

Menschen mit Demenz im Stationsalltag Herausforderung (in) der Praxis

Ralf Schattschneider

mit Ergebnissen aus einem Fachprojekt von
Anna Ohlerich, Rebecca Robertson, Ina Tinis, Constanze Weichert
unter der Leitung von Prof. Dr. Susanne Busch

Agenda

- 1. Menschen mit Demenz in Interaktionen**
- 2. Menschen mit Demenz in Organisationen**
- 3. Beobachtungen in einem Akutkrankenhaus**
- 4. Wie weiter damit?**

1. Menschen mit Demenz in Interaktionen

- Patienten (ohne kognitive Veränderungen) handeln (mehr oder weniger) erwartbar
- Damit zusammenhängende Interaktionen stabilisieren sich durch Erwartungs-Erwartungen (vgl. Luhmann 1984: 148 ff)
- Menschen mit Demenz (MmD) können darauf nicht mehr oder nur eingeschränkt eingehen
- Entsprechende Desorientierungen können nicht gegenüber den dementiellen Patienten kommuniziert werden – damit sind „alltagsübliche“ (Konflikt-) Lösungen nicht möglich

2. Menschen mit Demenz in Organisationen

- Krankenhäuser sind Organisationen, in denen personenzentrierte Dienstleistungen angeboten und durchgeführt werden
- Merkmale dieser Organisationen sind u.a. (Klatetzki 2010: 10 ff.):
 - Interaktion als Kernkompetenz
 - Unbestimmte Technologien (im Umgang mit dem „Rohmaterial“ Mensch)
- Damit entsprechen Vorstellungen über standardisierte Abläufe und standardisierbare Patienten nicht der sozialen Realität
- ... das spiegelt sich in der situativen Vielfalt im Umgang mit Patienten wieder und spitzt sich bei Patienten mit Demenz zu
- Krankenhäuser, die strukturell auf die Versorgung somatischer Erkrankungen ausgelegt sind, stoßen damit an ihre Grenzen (Pinkert & Holle 2012: 728)

3. Beobachtungen in einem Akutkrankenhaus

Forschungsfrage:

Wie verhalten sich Patienten mit Demenz in typischen Situationen des Krankenhausalltags, wie wird damit umgegangen und wo liegen ggf. Stellschrauben für Veränderungen?

Methode:

Teilnehmende Beobachtung anhand vorstrukturierter Beobachtungsbögen

Beobachtungsorte:

Neurologie, internistische Station, chirurgische Station (erfahrungsgemäß Stationen mit hohem Anteil an Patienten mit Demenz)

Beobachtungszeiten:

Je Station eine Beobachtung in der Früh- und in der Spätschicht

3. Beobachtungen in einem Akutkrankenhaus

Kategorisierung der Beobachtungen:

- Körperhygiene
- Nahrungsaufnahme
- Transporte
- Therapie
- Behandlungspflege
- Ärztliche Tätigkeiten
- Umgebung-Patientenzimmer
- Kommunikation
- Positionierung

Beobachtungsbeispiel

Situationsbeschreibung:

Arztvisite durch fünf Ärzte, keine genauen Aussagen gegenüber Patient getroffen, vor dem Bett Gespräche über den Patienten

Verhalten des Patienten:

Patient wirkt sehr aufgeregt, guckt hektisch zwischen allen Ärzten hin und her, stellt viele Fragen

3. Beobachtungen in einem Akutkrankenhaus

Die wichtigsten Ergebnisse / personell:

Kommunikation

- Empathische Kommunikation sorgt für Compliance
- Lächeln, zugewandte Haltung usw. wirkt sich positiv aus vs. Mimik und Gestik häufig nicht dem Patienten zugewandt
- Zeitverzögerung und Fehlerpotential durch unzureichende Informationsweitergabe

Durchführung von Maßnahmen am Patienten

- Positive Reaktionen auf Geduld, Zeit und Zuwendung (vor allem Pflegenden*innen und Praktikant*innen)
 - Angst und Überforderung durch fehlende Ankündigung von Maßnahmen (vor allem durch Servicepersonal)
 - Unverständige Anweisungen und Erklärungen lösen Angst, Abwehr, und Aggressivität aus
-

3. Beobachtungen in einem Akutkrankenhaus

Die wichtigsten Ergebnisse / strukturell bzw. organisatorisch:

Zimmerumgebung

- Behandlungen, Maßnahmen beim Zimmernachbar führen zu Überforderungen
- Verunsicherung durch Besuch des Nachbarn
- Unpassendes wie bspw. Fernseher führt ebenso zu Überforderungen

Zimmerbelegung

- Homogene Belegung führt teilw. zu positiver Beeinflussung vs. heterogene Belegung

Einfluss von Pflegeschüler*innen und Praktikant*innen

- mehr Zeit nehmen wirkt positiv vs. Unsicherheit im Umgang führt zu Komplikationen

Aufgeteilte Verantwortungsbereiche

- Zwischen Transport und Diagnostik ohne Begleitung, verursacht Angst und Unruhe
-

4. Wie weiter damit?

- Konzeptionell stehen zahlreiche Anregungen zur Verfügung, um mit dieser vielschichtigen Problematik umzugehen (bspw. spezifischer Personalbedarf, strukturelle und räumliche Veränderungen, adäquater Umgang, Informationsmaterial usw.)
- Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist aber das Verstehen des demenzlogischen Verhaltens: Menschen mit Demenz verhalten sich kongruent zu ihren Wahrnehmungen – das ist die eigentliche Herausforderung (in) der Praxis.
- Neben strukturellen Anpassungen ließe sich im personellen Umgang Erfahrungswissen aufbauen: Täglich wird mit Patienten mit Demenz interagiert, die Frage ist nur wie!

Quellen

Klatetzki, Th.: (2010): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. In: Klatetzki, Thomas (Hrsg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. S. 7-24. Wiesbaden: VS Verlag.

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.

Pinkert, C.; Holle , B. (2012): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Vol. 45, issue 8, S. 728-734. Heidelberg: Springer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Ralf Schattschneider

ralf.schattschneider@haw-hamburg.de

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Competence Center Gesundheit (CCG)
Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg