratung

Die Zielsetzung von Anleitung und Beratung wurde darin gesehen, die Lebensqualität der Pflegenden und der Pflegebedürftigen wie auch deren Ressourcen zu unterstützen. Dazu gehört speziell auch, das aktuelle Bezugssystem (z. B. Familie, Freundeskreis, etc.) durch den Aufbau bzw. die Förderung von sozialen Netzwerken zu stützen (Werner 1996). Anleitung und Beratung sollen ebenfalls dazu dienen, die notwendige Kontinuität der Pflege bei wachsendem Pflegebedarf sicherzustellen und die Pflege in häuslicher Umgebung möglichst zu erhalten. Deshalb ist die Zielsetzung der Beratung vor allem die Prävention, die sich einerseits auf die Vermittlung konkreter Pflegekompetenzen ausrichten sollte, andererseits auf den Gesundheitsstatus der pflegenden Angehörigen.

Gestaltung der Beratungssituation

Die Gestaltung einer Beratung wurde folgendermaßen skizziert: Die Aufgaben einer Beratung bestehen darin, sich als Beratende(r) zunächst Informationen über die Situation des Ratsuchenden einzuholen, um den Beratungsbedarf genau abschätzen zu können, damit die Beratung wirklich individuell und bedarfsorientiert ausfällt. In diesem Zusammenhang wurde ganz deutlich betont, dass eine Beratung einen Beratenden und einen Ratsuchenden voraussetzt, d. h. Beratung immer auf konkrete Nachfrage erfolgt. Es sollte ein geeigneter Rahmen für das Beratungsgespräch gewählt werden (entsprechende Umgebung, zum entsprechenden „richtigen“ Zeitpunkt).

Die Beratung selbst besteht darin, Informationen und Entscheidungen zu erleichtern oder zu ermöglichen. Der Prozess der Beratung stellt sich für die Arbeitsgruppe folgendermaßen dar: Anfänglich muss sich die Zielsetzung der Beratung am Beratungsanlass ausrichten, die mit dem o. g. Einholen von Informationen verbunden ist. Daran anschließend muss das Beratungsangebot eröffnet werden – hier kommt es wirklich auf den Angebotscharakter an, d. h. die Entscheidungsfreiheit des Ratsuchenden muss erhalten bleiben und von der beratenden Person akzeptiert werden. Das bedeutet, die Wertschätzung der ratsuchenden Person muss auch dann erhalten bleiben, wenn der Rat/das Hilfeangebot nicht angenommen wird. Nur so kann das notwendige (wechselseitige) Vertrauen wachsen und bestehen bleiben. Eine andere wichtige Anforderung an die beratende Person zur Förderung dieses Vertrauens ist ihre Verlässlichkeit der Beziehungsgestaltung und Überprüfbarkeit des Beratungsangebotes. Darüber hinaus muss sie den Ratsuchenden Sicherheit vermitteln. Nach Wilz u. a. (1998, S. 23) stehen nicht selten folgende Beratungsthemen im Vordergrund:

- „biografische Aspekte,
- Informationsvermittlung zur Demenz,
- Themen der Sozialarbeit, medizinisch pflegerische Themen,
- Möglichkeiten des Umgangs mit verwirrtem Verhalten,
- die Bedürfnisse der Pflegenden stärken, Abstand von der Pflege gewinnen,
- Bearbeitung von Schuldgefühlen,
- soziale Isolierung/Unterstützung,
- Probleme mit Tagesbetreuung/Heim,
- Veränderung in der Beziehung zum Kranken,
- Verlusterleben/Trauer.“

Die Ausarbeitung zu den Beratungsmethoden konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr erfolgen.

Literatur

Bickel, H. (1992). Epidemiologie. In: H. Gutzmann (Hrsg.). Der dementielle Patient. Bern: Hans Huber.

Blom, M., Duijnste, M. (1999). Wie soll ich das nur aushalten? Bern: Hans Huber.

Helmchen, H. u. a. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. S. 185-220. Berlin: Akademie Verlag.

Kessmann, E. (1990). Wenn Eltern Kinder werden und dennoch Eltern bleiben. Bern: Hans Huber.

Werner, B. (1996). Demenz. Weinheim und München: Juventa.

Wilz, G., Schumacher, J., Machold, C., Gunzelmann, Th., Adler, C. (1998) Angehörigenberatung bei Demenz-Erfahrungen der LEIZIGER Studie-. In: A. Kruse (Hrsg.). Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Interventionen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 16.

Autorinnen:

Dr. Barbara Knigge-Demal

Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik

Heidrun Tiemeyer

Krankenschwester, Studentin an der Fachhochschule Bielefeld

Arbeitsgruppe 4: Eine Unterrichtsreihe zum Thema planen

Annette Rustemeier-Holtwick

Einleitung

Die Unterrichtsreihe „Pflege von Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung“ ist im Rahmen der Entwicklung unseres Curriculum für die Ausbildung in der Altenpflege entstanden, welches wir seit 1996 im Fachseminar für Altenpflege der Johanniterschule Münster entwickeln. Unsere curriculare Struktur basiert auf einem situations- und qualifikationsorientierten Ansatz (vgl. Hundeborn/Knigge-Demal 1999; Knigge-Demal 1998). Die Unterrichtsreihe „Pflege von Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung“ ist ein Beispiel für eine fächerübergreifende und themenorientierte Unterrichtung der Ausbildungsinhalte.

Vorstellung der Unterrichtseinheit „Die Pflege eines Menschen mit Verlust der Erinnerung und Orientierung“

Einbettung der Unterrichtsreihe in den gesetzlichen und curricularen Rahmen

Die Gestaltung der Unterrichtsreihe zum Thema „Die Pflege eines Menschen mit Verlust der Erinnerung und Orientierung“ orientiert sich an dem „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege“ (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 19. Juni 1994 sowie die „Verordnung über die Ausbildung und Prüfung in der Altenpflege“ (APO-Altenpflege) vom 28. September 1994. Weitere Empfehlungen zu dem Thema der Unterrichtsreihe sind in dem Papier zur „Neuordnung der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen“ (1995) für die Fächer Rechtskunde, Soziale Prävention/Rehabilitation, Anatomie/ Physiologie, Gerontopsychiatrie/ Neurologie und Altenkrankenpflege ausgeführt.

Die beschriebene Unterrichtsreihe „Die Pflege eines Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung“ wird im zweiten Ausbildungsjahr durchgeführt. Sie erfolgt nach der berufspraktischen Ausbildung in der ambulanten Pflege und dient der Vorbereitung der berufspraktischen Ausbildung in der gerontopsychiatrischen Pflege. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen absolvieren ihre berufspraktische Ausbildung zeitgleich in einen Handlungsfeld (Stationäre Altenhilfe, ambulante Pflege, gerontopsychiatrische Pflege, geriatrische Pflege).

Kompetenzen, die u. a. für die Pflege von Menschen mit Verlust der Erinnerung und Orientierung zu erwerben sind

- die Fähigkeit, eine pflegerische Beziehung zum verwirrten Menschen aufzubauen.
Diese Fähigkeit ist gekennzeichnet durch einführendes Wahrnehmen der aktuellen Lebenssituation der Betroffenen und damit durch das Verstehen von Ängsten, Unsicherheiten, Verzweiflung und Aggression der Betroffenen. Dabei gilt es, die eigenen Bedürfnisse und Grenzen bewusst zu erleben sowie als Pflegende die Verantwortung für die Pflegesituation zu übernehmen.
- die Fähigkeit, sich sensibel auf den Gesprächspartner einzustellen:
Diese Fähigkeit umfasst die verbale und non-verbale Kommunikation und beinhaltet die Anwendung beruflicher Methoden, wie z. B. der Validation.
- die Fähigkeit, die Pflege an dem tatsächlich vorfindbaren Bedarf auszurichten (Pflegeprozess),
- die Fähigkeit zur Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger.

Vorstellung der Lerngruppe

Der Kurs 2000 – „Mit uns die Zukunft“ absolviert die Ausbildung in der Altenpflege von April 1997 bis März 2000 am Fachseminar für Altenpflege der Johannerschule Münster. Die Kursbezeichnung Kurs 2000 - „Mit uns in die Zukunft“ wurde von der Gruppe selber ausgewählt.

Es handelt sich bei dem Kurs um eine in Bezug auf Alter, Schulbildung, Berufsabschluss und pflegerische Vorerfahrung heterogene Gruppe von 18 Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Zu der Gruppe gehören 3 Männer und 15 Frauen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren. 2 TeilnehmerInnen haben Abitur, 12 verfügen über die Fachoberschulreife und 4 über einen Hauptschulabschluss. 12 Teilnehmer haben vor dieser Ausbildung eine andere Ausbildung bzw. ein Studium begonnen oder abgeschlossen. Pflegerische Vorerfahrung haben 12 TeilnehmerInnen.

Die Zielsetzung der Unterrichtsreihe

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen:

- reflektieren die Bedeutung von Orientierung und Erinnerung im eigenen Leben,
- kennen die Symptomatik, Ätiologie, Pathophysiologie und Therapie der dementiellen Erkrankung (und verfügen über Grundlagenkenntnisse im Bereich von Anatomie und Physiologie),

- nähern sich gedanklich „ein Stück weit“ der Lebenssituation dementiell Erkrankter und ihrer Angehörigen an und versuchen, das Erleben der Betroffenen zu verstehen,
- leiten aus ihren Kenntnissen Hilfsangebote für dementiell erkrankte Menschen ab und reflektieren die Bedeutung eines würdevollen und sensiblen Umgangs,
- erkennen die Bedeutung einer validierenden Gesprächsführung und üben Grundlagen ein,
- erkennen die Bedeutung der sinnlichen Wahrnehmung für den dementiell Erkrankten und sind in der Lage, sinnliche Eindrücke im Sinne eines ganzheitlichen Realitätsorientierungstrainings nutzbar zu machen,
- reflektieren die Auswirkungen der dementiellen Erkrankung für die pflegenden Angehörigen und können daraus mögliche Hilfen für die Angehörigen ableiten,
- bewerten das Betreuungsrecht vor dem Hintergrund seiner Möglichkeiten, einerseits die Ressourcen der Betroffenen zu nutzen und andererseits Sicherheit zu bieten,
- reflektieren die Bedeutung der freiheitsentziehenden Maßnahmen vor dem Hintergrund der Menschenwürde als Grundrecht,
- bewerten Konzepte (geronto-)psychiatrischer Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund der Unterstützung dementiell Erkrankter und deren Angehörigen.

