



# *Die innere Erlebniswelt eines Menschen mit Demenz verstehen lernen*

*- Medizinische, psychische und soziale Aspekte der Demenz -*

*Schulung zum Seniorenbegleiter, 27. April 2013*

# Statistik:

- **Aktuell: 82 Millionen Menschen in Deutschland**
- **Jahr 2060: Reduzierung auf ca. 67,5 Millionen Menschen**
- **Aktuell: Durchschnittliche Lebenserwartung von Männern 75,69 Jahren und von Frauen 81,59 Jahren**
- **Jahr 2060: Durchschnittliche Lebenserwartung einer z.B. 65-jährigen wird um 5 Jahre zunehmen**
- **Aktuell: 1 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland**
- **Jahr 2050: 2,3 Mio. Demenzerkrankte erwartet**
- **Altersstruktur: Menschen zwischen 65 und 69 Jahren weniger als 2 % von Demenz betroffen, bei über 90-Jährigen über 30 % von einer Demenz betroffen**

# Die alternde Bevölkerung:

- Der Anteil der Alten und Hochbetagten in unserer Gesellschaft nimmt kontinuierlich zu
- Damit steigt auch das Risiko hilfsbedürftig und pflegebedürftig zu werden
- Bei akuten und /oder chronischen Erkrankungen besondere Gefährdung die Selbständigkeit zu verlieren
- Biologisches und zeitliches Alter können erheblich differieren
- Alter ist nicht gleich Krankheit !



[Sudbrak 2008]

# Die großen geriatrischen Probleme:

- **Immobilität**
- **Sturz**
- **Demenz**
- **Depression**
- **Inkontinenz**
- **Mangelernährung**
- **Chronische Wunden**

[Sudbrak 2008]

# Welche „Befunde“ haben alte Patienten bei einer Krankenhausaufnahme ?

|  |       |
|--|-------|
| • Beeinträchtigte ADLs                           | 88,4% |
| • Eingeschränkte kognitive Funktionen            | 79,6% |
| • Beeinträchtigte Beinfunktion                   | 69,2% |
| • Harninkontinenz                                | 66,4% |
| • Depressivität                                  | 53,2% |
| • Eingeschränktes Hören                          | 49,6% |
| • Stürze (in den letzten 3 Mon.)                 | 44,8% |
| • Multimedikation (mehr als 5)                   | 44,8% |
| • Mangelernährung                                | 42,0% |
| • Krankenhausaufenthalte (in den letzten 3 Mon.) | 32,4% |
| • Beeinträchtigte Armfunktion                    | 29,2% |
| • Häufige Schmerzen                              | 29,2% |
| • Eingeschränktes Sehen                          | 27,6% |
| • Fehlende soziale Unterstützung                 | 26,2% |
| • Stuhlinkontinenz                               | 25,2% |

# Was leistet die Geriatrie ?

- **Standardisierte Assessmentverfahren**

- Screening nach LACHS (Probleme, Risikofaktoren)
- Sozialanamnese (Soziale Bedingungen)
- Mini-Mental-State Examination (Kognition)
- Timed Up & Go (Mobilität)
- BARTHEL-Index (Selbsthilfefähigkeit)
- Depression Scale (Emotion)

- **Interdisziplinarität**

- Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Seelsorge

- **Differenzierte Leistungserfassung**

- Geriatrische Komplexbehandlung fordert standardisiertes Assessment in den ersten 3 Tagen
- Schriftlicher wöchentl. Behandlungsplan und multiprofessionelle Teambesprechungen
- Spezielle therapeutische aktivierende Pflege
- Min. 20 Therapien a 30 Min. / 2 Therapeutengruppen

- **Kontinuierliche Zielorientierung durch Verlaufskontrollen (Barthel-Index)**

- Einstufung läßt Trend erkennen (Essen, Auf- u. Umsetzen, Sich Waschen, Toilettenbenutzung, Baden/ Duschen, Aufstehen u. Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Harn- u. Stuhlkontinenz)

# Pflegerische Herausforderungen in der Gerontopsychiatrie

Der wohl schwierigste Teil der Versorgung Demenzerkrankter besteht im Umgang mit „herausfordernden Verhaltensweisen“.

Zu diesen zählen agitierte und (auch) aggressive Verhaltensweisen ebenso wie Antriebslosigkeit, Apathie und wahnhaftes Erleben.

