

Demenz im Krankenhaus

Neues Konzept schult im Umgang mit Demenzkranken

Viele Demenzschulungen vernachlässigen den Wissenstransfer in den Arbeitsalltag. Häufig verfliegt das neu Gelernte dann ganz schnell. Eine neue Schulungsidee setzt nun auf die bessere Verknüpfung von Theorie und Praxis. Nach einer theoretischen Schulung folgen Einzeltermine, in denen die Teilnehmer der Referentin jeweils einen verwirrten Patienten vorstellen und Ideen für einen besseren Umgang entwickeln.

Fortbildungen zum Thema Demenz werden mittlerweile in vielen Kliniken und Pflegeheimen angeboten. Trotzdem ist das Wissen um den praktischen Umgang mit Menschen mit Demenz auch bei geschultem Fachpersonal häufig noch unzureichend: Ihre Defizite werden nicht erkannt und richtig kompensiert, immer noch werden Patienten mit Demenz infantilisiert, in Gesprächen und bei Handlun-



Foto: dpa

gen wegen des zu hohen Tempos der Pflegenden „abgehängt“, als Person nicht ernst genommen oder gar ausgeschimpft, wenn sie nicht kooperieren können.

Innovative Schulungsidee für Pflegekräfte

In Krankenhäusern, in denen die Gruppe der Patienten mit Demenz bei etwa zwölf Prozent liegt, kann dies fatale Folgen haben. Patienten mit Demenz, die nicht kooperieren können, belasten die Pflegenden, die Mitpatienten und nicht zuletzt – wegen ihrer häufig höheren Liegedauer – auch die Finanzen. Doch weshalb gelingt der Wissenstransfer von der Schulung in den Pflegealltag nur so schleppend? Oft klafft zwischen dem lebendigsten Seminar und dem Arbeitsalltag der Seminarteilnehmer eine große Lücke. Äußerungen wie „Ist ja alles schön und gut, aber bei uns geht so etwas nicht“ oder „Dafür haben wir leider keine Zeit“ bringen dies zum Ausdruck. Wenn sich Seminarteilnehmer aber nicht gemeint beziehungsweise gesehen fühlen, droht das neue Wissen zu versickern. Deshalb wurde im hier beschriebenen Schulungsprogramm ein neuer Weg eingeschlagen. Das Projekt startete ganz klassisch mit einer zwölfstündigen Schulung für alle Pflegekräfte einer Klinik für Akutgeriatrie. Grundlage der Schulung waren der personenzentrierte Ansatz (Kitwood 2008) und das Buch „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (Archibald 2007).

„Bedside-teaching“ erleichtert Theorie-Praxis-Transfer

Nach dem Theorieteil wurde ein Praxisteil durchgeführt, in dem das Gelernte von einzelnen Pflegekräften tatsächlich auch umgesetzt werden sollte. Beim sogenannten „Bedside-teaching“ ging es darum, die Pflegekräfte im Umgang mit Patienten mit Demenz oder Verwirrtheitszuständen im Arbeitsalltag zu unterstützen.

Es wurden Einzeltermine (je ein Termin pro Pflegekraft) durchgeführt, bei denen jeweils ein verwirrter Patient der Referentin vorgestellt wurde. Die Pflegekraft recherchierte hierfür den Fall, studierte die Akte, beschrieb das Patientenverhalten, sprach mit den Angehörigen und entwickelte schließlich eigene Ideen, wie dem Patienten der Aufenthalt in der Klinik erleichtert werden könnte.

Nach der theoretischen Fallvorstellung besuchten die Pflegekraft und die Referentin gemeinsam den Patienten im Zimmer. Die Trainerin hielt sich dabei im Hintergrund. Sie beobachtete die Interaktion zwischen Patient und Pflegekraft, bei der das zuvor in der Schulung Gelernte umgesetzt werden sollte (Abb. 1).

Anschließend gab es einen vertraulichen Austausch zwischen Referentin und Pflegekraft darüber und schließlich wurde das Team über die Ergebnisse des „Bedside-teaching“ informiert. Der Zeitaufwand lag pro Pflegekraft bei etwa einer Stunde und 15 Minuten.

Die Idee lehnt sich an das Dementia Care Mapping (DCM) von Tom Kitwood (2008) sowie Innes und Müller-Hergl (2004) an. Beim DCM werden Interaktionen zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Demenz von einem geschulten Beobachter (Mapper) beobachtet und die dabei gewonnenen Eindrücke den Pflegenden zurückgemeldet. Diese Rückmeldung stellt die Grundlage gemeinsam erarbeiteter Verbesserungen im Umgang mit den betreuten Menschen mit Demenz dar.