Struktur der Unterrichtsreihe

Die einzelnen Themenschwerpunkte der Unterrichtreihe wurden in naher zeitlicher Abfolge unterrichtet. Es fanden enge Absprachen zwischen den beteiligten Fachgebieten statt, so dass Bezüge zwischen den Themenschwerpunkten hergestellt werden konnten.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Themenschwerpunkte, die beteiligten Fachgebiete/Fächer und die Verteilung der Unterrichtsstunden dargestellt.

Themenschwerpunkte	Fachgebiete/Fächer	Stunden
Die Lebenssituation eines Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung – „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten“	Soziale Gerontologie Lebensgestaltung im Alter	8 Stunden
Das zentrale Nervensystem	Anatomie/ Physiologie	8 Stunden
Hirngewebserkrankungen am Beispiel dementieller Erkrankungen	Gerontopsychiatrie	8 Stunden
Menschenwürde als Grundrecht Das Betreuungsrecht	Rechtskunde	12 Stunden
Angehörigenarbeit in der gerontopsychiatrischen Pflege am Beispiel der Situation Angehöriger dementiell Erkrankter	Soziale Gerontologie Lebensgestaltung im Alter	4 Stunden
Konzepte im Umgang mit dementiell Erkrankten am Beispiel der Validation und dem ganzheitlichen Realitätsorientierungstraining	Kommunikation/ Gesprächsführung Prävention/ Rehabilitation	10 Stunden
Konzepte (geronto-) psychiatrischer Einrichtungen zur Unterstützung dementiell Erkrankter und deren Angehörigen	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Diensten und Einrichtungen	6 Stunden
Die Pflege und Betreuung eines dementiell erkrankten Menschen und die Anleitung seiner Angehörigen	Altenkrankenpflege	8 Stunden

Verlaufsplan der Unterrichtseinheiten „Die Lebenssituation eines Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung“ sowie „Hirngewebserkrankungen am Beispiel dementieller Erkrankungen“

Unterrichtseinheit „Die Lebenssituation eines Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung“¹

Zielsetzung des Themenschwerpunktes	Inhaltliche Struktur	Methodisch-didaktische Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> Die TN reflektieren die eigene Bedeutung von Orientierung, Erinnerung und Leben aus der Biographie 	<p>Erarbeitung der Bedeutung von Orientierung und Erinnerung anhand folgender Leitfragen zur eigenen Lebensgeschichte:</p> <p>„Wer bin ich?“ „Was verbindet/ unterscheidet mich von anderen Personen?“ „Wo lebe ich?“ „Wo ist mein Zuhause?“ „Wie ist mein Zuhause gestaltet?“ „Mit wem lebe ich?“ „Wie erlebe ich mich in verschiedenen Situationen (Trauer, Freude, Angst, Einstellen auf neue Situationen)?“ „Wie erlebe ich den Tages- und Nachtrhythmus und die Tagesgestaltung?“ „Wie handele ich in unterschiedlichen Situationen?“ Welche Bedeutung haben Erinnerungen für mich heute?“ „Welche Situationen haben meine Lebensgeschichte geprägt?“</p>	<ul style="list-style-type: none"> Einzelarbeit zu gezielten Leitfragen Biographische Lebenskurve
<ul style="list-style-type: none"> Die TN lernen lernen die Symptomatik einer dementiellen Erkrankung kennen Die TN vollziehen nach, welche Bedeutung der Verlust dieser Fähigkeiten für die Betroffenen haben könnte 	<p>Ableiten der Symptome der dementiellen Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> Erinnerungsprobleme, Schwierigkeiten in Routineaufgaben, Sprachprobleme, Probleme bei rationalem/abstraktem Denken, konfuse Zerstreuung, Stimmungs- und Verhaltensschwankungen, Veränderungen der Persönlichkeit Antriebslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Fernsehfilm: Langsamer Abschied, Reportage von Elisabeth Montet und Uwe Pohlig über Alzheimer, ARD, 10. Juli 1997, 45 Minuten

¹ siehe hierzu auch: Monika Klau-Fischer, Annette Rustemeier-Holtwick, Rita Schulze Dalhoff, Einheit „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten...“ Die Lebenssituation eines Menschen mit Verlust der Orientierung und Erinnerung, In: Ralf Sick (Hrsg.) (1999). Johanniter Bildungswerk, Konzept „Häusliche Pflege für pflegende Angehörige“, Hannover.

