

Trier, 05.11.2013

„Ich weiß nicht, was soll es bedeuten ...“

Vom Umgang mit Menschen mit Demenz in einem multiprofessionellen Ansatz

Entdecke die (ungenutzten) Möglichkeiten

in der Pflege und Betreuung von Menschen
mit Demenz

Stephan Kostrzewa

Institut für palliative und gerontopsychiatrische Interventionen, Mülheim an der Ruhr

st.kostrzewa@arcor.de

Um was geht es?

- Mehr qualifizierte MA und/oder mehr Qualifizierung für MA zu fordern ist die eine Seite der Medaille
- Auf der anderen Seite:
 - Es liegen noch zu viele Ressourcen brach
 - Dadurch bleiben Chancen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) ungenutzt
 - Änderung der Sicht auf MmD: „Weg vom *therapeutischen Aktionismus*, hin zu einer palliativen Haltung, die sich radikal an den Bedürfnissen des MmD orientiert“
 - Diese „Palliative Haltung“ ist eine **achtsame, suchende** und **gewährende** Haltung gegenüber den Betroffenen

Tiergestützte Therapie?
Basale Stimulation?
Körpernaher Dialogaufbau?
Basale Kommunikation?
Taktil-haptische Stimulation?

„Quatsch: Fiffy!“



Fall: Frau Kaminski (86 Jahre)



- Lebt seit 4 Wochen in einer stationären Einrichtung
- Keine biographischen Angaben durch die Angehörigen
- Findet keinen Anschluss an andere Bewohner, nimmt an keinen Gruppenangeboten teil, Unruhe stört andere Bewohner
- Diagnosen: **Alzheimer Demenz, Herzinsuffizienz rechts, Coxarthrose beidseits, Hyperthyreose, Diabetes mellitus Typ II, chronische Niereninsuffizienz, Eisenmangelanämie, Beinödeme**
- Medikamente: Antidiabetika, Digitalis, Morphin, Diuretika, Eisenpräparat, Neuroleptikum, L-Thyroxin
- **Problem:** läuft stundenlang **unruhig** über den Wohnbereich, findet keinen „Ruheplatz“ für sich, **wehrt** die pflegerische Versorgung ab, **nächtliche** Unruhe, kann aufgrund eines ausgeprägten Sprachzerfall Bedürfnisse nicht verbal mitteilen, **ruft** insbesondere nachts immer wieder „Hallo“, „Mutti“ oder „Hilfe“
- Typisch Demenz?

Fragestellung/ Problemlage:



- Wie „lesen“ wir das Verhalten von Menschen mit Demenz?
- Welches Menschenbild liegt dieser Lesart zugrunde?
- Wie reagieren wir auf „herausfordernde Verhaltensweisen“?

Zwei Herangehensweisen an den Fall „Kaminski“ (Variante 1)

a) Seniorenresidenz „Blaue Lagune“:

- Verhalten ist nicht akzeptabel
- Mitbewohner fühlen sich gestört
- Verhalten wird der Demenz zugeschrieben
- Frau K. lehnt das Pflege- und Betreuungsprogramm ab
- Zuständigkeit: Neurologe
- Bezugspflegekraft oder WBL nimmt Kontakt zum Neurologen auf
- Frau Kaminski bekommt eine vermehrte Bezugspflege, Einzelbetreuung und sedierende Medikamente



Zwei Herangehensweisen an den Fall „Kaminski“ (Variante 2)



b) Haus am Buchenhain (Mönchengladbach)

- Verhalten von Frau K. ist eine Mitteilung an das Team, kein Symptom der Demenz!
- Das Team nimmt die „Herausforderung“ an
- Fallbesprechung im gesamten Team mithilfe z.B. der STI-Methode (Serial-Trail-Intervention-Methode)
- Gegebenenfalls Kontakt zum Hausarzt, wenn pflegerische Interventionen nicht ausreichend helfen

Was ist herausforderndes Verhalten?

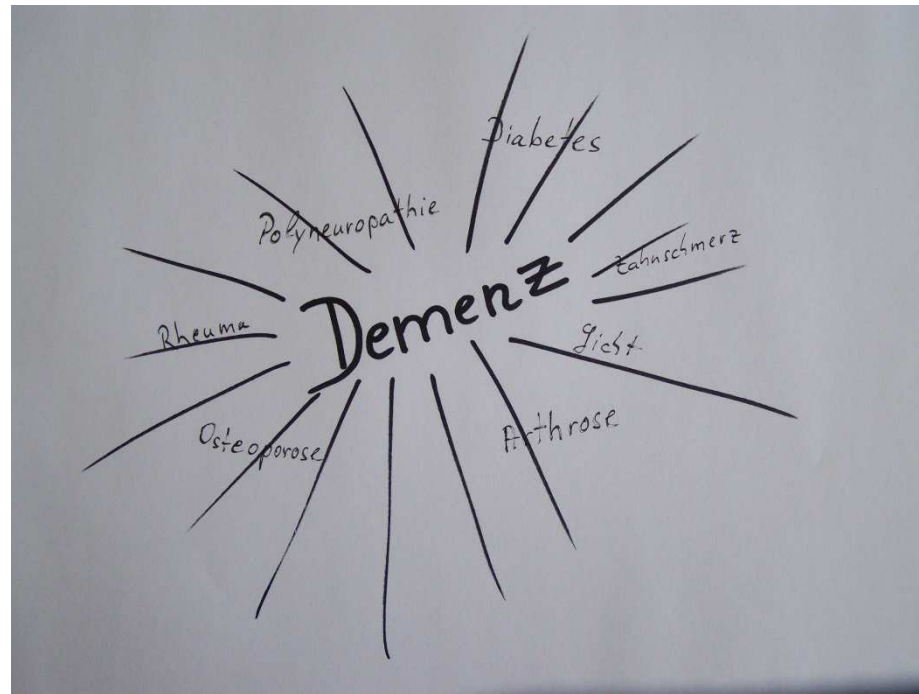
- *Subjektive Einschätzung* des Betrachters
- Meist *störende* Verhaltensweisen
- Der Betroffene macht das **nicht absichtlich**, um den Begleiter/Angehörigen zu ärgern
- Der Betroffene kann dieses Verhalten **nicht bewusst steuern** oder abstellen
- Bsp.: *ständiges Rufen; ständiges Herumlaufen; aggressives Verhalten; Ausziehen; Unruhe; sexuelle Übergriffe; ungezügelttes Essverhalten etc.*

Warum zeigen Menschen mit Demenz herausforderndes Verhalten?

- Fehlende Impulskontrolle
- **Psychische** Ursachen: Angst, Scham, Unsicherheit, Reiz-Unter- oder Überforderung, Erinnerungsimpulse etc.
- **Soziale** Ursachen: Veränderte Umgebung, neue Bezugspersonen, Lärm, Unruhe, Korrekturen, auf Defizite hinweisen, Endlosdiskussionen etc.
- **Körperliche** Ursachen: Schmerzen, Juckreiz, Übelkeit, Unruhige Beine, Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten etc.

Alte Menschen haben häufig viele Diagnosen („Palliative Landschaft“)

Liegt nun aber eine gerontopsychiatrische Diagnose vor, überstrahlt diese alle anderen Diagnosen ...



...oder wir sehen nur „dementes Verhalten“ durch unsere
Demenzbrille



Herausfordernde Verhaltensweisen bedeuten daher auch:



- „... mir geht es nicht gut!“
- „... kümmert Euch um mich!“
- „... gebt Euch Mühe herauszufinden, was mich quält!“
- „... gebt mich nicht zu schnell auf!“
- „... akzeptiert, dass ich Euch meine Not nicht anders mitteilen kann!“

Wie können wir darauf reagieren?