Das beschriebene „Bedside-teaching“ wurde in einer Abteilung für Akutgeriatrie insgesamt 28 Mal durchgeführt. Die informelle Rückmeldung war positiv. Die Pflegenden erlebten die erarbeiteten Vorschläge als praxisnah und gut umsetzbar. Ob sie brauchbar waren, ließ sich direkt feststellen, da das Team die Ideen jeweils unmittelbar bei



Abb. 1 Trainerin beobachtet Pflegekraft bei der Interaktion mit einer Patientin mit Demenz

dem besprochenen Patienten umsetzte. Die bearbeiteten Fälle ließen sich gut auf andere Konstellationen übertragen. Der Transfer der Theorie, in diesem Falle des personenzentrierten Ansatzes, gelangen gut.

Pflegende lernen, eigene Ideen umzusetzen

Im Folgenden sollen einige Beispiele verdeutlichen, welche Interventionen in der Fallarbeit entwickelt wurden.

„Hotel statt Krankenhaus“ – Die Realität des Patienten akzeptieren

Der Patient Herr L. war 77 Jahre alt, alleinstehend und von seinem Hausarzt aufgrund fortschreitender Demenz und einem häuslichen Sturz ins Krankenhaus eingewiesen worden. Er war bewusstseinsklar, aber schwer desorientiert. Bei Aufnahme wurde er gegen die Sanitäter handgreiflich, weil er glaubte, verschleppt zu werden.

Die zuständige Pflegekraft erkannte, dass Herr L., ein ehemaliger Geschäftsmann, sich zeit-

weise in einem Hotel wähnte und nutzte dies, ihm eine für ihn plausible Erklärung für seinen Aufenthalt an einem fremden Ort zu geben. Sie behauptete zwar nicht, dass die Klinik ein Hotel ist, sprach den Patienten aber in einem entsprechenden Tonfall und mit entsprechenden Formulierungen an. Sie fragte zum Beispiel beim Abräumen des Geschirrs, ob es ihm recht wäre und so weiter.

Als Herr L. einmal nachts auf den Fußboden urinierte, brachte sie am nächsten Tag mit einem dezenten Hinweis ein Schild an der Badezimmertür an: „Wir hatten bisher leider vergessen, die Toilette zu beschildern. Das haben wir nachgeholt, damit man das WC in den Zimmern leichter finden kann.“

Das Team wurde aufgefordert, den „Hotelton“ ebenfalls einzusetzen und Herrn L. nicht in seiner verzerrten Wahrnehmung zu korrigieren. Innerhalb kürzester Zeit kooperierte der Patient gut.

„Demenz oder Delir?“ – Gute Beobachtungsgabe führt zur Diagnosekorrektur

Der 89-jährige Herr S. wurde nach einer Femurfraktur, die

zweimal operiert wurde, und einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) eingewiesen. Er war verwirrt, nachts unruhig und desorientiert. Im Arztbrief stand bereits die Diagnose Demenz.

Die zuständige Pflegekraft recherchierte, ob der Patient tatsächlich eine Demenz hat. Sie führte ein ausführliches Gespräch mit dem Sohn des Patienten. Dieser gab an, dass sein Vater bis zu seinen zwei Operationen geistig völlig klar gewesen sei. Er hatte den Eindruck, dass er die Narkosen nicht gut verkräftet habe und dass unnötige Beruhigungsmittel und ein rüder Umgang der Pflegenden in der Vorklinik die Verwirrtheit noch gefördert hätten. Die Pflegekraft führte das „Persönlichkeitsprofil“ (Archibald 2007) durch und erhob vom Sohn Informationen, die halfen, Herrn S. bei der Rückgewinnung seiner Orientierung zu helfen.

Der Sohn gab unter anderem den Hinweis, dass Herr S. schreckhaft sei und man sich ihm langsam und behutsam nähern sollte. Außerdem sei ihm eine freundliche Ansprache sehr wichtig. Die Demenzdiagnose wurde widerlegt. Der Patient konnte nach Hause entlassen werden.