Die im Bereich der Pflege sich langsam vollziehende Abwendung von dem Begriff des „störenden Verhaltens“ hin zu der ursprünglich aus der Behindertenpädagogik stammenden Begrifflichkeit des „herausfordernden Verhaltens“ (Challenging Behaviour) verdeutlicht einen in der Pflege und Pflegewissenschaft stattfindenden Paradigmenwechsel.

# Was leistet gerontopsychiatrische Pflege?

- Personenzentrierter Ansatz nach KITWOOD
- Methode der Validation nach FEIL
- Integrative Validation nach RICHARDS
- Psychobiografisches Pflegemodell nach BÖHM
- Pflegekonzepte der Basalen Stimulation, „Snoezelen“, „Kinästhetik“ usw.
- Angehörigenarbeit
- Ambulante Weiterbetreuung



## **Die Rahmenempfehlungen des Bundesgesundheitsministerium 2006 zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe kann auch für den stationären Krankenhausbereich gelten:**

- **VERSTEHENDE DIAGNOSTIK**
- **ASSESSMENTINSTRUMENTE**
- **VALIDIEREN**
- **ERINNERUNGSPFLEGE**
- **BERÜHRUNG, BASALE STIMULATION, SNOEZELEN**
- **BEWEGUNGSFÖRDERUNG**
- **PFLEGERISCHES HANDELN IN AKUTEN PSYCHIATRISCHEN KRISEN VON DEMENZKRANKEN**

## VERSTEHENDE DIAGNOSTIK

Die Expertengruppe empfiehlt eine verstehende Diagnostik im Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. Ein solcher Zugang stellt die Perspektive des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Das Bemühen um ein Verstehen des Verhaltens sollte möglichst vielfältige erklärende Aspekte, die sich nicht nur auf den Demenzkranken beziehen, berücksichtigen. Es wird vorgeschlagen, hierzu ein Strukturmodell (z. B. das NDB-Modell) heranzuziehen. Der gesamte Pflegeprozess sollte in regelmäßigen Fallbesprechungen durch Bezugspersonen und soweit wie möglich unter Einbeziehung der Betroffenen konsentiert bzw. abgesprochen werden.

Need-Driven-Dementia-Compromised Behavior Model

# VERSTEHENDE DIAGNOSTIK

## Hintergrundfaktoren des NDB-Modells

- Motorik
- Gedächtnis/Merkfähigkeit
- Sprache
- Sensorische Fähigkeiten
- Demografische Variablen

## Proximalfaktoren des NDB-Modells

- Physiologische Bedürfnisse
- Psychosoziale Bedürfnisse
- Physikalische Umgebung
- Soziale Umgebung

*Beschreibung des Verhaltens*

*Verstehenshypothese zum Verhalten*

## ***Empfehlung 2: Assessmentinstrumente***

Die Expertengruppe empfiehlt den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz.

Assessmentinstrumente helfen, wichtige individuelle Beobachtungen der Betreuenden zu objektivieren und tragen somit wesentlich zu einer fundierten Grundlage verstehender Diagnostik bei.

## ***Empfehlung 2: Assessmentinstrumente***

### ***Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument (CMAI)***

Es wurde speziell zur Erfassung agitierten Verhaltens in Pflegeheimen konzipiert.

### ***•Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments (MDS/ RAI)***

Das RAI 2.0 für die Langzeitpflege (longterm-care) ist ein System zur Klientenbeurteilung und Pflegedokumentation (Garms- Homolova Vjenka et al. 2000) und wurde 1996 im Auftrag des Kuratorium Deutsche Altershilfe, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung in deutscher Sprache herausgegeben.

## ***Empfehlung 2: Assessmentinstrumente***

### **•NOSGER**

Die NOSGER will alltagsrelevante Verhaltensweisen bei psychogeriatrischen Patientinnen und Patienten erfassen.

### **•*Dementia Care Mapping (DCM)***

Grundgedanke Kitwoods bei der DCM-Entwicklung war es, die Perspektive der von einer Demenzerkrankung Betroffenen in eine qualitätsgesicherte Versorgung einzubeziehen. Das DCM-Instrument ist ausschließlich zur Beobachtung Demenzerkrankter in stationären und teilstationären Alteneinrichtungen konzipiert.

### ***Empfehlung 3: Validieren***

Die Expertengruppe empfiehlt als Basis für die Arbeit und Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten eine validierende, wertschätzende Grundhaltung. Diese ist gekennzeichnet durch Einfühlungsvermögen in die Situation der Betroffenen, einer Akzeptanz der Demenz sowie der hieraus resultierenden Lebensweisen.