Zielsetzung des Themenschwerpunktes	Inhaltliche Struktur	Methodisch-didaktische Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> Die TN versetzen sich in die Lebenssituation dementiell Erkrankter und empfinden das mögliche Erleben der betroffenen Menschen nach. 	<p>Beschreiben des Erlebens der Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückzug, Depression Wut Scham Unsicherheit, Fremdheit, Heimatlosigkeit, Deprivation Mangelndes „Ernst-genommen-sein“ Negative Rollenzuweisung, Stigmatisierung Später geringes, fehlendes Krankheitserleben 	<ul style="list-style-type: none"> Gelenktes Gespräch Bezug zum Fernsehfilm: s. o. Berichte aus der Pflegepraxis
<ul style="list-style-type: none"> Die TN reflektieren Hilfen im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen Die TN verstehen die Bedeutung eines würdevollen und sensiblen Umgangs. 	<p>Benennen von Hilfen für dementiell Erkrankte</p> <ul style="list-style-type: none"> der einfühlsame Umgang mit den Defiziten des dementiell Erkrankten Erhalt des Selbstwertgefühls: Restfähigkeiten herausfinden, Verständnis hilft, richtig zu reagieren Orientierungshilfen bei räumlicher Desorientierung zur eigenen Person/ im Umgang mit dem eigenen Körper Hilfen bei motorischen Störungen Gesprächsführung (Einheit zur Validation) Kommunikation und Beziehung 	<ul style="list-style-type: none"> Literatur: (siehe auch Literaturliste im Anhang) Rosmarin Drenhaus-Wagner, Hilfen im Umgang mit dementiellen Menschen, in: Stoffsammlung zur Vortragsreihe über die Betreuung und Pflege Alzheimer-Krankter, Berlin 1996 Besuch eines Mitarbeiters aus dem Bereich Pflege einer gerontopsychiatrischen Einrichtung in Münster

Themenschwerpunkt: Hirngewebserkrankungen am Beispiel dementieller Erkrankungen

Zielsetzung des Themenschwerpunktes	Inhaltliche Struktur	Methodisch-didaktische Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> Die TN differenzieren zwischen „normalem“ und pathologischem Hirnaltern; Die TN erkennen, dass Alter(n) nicht mit kognitivem Abbau gleichzusetzen ist. 	<p>Charakterisierung des „normalen“ Hirnalterns:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Atrophie des Gehirns, Nervenzellverlust); <p>Krankhaftes Hirnaltern im Rahmen einer Demenz-vom-Alzheimer-Typ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amyloidablagerungen, verringerte Synapsenzahl... 	<ul style="list-style-type: none"> Vortrag: Anknüpfen an vorhandene anatomische Kenntnisse
<p>Die TN erkennen die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung dementieller Erkrankungen.</p>	<p>Rahmenbedingungen: Häufigkeit von Demenzerkrankungen;</p> <ul style="list-style-type: none"> Zunahme dieser Krankheitsbilder in Abhängigkeit vom Lebensalter; Demographische Veränderungen durch eine steigende Lebenserwartung 	<ul style="list-style-type: none"> Kopien, Schaubilder, Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> Die TN können den Oberbegriff Demenz differenzieren und die häufigsten Demenzformen beschreiben. 	<p>Differenzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demenz = „de mens“ = Abwesenheit der Gedanken, des Verstandes, der Hirnleistungen; Primäre und sekundäre Demenzen; Kortikale und subkortikale Demenzen; Demenz-vom-Alzheimer-Typ; Multi-Infarkt-Demenz, Jacob-Creutzfeld, Chorea Huntington, Morbus Pick, Alkoholdemenz. 	<ul style="list-style-type: none"> Vortrag, Einbeziehung vorhandenen Wissens (theoretischer und/oder praktischer Art)
<ul style="list-style-type: none"> Die TN wissen um einen typischen Krankheitsverlauf einer Demenz-vom-Alzheimer-Typ und können dieses Wissen als Wahrnehmungsschema im Berufsalltag integrieren. 	<p>Darstellung der 3 Phasen mit ausführlicher Beschreibung der jeweiligen Symptomatik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fallbeispiele und Gruppenarbeit und anschließende Diskussion

Zielsetzung des Themenschwerpunktes	Inhaltliche Struktur	Methodisch-didaktische Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> • Die TN können einschätzen, dass es zur Entstehung einer Demenz-vom-Alzheimer-Typ Hypothesen und viele einzelne Erkenntnisse gibt. • Die TN können mit der Unsicherheit umgehen, daß es bezüglich der Ursachen noch viele Fragezeichen gibt. 	<p>Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • genetische Hypothese, • Infektionshypothese, • traumatische Hypothese, • Demenz-vom-Alzheimer-Typ als Autoimmunerkrankung, • psychosoziale Einflüsse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vortrag
<ul style="list-style-type: none"> • Die TN kennen die wichtigsten medikamentösen Therapien. 	<p>Therapien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kausale medikamentöse Therapie, • Symptomatische medikamentöse Therapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vortrag • Textarbeit
<ul style="list-style-type: none"> • Die TN können mit dem vorhandenen Hintergrundwissen sich in die Lebenswelt eines dementiell erkrankten Menschen ein Stück weit einfühlen und vor diesem Hintergrund Strategien und Verhaltenskonzepte für die Arbeit mit dieser Personengruppe entwickeln. • Die TN erkennen, dass es keine „Patentrezepte“ für die Betreuung gibt, sondern dass die jeweilige Biographie und der individuelle Einzelfall Richtschnur unseres Handelns sein müssen. 	<p>Konzepte im Umgang mit dementiell Erkrankten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realitäts-Orientierungs-Training, • Validation, • Resensibilisierung, • 10 Minuten-Aktivierung, • Umgang mit problematischen Verhaltensweisen (Aggression, Rückzug/ Resignation, Probleme mit der Verständigung/ Kommunikation, Schlafstörungen, ziellose Unruhe, Orientierungsstörungen, leben in der Vergangenheit, Krankheitsverleugnung, wirklichkeitsfremde Überzeugungen/ Personenverkennungen/ Halluzinationen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeit, • Textarbeit, • Rollenspiele, • Diskussion