„Beschäftigen statt sedieren“ – Sich im Krankenhaus nützlich machen

Die 79-jährige Irene K. war aufgrund einer Exsikkose ins Krankenhaus gekommen und hatte dort eine Pneumonie entwickelt. Zur Rehabilitation kam sie nun in die Geriatrie. Wo sie war, wusste sie nicht und ihr Zimmer fand sie auch nicht allein. Bekannt war bei ihr eine vaskuläre Demenz. Sie war ruhelos, fleißig und sehr dankbar für freundliche Ansprache, leider wusste sie nichts mit sich anzufangen und saß deshalb oft ratlos im Gang.

Die zuständige Pflegekraft, eine Schülerin, erkannte ihre Not. Sie gab ihr eine Arbeitsschürze und kleine Aufträge, die Frau K.

akribisch ausführte. Einmal wischte sie sämtliche Handläufe auf der Station ab und war damit fast drei Stunden beschäftigt, ein anderes Mal befüllte sie die Wasserflaschen.

Im Gespräch erfuhr die Pflegekraft, dass Frau K. ihr Leben lang viel gearbeitet hatte, immer auf den Beinen war, aber auch gern getanzt hatte. Offenbar war Beschäftigung ihr Lebensinhalt. Die geschickte Intervention, Frau K. in die Stationsarbeiten einzubinden, war also genau das Richtige, um der Patientin ihren Aufenthalt zu erleichtern.

„Vormachen statt Erklären“ – Anleiten bei verminderter Aufmerksamkeitsleistung

Die 89-jährige Maria B. hatte bereits eine Demenz, als sie sechs Monate vor ihrer Klinik-einweisung einen Schlaganfall bekam. Sie war fortgeschritten demenzkrank, sprach kaum und wenn, dann nur einzelne Wörter oder Phrasen. Sie war auf Pflege in allen Bereichen angewiesen.

Die zuständige Pflegekraft erkannte, dass Frau B. sehr ablenkbar war und Sprache nur schlecht verstand. Deshalb machte sie ihr das vor, was sie von ihr wollte. Tatsächlich gelang es, ihr zu helfen, selbstständig zu trinken, was sie wahr-

scheinlich seit längerem schon nicht mehr gemacht hatte. Wichtig war, dass beim Vormachen kaum gesprochen wurde, da die Patientin sich dann nur auf die Pflegekraft konzentrierte und nicht auf das, was tatsächlich wichtig war (Becher), da sie ihre Aufmerksamkeit nicht mehr teilen konnte.

Individualisierte Schulung mit Erfolg

Viele Demenzschulungen in Krankenhäusern aber auch Pflegeeinrichtungen vernachlässigen den Transfer in den Arbeitsalltag der Kursteilnehmer. Damit steht und fällt aber der Nutzen jeder Schulung. Es ist unabdingbar, Ideen für einen besseren Transfer zu entwickeln und zu erproben.

Im vorliegenden Beispiel wurde ein sehr individualisiertes Arbeiten mit einzelnen Pflegekräften in ihrem direkten Arbeitsbereich umgesetzt. Im Erarbeiten hilfreicher Umgangsformen mit den jeweiligen Patienten konnte die Trainerin sicherstellen, dass die Theorie auch richtig verstanden worden war und gegebenenfalls korrigieren. Und sie konnte außerdem der Pflegekraft ihre Stärken rückmelden.

Die Pflegekräfte wurden darin unterstützt, eigene Ideen zu entwickeln und diese erhielten durch die Begleitung der Trainerin in der Übergabe noch einmal besonderes Gewicht. Die Pflegenden und das Team hatten Erfolgserlebnisse – etwas was im Umgang mit Patienten mit Demenz nicht selbstverständlich ist – und wurden motiviert, an diese Erfahrungen anzuknüpfen.

Herzlichen Dank an das Pfllegeteam des Otto-Fricke-Krankenhauses Paulinenberg GmbH, Zentrum für Geriatrie und Orthopädie in Wiesbaden/Bad Schwalbach.

Literatur:

Archibald C. Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe: Türen öffnen zum Menschen mit Demenz, Band 5, 2007

Innes A., Müller-Hergl C. Die Dementia Care Mapping Methode (DCM): Anwendung und Erfahrung mit Kidwoods personenzentriertem Ansatz. 1. Aufl. Bern: Huber 2004

Kitwood T. Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Aufl. Bern: Huber 2008

Anschrift der Verfasserin:

Cathrin Otto, Dipl.-Psychologin
Sandhasenweg 11, 65207 Wiesbaden
E-Mail: cathrin@otto-seminare.de
www.otto-seminare.de