Basis dieser Umgangsweise sind:

- Empathie
- Bestätigung
- Wertschätzung
- eine ganzheitliche Sicht der Person

### ***Empfehlung 4: Erinnerungspflege***

Die Expertengruppe empfiehlt, die Erinnerungspflege bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten sowohl als gezielte Aktivität, als auch als Bestandteil der Interaktion in die Betreuung zu integrieren.

Das Erinnern lebensgeschichtlicher Ereignisse und gelebter Beziehungen stärkt die Identität und das soziale Zugehörigkeitsgefühl.



## ***Empfehlung 4: Erinnerungspflege***

### ***Grenzen und Potentiale***

Für die Erinnerungspflege sind folgende Aspekte zu beachten:

- Einige Menschen erinnern sich nicht gerne und haben kein Interesse an der Vergangenheit – dieses gilt es zu respektieren.
- Die Auswahl der Erinnerungsthemen (primär nicht konfliktreich) orientiert sich an den Teilnehmer/innen und am Ziel, positive Gefühle zu erzeugen.
- Erinnerungen können über sinnlich-wahrnehmbare Zugänge gefördert werden: Gegenstände, Erinnerungsstücke, Fotos, Bilder, Film, Musik, Bücher, Materialien (Naturmaterialien wie Gras, Schnee, Laub usw. oder Stoffe, Knöpfe etc.).

## ***Empfehlung 4: Erinnerungspflege***

### ***Grenzen und Potentiale***

Für die Erinnerungspflege sind folgende Aspekte zu beachten:

- Bei Erinnerungsaktivitäten kann die Gestaltung der räumlichen Umgebung unterstützen (z. B. Erinnerungszimmer).
- Die Umsetzung von Erinnerungsaktivitäten erfolgt durch Mitarbeiter/innen, die sich sowohl ein entsprechendes Wissen zur Prozessgestaltung erworben haben, als auch Qualifikationen einbringen, die im intrapersonellen Bereich liegen.

## ***Empfehlung 4: Erinnerungspflege***

### ***Grenzen und Potentiale***

Für die Erinnerungspflege sind folgende Aspekte zu beachten:

- Beobachtungen, die bei der Aktivierung von Erinnerungen gemacht werden und die für weitere Beteiligte wichtige Informationen beinhalten, brauchen eine Form der Dokumentation bzw. eine Schnittstelle, die den Informationstransfer gewährleistet.
- Es ist möglich, dass bei Erinnerungsaktivierungen unbeabsichtigt negative Emotionen ausgelöst werden, die eine Depressivität oder Verzweiflung, Wut oder Ärger einleiten.
- Pflegende benötigen Handlungssicherheit und Hilfestellung, wenn die Erinnerungspflege bei Menschen mit Demenz eine Krise auslöst.

### ***Empfehlung 5: Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen***

Die Expertengruppe empfiehlt, in die pflegerische Beziehung die Anregung einzelner oder mehrerer Sinne zu integrieren und bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten behutsam und reflexiv einzusetzen.

Dies gilt sowohl für die aktuelle Situation als auch langfristig zur möglichen Prävention von herausforderndem Verhalten.

## ***Empfehlung 6: Bewegungsförderung***

Die Expertengruppe empfiehlt für Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten eine tägliche ausreichende Bewegung individuell zu formulieren und zu ermöglichen. Bewegung ist für jeden Menschen zur Gesunderhaltung wichtig.

Tendenziell zeigen Studien günstige Wirkungen von körperlicher Aktivität auf herausforderndes Verhalten.

## ***Empfehlung 7: Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen von Demenzkranken***

Die Expertengruppe empfiehlt bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in psychiatrischen Krisen durch Wahn, Panikattacken, Halluzinationen und bei aggressivem Verhalten einen wertschätzenden und akzeptierenden Umgang.

Es sollte versucht werden, das dem Verhalten zu Grunde liegende Gefühl zu thematisieren, um so von der Handlung abzulenken, ohne die Betroffenen in ihrer Realität zu korrigieren.

## ***Empfehlung 7: Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen von Demenzkranken***

Eine Bekräftigung des Wahns *sollte vermieden* werden. Des Weiteren sollten Deeskalationsstrategien im Umgang mit aggressivem Verhalten angewendet werden.

Geeignet dazu erscheinen der Expertengruppe die Leitsätze „bei entstehender Spannung und bei Gefahr“ nach Sauter (Sauter Dorothea et al. 2004). Jegliche Art der Fixierung der Betroffenen kann nur als allerletztes Mittel in Frage kommen und sollte vermieden werden.