Diskussionsergebnisse

Nach der Vorstellung der Unterrichtseinheit werden in der Diskussion zunächst die Umsetzungsmöglichkeiten reflektiert und die damit verbundenen Probleme der Ausbildungspraxis erörtert. Auch an der vorgestellten Unterrichtseinheit verdeutlicht sich die Bedeutung der Theorie-Praxis-Verzahnung für den Lernprozess und den Lernerfolg der Schüler und Schülerinnen. Bei den Überlegungen, wie eine Verzahnung zwischen den theoretischen und praktischen Ausbildungsanteilen gelingen könnte, verdeutlicht sich die Belastung der Kollegen und Kolleginnen in den pflegerischen Handlungsfeldern, die neben ihrem pflegerischen Auftrag einen pädagogischen Auftrag übernehmen und einen erheblichen Einfluss auf die Lernsituationen der Schüler und Schülerinnen haben, wenn auch die Gesamtverantwortung für die Qualität der Ausbildung in den Pflegeschulen angesiedelt ist. Zur besseren Theorie-Praxis-Verzahnung wurden nochmals folgende Kriterien benannt:

- Lernziele und entsprechende Lern- und Beobachtungsaufgaben müssen auch für die praktischen Lernphasen operationalisiert und mit der Praxis abgestimmt werden.
- Die praktischen Lernphasen müssen z. B. über einen Praxisbericht dokumentiert werden.
- Um den schwierigen Rahmenbedingungen der Berufspraxis Rechnung zu tragen, können auch während der Praxisphasen ziel- und themenorientierte Projektstage in der Schule eine sinnvolle Ergänzung sein, um konkrete Fragen aus dem Pflege-Alltag aufzuarbeiten.
- Der Aufbau von Schulstationen stellt eine sinnvolle Möglichkeit zur Einübung und Festigung psychomotorischer Fertigkeiten dar. Sie ermöglichen das Aufgreifen zahlreicher Lernsituationen in der Berufspraxis, so dass eine direkte Theorie-Praxis-Vernetzung gegeben ist. Darüber hinaus bewirken sie nicht selten eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Lehrenden und den Schülern/Schülerinnen wie auch zwischen den Kollegen und Kolleginnen der Pflegeschulen und der Berufspraxis (vgl. Altun & Schneider 1998, Nauerth 2000.)

Das Themengebiet „Gerontopsychiatrie und Pflege“ ist mit vielfältigen ethischen und affektiven Lernzielen verbunden die ein neues Nachdenken über die geeigneten Methoden erfordern. In diesem Zusammenhang wurde über die Wirksamkeit der Projektmethode diskutiert. Zur Anbahnung affektiver Lernziele wurden folgende Lehr- und Lernmethoden diskutiert:

- erfahrungsorientiertes Lernen, wie die „Biografische Lebenskurve“,
- Rollenspiele und szenisches Spiel,
- erweiterte Rollenspiele mit Simulationspatienten (mit geschulten Betroffenen) in diesem Fall z. B. mit Angehörigen,

- die Einbeziehung von selbsterhobenen Befragungs- und Beobachtungsergebnissen aus der Berufspraxis sowie
- die Einbeziehung von Experten (z. B. aus der Berufspraxis) und Selbsthilfegruppen in den Unterricht

Alle Lernprozesse sollten neben der Anbahnung berufsspezifischer Kompetenzen zum selbständigen Lernen befähigen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, Lernchancen im Berufsalltag wahrzunehmen und diese entweder direkt aufzugreifen oder als Anregung in den Unterricht einzubringen. Das erfordert allerdings einen direkten Austausch zwischen dem Lernort Schule und dem Lernort Praxis.

Literatur

Altun, A., Schneider, M. (1998). Schulstation. Dokumentation eines Modellprojektes. Berlin: Schriftenreihe des Benjamin Franklin Universitätsklinikum.

Hundenborn, G., Knigge-Demal, B. (1999). Curriculare Rahmenkonzeption. Zum Begriff von Pflegesituationen und konstitutiven Merkmalen. In: Dokumentation von Arbeitsauftrag und Zwischenbericht der Landeskommision zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Teil 5. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Knigge-Demal, B. (1999). Förderung der professionellen Beziehungsfähigkeit in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und zum Kinderkrankenpfleger. Unveröffentl. Dissertation. Universität Osnabrück, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften. Osnabrück.

Nauerth, A. (2000). Workshop-Reader zum Workshop Nr. 5. Strukturen zur Vernetzung von Pflegepraxis und Pflegeausbildung. Fachhochschule Bielefeld. Fachbereich Pflege und Gesundheit.