... mit einer guten **Palliativversorgung**



Palliative Care:

„Lindern einer fortgeschrittenen unheilbaren Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung. Ziel der Maßnahmen ist Wohlbefinden und Lebensqualität für den Betroffenen und seine Angehörigen“ (WHO)

Wie gehen wir palliativ vor?

Suchend und achtsam



In 5 Schritten (STI-Methode):

Schritt 1: Erfassung der **körperlichen** Bedürfnisse

Schritt 2: Erfassung der **psychosozialen** Bedürfnisse

Schritt 3: Einleitung von **nicht-medikamentösen** Maßnahmen

Schritt 4: Versuchsweise Gabe von z.B. **Schmerzmitteln**

Schritt 5: Beratung mit dem Arzt und versuchsweise Gabe von **Psychopharmaka**

Aber bevor Psychopharmaka gegeben werden...



... sollten Sie zuvor genau überlegen, ob der Betroffene unter seinem Verhalten **leidet** oder eher die Personen aus seinem Umfeld, z.B. Mitarbeiter! (*Alternativ: Bedarfsmedikation für Mitarbeiter?*)

„Wat is denn nu mit Frau Kaminski?“

- Team legt Assessments an zur Erhebung von Schmerzen
- Medikamentencheck über die Apotheke
- Gesamtes Team schaut sich die Genese des „herausfordernden Verhaltens“ an
- Es werden erst einmal nicht-medikamentöse palliative Maßnahmen ausprobiert

Ergebnis: Frau K. reagiert auf Maßnahmen zur Reduktion von *Juckreiz!!!*



Konsequenz:

- Herausfordernde Verhaltensweisen bei MmD betrifft das ganze Team
- Das Team sind alle Mitarbeiter, die mit dem Betroffenen zu tun haben
- Herausfordernde Verhaltensweisen sind „Mitteilungen“
- Herausfordernde Verhaltensweisen sind Herausforderungen an das ganze Team
- Die Regie für die Pflege und Betreuung hat der MmD
 - über Wohlbefindens-Äußerungen
 - über Fallarbeit (z.B. STI-Methode oder Kollegiale Beratung)
- Eine palliative Haltung nutzt allen Beteiligten – insbesondere aber dem Betroffenen
- Weniger Aktionismus ist manchmal mehr Lebensqualität
- Nur der Betroffene erteilt uns einen Auftrag für ein mögliches therapeutisches Angebot

„... wenn ich jetzt nicht entspanne,
hört sie gar nicht mehr auf!“



... ich stelle mir einfach vor, es wäre der Anfang von *ACDC* „Hells Bells“.

Thesen, Visionen und Forderungen:

- Zu viel Standesdünkel in den Einrichtungen
- Zu wenig vertikal und horizontal übergreifende Konzepte für die Pflege und Betreuung von MmD (obwohl 70% der Heimklientel)
- Der MmD hat selber kaum Regie über sein Pflege- und Betreuungsangebot
- Viele Konzepte zur Pflege und Betreuung von MmD sind von der Haltung geleitet: „*Wir wissen schon, wie man richtig alt und dement ist!*“
- Viele Konzepte der Sterbebegleitung sind von der Haltung geleitet: „*Wir wissen, wie man richtig stirbt!*“
- Anders pflegen ist daher nicht „nur“ abhängig von mehr Mitarbeitern
- Insbesondere eine verwahrende und aktivierende Pflege braucht mehr Mitarbeiter als eine Palliative Care
- Interne und externe Vernetzung findet kaum statt
- Eine gewährende Haltung schafft Entspannung und vermeidet Konflikte
- Oftmals werden Auszubildende der FSA in Bezug auf Palliative Care und Pflege von MmD am Bedarf vorbei ausgebildet

Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht!



... daher überprüfen Sie Ihr Angebot an den
Wohlbefindens Äußerungen des Betroffenen!

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Tod durch Powerpoint



Stephan Kostrzewa Institut für palliative und gerontopsychiatrische Interventionen
st.kostrzewa@arcor.de