Autorin: Annette Rustemeier-Holtwick

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Fachseminar für Altenpflege der Johanniter-Unfallhilfe Münster

Arbeitsgruppe 5: Eine praktische Anleitung zum Thema planen

Rita Schulze-Dahlhoff

Protokoll: Ulrike Bowi

In dieser Arbeitsgruppe wurde beispielhaft die Anleitung einer Schülerin zum gerontopsychiatrischen Problem vorgestellt und diskutiert. Das Anleitungskonzept orientiert sich am Strukturmodell der praktischen Anleitung (vgl. Knigge-Demal, Rustemeier, Schönlau, Sieger 1993/1994)

Bedingungsanalyse der Schülerin Judith

Judith ist 18 Jahre alt und lebt bei ihren Eltern. Die Schülerin befindet sich am Ende des 1. Ausbildungsjahres zur Krankenschwester und absolviert während der Anleitung ein 7-wöchiges Praktikum in der Gerontopsychiatrie. Ihr Berufswunsch, Krankenpflege zu erlernen, entstand in der Klasse 11 der FOS während eines Jahrespraktikums in der Neurologie. Judith machte bislang nur positive Erfahrungen. Das Lernen fällt ihr sehr leicht.

Bei der Pflege der Patienten sind ihr folgende Grundsätze wichtig:

- sie möchte eine pflegerische Beziehung zum Patienten aufbauen können,
- sie möchte die Patienten bedingungslos akzeptieren,
- sie möchte Einfühlungsvermögen besitzen und zeigen,
- sie möchte ihr eigenes Tun reflektieren.

Judit möchte in der Anleitung bzw. in diesem Praktikum „Gerontopsychiatrie“

- den Umgang mit „Problempatienten“ (Patienten mit Aggressionen und Wahnvorstellungen) erlernen,
- etwas über die vorkommenden Krankheitsbilder erfahren,
- die Aufnahme eines Patienten kennen lernen,
- eine richterliche Anhörung erleben und
- sie wünscht sich Unterstützung bei der Praxisaufgabe

Von der Praxisanleiterin sie erwartet Ehrlichkeit, Offenheit und Ernsthaftigkeit im Umgang mit ihrer Person.

Beobachtungen der Praxisanleiterin:

- Judith ist sehr ruhig und zurückhaltend, sie wirkt verunsichert,
- sie wartet in der Regel konkrete Handlungsanweisungen ab, bevor sie handelt,
- sie ist einfühlsam im Umgang mit den Patienten,
- sie kann gut zuhören, spricht aber nur wenig mit den Patienten,

- sie berücksichtigt die Ressourcen der Pflegebedürftigen,
- sie arbeitet rückschonend,
- sie zeigt Unsicherheiten in der mündlichen Berichterstattung und der schriftlichen Dokumentation im Pflegebericht (war bislang kein Lerngegenstand),
- sie hat den Stationsablauf gut verinnerlicht und ist im Stationsteam integriert,
- sie ist nicht in der Lage Freiräume zu nutzen, weil sie Angst davor hat, Fehler zu machen.

Zwischengespräch der Praxisanleiterin mit der Schülerin

Judith möchte Patienten weder über- noch unterfordern, die fehlenden Kenntnisse bezüglich der Krankheitsbilder verunsichert sie sehr. Bei der Pflegeübergabe im Team fühlt sie sich noch überfordert. Dies trifft nicht für Übergabegespräche mit der Praxisanleiterin zu, diese gelingen ihr aufgrund des Vertrauensverhältnisses besser. Judith kann mit Kritik konstruktiv umgehen. Das Gespräch verdeutlicht den hohen Anspruch, den Judith an sich selbst stellt.

Judith hatte bislang noch keinen Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen. Sie steht noch am Beginn ihrer Krankenpflegeausbildung und hatte bisher keinen die Psychiatrie betreffenden theoretischen Unterricht. Ihr ist bei der Arbeit auf unserer Station bewusst geworden, wie wichtig der Kontakt zu den Patienten ist und dass die Wahrnehmung und Beobachtung des Patienten sowie die Dokumentation der Ergebnisse wichtige Voraussetzungen darstellen, um die Bedürfnisse bzw. Veränderungen der PatientInnen zu erkennen und adäquat darauf eingehen zu können.

Das auslösende Moment

Im auslösenden Moment soll die Praxisanleiterin die zentralen Lernerfordernisse bündeln. Zentriert werden können hierbei die Lernwünsche der Schülerinnen, der Lehranspruch der Praxisanleiterin oder auch das Lernangebot der Station.

Nach einigen Tagen der gemeinsamen Pflegearbeit und dem dargestellten Zwischengespräch hat sich der Lehranspruch der Praxisanleiterin deutlich herauskristallisiert. Dieser Lehranspruch ist in diesem Fall zugleich auch der pflegefachliche Anspruch der Station.

Das auslösende Moment bei dieser Schülerin: Einschätzung der Belastungsfähigkeiten von dementiell erkrankten Patienten. In diesem auslösenden Moment wer-

den auch Lernwünsche bzw. der Pflegeanspruch der Schülerin aufgegriffen, nämlich ein Krankheitsbild näher kennen zu lernen und die Patienten weder zu unter- noch zu überfordern.

Um entsprechend dem auslösenden Moment Lernmöglichkeiten zu eröffnen wurde einen patienten ausgewählt deren Pflegebedarf dem Lernerfordernissen der Schülerin entsprach.

Pflegebedarf von Frau V.

Biografische Daten

Frau V. ist 83 Jahre alt, sie wuchs in einer Bauernschaft nahe Münster auf. Sie heiratete einen Schneider, der im Alter von 45 Jahren in Stalingrad starb. Die Witwenzeit dürfte demnach ca. 55 Jahre betragen. Frau V. heiratete nicht wieder, den Tod ihres Mannes hat sie bis heute nicht überwunden. Sie verdiente ihren Lebensunterhalt bei der Post. Frau V. hat ca. 17 Nichten und Neffen, zu denen aber kein Kontakt besteht. Seit dem Tod des Ehemannes führte sie ein sehr einsames Leben. Am 3.3.2000 wurde sie gegen ihren Willen in ein Altenheim übersiedelt.

Vorgeschichte

Um den Jahreswechsel (1999/2000) führte ein Sturzereignis zur einer Krankenhausaufnahme der Patientin. Nach dem Ausschluss knöcherner Verletzungen wurde Frau V. in ein anderes Krankenhaus verlegt. Dort habe sie sich als „sehr unruhig“ präsentiert und auf eine Entlassung in die eigene Wohnung gedrungen. Unter dem Druck der Klinik wurde sie dann allerdings nicht nach Hause, sondern in ein Altenheim gebracht, da eine Rückkehr in die häusliche Umgebung für die Klinik schwer vorstellbar erschien.

Nach Angaben des Altenheims hat Frau V. keine eigene Kleidung außer der, die sie bei der Aufnahme trug. Es ist niemand da, der sich dafür zuständig und verantwortlich fühlt, ihre persönliche Kleidung aus ihrer noch bestehenden Wohnung zu holen.

Aufnahme in der geschlossenen Gerontopsychiatrie am 10.03.2000

Am 02.03.2000 hatte der Hausarzt Frau V. Haldol verordnet, weil sie „aggressiv“ und „schwer umgänglich“ gewesen sei. Sie habe einige Mitbewohner aus dem Rollstuhl gestoßen.

Zwischen der telefonischen Ankündigung von Frau V. und deren Eintreffen in der Klinik vergingen einige Stunden. Frau V. hatte den mit dem Transport beauftragten Taxifahrer tätlich angegriffen, so dass sie letztendlich mit einem Krankenwagen gebracht wurde.

Bei der Aufnahme zeigte Frau V. sich als „beleidigt“. Sie verstand nicht, wo man sie hingebracht hatte. Ihren Namen und ihr Geburtsdatum konnte sie exakt benennen. Danach wurden ihre Angaben verworren. Zu den Vorfällen der letzten 2 Stunden befragt, sagte sie nur, dass es ihr zuviel geworden sei und dass man sie nicht nett behandelt habe. Sie machte deutlich, dass sie nicht im Krankenhaus bleiben wolle. Die Einweisungsdiagnose lautete: „Psychische Dekompensation bei seniler Demenz“

Vorläufige Diagnose der Klinik

Die Aufnahmediagnose bei Frau V. lautete „Überforderungssituation bei mittlerer seniler Demenz mit vorbeschriebenem fremd-aggressiven Verhalten“ Nach einiger Zeit in der Abteilung stellt sich ein komplexeres Bild von der Patientin dar. Festgestellt werden konnte, dass Frau V.

- seit der Aufnahme in keinsten Weise gegenüber MitarbeiterInnen und/oder PatientInnen „aggressiv“ geworden ist.
- sich als freundlich und kontaktfreudige Person erweist, die gerne die pflegerischen Angebote annimmt,
- darunter leidet, keine persönlichen Kleidungsstücke hier zu haben, obwohl sie genügend davon besitzt,
- betroffen darüber ist, dass sie keinen Zugriff auf ihr Konto besitzt obwohl sie über eine Bankcard verfügt (sie hat die PinNr. vergessen),
- früher sehr viel gearbeitet hat, um ihren Lebensunterhalt zu sichern, langsam aber das Interesse an der Umwelt abnimmt, weil sie sich selbst nicht mehr sinnvoll beschäftigen kann,
- ernstgenommen und als Person respektiert werden möchte,
- es mag, wenn man ihr zuhört,
- die Orientierungshilfen und tagesstrukturierenden Maßnahmen der Station begrüßt, ohne die sie u. a. ihr Zimmer nicht mehr auffindet,
- häufig das Pflegepersonal verwechselt und deren Namen vergisst.

Thema der Praktischen Anleitung

Die praktische Anleitung wurde entsprechend dem Pflegebedarf der Patientin unter folgendes Thema gestellt: „Einschätzung der Belastungsfähigkeit bei einer dementiell erkrankten Patientin im Rahmen eines Beschäftigungsangebotes“

Lernziele für Schülerin Judith

Judith soll...

- im Rahmen eines dem Pflegebedarf entsprechenden Beschäftigungsangebotes zu der dementiell erkrankten Patientin eine pflegerische Beziehung aufzubauen,
- aufgrund ihrer Beobachtungen und der Gesprächsinhalte seitens der Patientin das Krankheitsbild der Demenz kennen lernen,
- Berichte der Patientin aus deren Lebensgeschichte akzeptieren, eine verständnisvolle Haltung aufrechterhalten,
- die momentane Situation der Patientin einschätzen können, sie angemessen fördern, motivieren oder ggf. unterstützen bzw. die Beschäftigung beenden,
- die vorhandenen manuellen Fertigkeiten der Patientin und deren Ressourcen erkennen und bestärken,
- auf nonverbale Signale der Patientin achten und sensibel werden für Auffälligkeiten im Verhalten oder im Gesprächsverlauf und diese im Nachgespräch reflektieren sowie auf der beschreibenden Ebene dokumentieren können,
- Selbstvertrauen gewinnen und ihre Angst vor Fehlern überwinden.

Ausgehend vom Pflegebedarf der Patientin ergaben sich während der Anleitung weitere Lernmöglichkeiten für die Schülerin, die sowohl den Ressourcen der Patientin als auch den Kompetenzen der Schülerin entsprachen.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion des Anleitungsbeispiels wurden folgende Problembereiche thematisiert:

- Umsetzung der Ziele und Lernwünsche der Schüler und Schülerinnen,
- Realisierung der Lehransprüche der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter,
- Integration dieser beiden Aspekte mit dem Lernangebot der Praxisstellen.

Die Arbeitsgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer tauschten eigene Erfahrungen, Beispiele und Probleme in Anleitungssituationen aus und diskutierten unterschiedliche Vorgehensweisen.

Literatur

Knigge-Demal, B., Rustemeier, A., Schönlau, K., Sieger, M. (1993/1994). Strukturmodell der praktischen Anleitung. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. Teil 1: Heft 3, Oktober 1993, S. 221-230; Teil 2: Heft 1, März 1994, S.33-47. Bern: Hans Huber

Autorinnen:

Rita Schulze-Dalhoff

Lehrerin für Pflegeberufe, Fachseminar für Altenpflege der Johanniter-Unfallhilfe
Münster

Dr. Ulrike Bowi

Professorin i. V. für psychologisch-sozialwissenschaftliche Grundlagen der Pflege,
Fachhochschule Bielefeld

Zusammenfassung der Ergebnisse

Konsequenzen für die Ausbildung, Perspektiven für die Zusammenarbeit mit der FH

Barbara Knigge-Demal

Mit der Zunahme des spezifischen Pflegebedarfs bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist auch die Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege hinsichtlich der erforderlichen Pflegekompetenzen angefragt. Deutlich wurde, dass sich die Altenpflegeausbildung auf diese Herausforderung eingestellt hat. Allerdings wurde sowohl für die Altenpflegeausbildung als auch für die Krankenpflegeausbildung ein Bedarf an Lerneinheiten zur Vermittlung von Beratungs- und Anleitungskompetenzen festgestellt.

Insgesamt wurden vor allem folgende Kompetenzen und Qualifikationen für die Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen als besonders bedeutsam erachtet:

- die spezifischen Ressourcen sowie den individuellen Pflege- und Unterstützungsbedarf bei den Betroffenen erheben zu können,
- einen individuellen Pflegeplan für diese Patienten- und Bewohnergruppen zu gestalten und evaluieren zu können,
- spezifischen Pflegekonzepte (wie Biografie- und Erinnerungsarbeit, Validation oder Feldenkreismethode) zu kennen, anwenden und andere darin unterrichten zu können,
- eine angemessene Wohnumgebung/Milieugestaltung sichern zu können,
- Stressbewältigungsmöglichkeiten zu kennen, diese anwenden und andere darin beraten zu können,
- die Pflegekompetenzen von Angehörigen/Bezugspersonen erheben und entsprechend der Anforderungen fördern zu können,
- Beratungsangebote für pflegende Angehörige/Bezugspersonen konzipieren, durchführen und evaluieren zu können,
- Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Bezugssysteme eröffnen zu können,
- soziale Netzwerke fördern zu können,
- aggressive Tendenzen auch bei sich selbst erkennen zu können, anderen und sich selbst entsprechend den Ursachen mögliche Bewältigungen eröffnen zu können,
- strukturelle Gewalt zu erkennen und im Diskurs mit weiteren Verantwortlichen nach Möglichkeiten zur Überwindung suchen.

Das Interesse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, an dem Themengebiet des Workshops weiterzuarbeiten, verdeutlichte sich in der abschließenden Plenumsdiskussion. Dies betrifft Themenschwerpunkte wie Biografiearbeit, Anleitung und Beratung von Angehörigen und Gewaltprävention in der Altenpflege, aber auch

spezifische Lehrmethoden, die sich eignen die o. g. Qualifikationen anzubahnen. Es wurde eine Arbeitsgruppe konstituiert, die in der nächsten Zeit gemeinsam mit der Fachhochschule die mit diesem Workshop begonnene Diskussion fortsetzen will.

Autorin: Dr. Barbara Knigge-Demal

Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik, Fachhochschule Bielefeld