

Weiterbildungsstätte der Asklepios Psychiatrie Niedersachsen GmbH

**Weiterbildung zur
Fachkraft für psychiatrische Pflege**

**Facharbeit
(gekürzte Fassung)**

**Pflegerische Gruppenangebote
in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung**

Mahdi Ghasemzadeh
Lärchenweg 7
34277 Fuldabrück

Weiterbildungslehrgang L-20
[2015 – 2017]

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2.1 Die Vorstellung der eigenen Person.....	5
2.2. Die Vorstellung des Einsatzortes: Die Station M42 im Klinikum Kassel.....	6
3. Die menschlichen Bedürfnisse	7
3.1 Die Bedürfnispyramide nach Maslow	7
3.2 Einordnung der täglichen Pflege in der Maslowschen Pyramide	7
3.3 Grundvoraussetzung für ein Aktivitäts- und Beschäftigungsangebot.....	8
4. Aktivität und Beschäftigung.....	8
4.1 Das Pflegemodell nach Krohwinkel.....	8
4.2 Ziele von Aktivitäts- und Beschäftigungsangeboten	9
5. Fallbeispiel:.....	11
6.1. Biografie-Arbeit und Lebensgeschichte.....	12
6.2 Risikofaktoren	13
7. Vorbereitung der Gerontogruppe	13
7.1 Vorstellung des Praxisprojektes im Rahmen meiner Facharbeit im Team und Vorbereitung der realen Durchführung.....	13
7.2 Organisationsabsprache mit der Stationsleitung:	14
7.3 Materialien	15
7.4 Meine Rolle als Gruppenleiter	16
8. Methoden.....	16
8.1 Einzel-und Gruppentherapie	16
8.1.2 offene und geschlossene Gruppe?.....	17
8.2 Allgemeine Erfahrungswerte und Probleme bei der Durchführung der Gerontogruppe.....	17
8.3 Beispiele eines Beschäftigungsangebotes	18
8.4 Dokumentation.....	19
9. Zusammenfassung und Schlusswort	20

1. Einleitung

Während meiner bisher fünfjährigen Tätigkeit in der Gerontopsychiatrie habe ich schon an den unterschiedlichsten Gruppenaktivitäten teilgenommen. Somit konnte ich zahlreiche konkrete Ideen und Anregungen sammeln, sowie Erfahrungen in den verschiedensten Bereichen machen. Gruppenangebote in der Geriatrie bieten Aktivität und Beschäftigung für alte Menschen mit unterschiedlichen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Einschränkungen. Das Ziel ist dabei, die verbliebenen Fähigkeiten zu erhalten und die alten Menschen zu fördern und zu aktivieren.

Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse, wie z. B. den Wunsch nach Aktivität und Beschäftigung, die auch im Alter noch befriedigt werden müssen. Im Rahmen der täglichen Behandlung in der Geriatrie bieten Aktivitäten und Beschäftigungen die Möglichkeit, körperliche und psychische Beeinträchtigungen von Patienten positiv zu beeinflussen.

Das Leben eines Menschen pendelt immer zwischen den zwei Polen Aktivität und Passivität. Für das physische und psychische Wohlbefinden ist die richtige Balance zwischen diesen Faktoren notwendig. Bei Störung dieses individuellen Gleichgewichtes fühlt sich der Mensch unwohl, niedergeschlagen und krank.¹

Auf Station M42 im Klinikum Kassel werden zahlreiche Gruppenangebote von verschiedenen Berufsgruppen des Teams durchgeführt. Es wird beispielsweise Bewegungs- und Ergotherapie für Gruppen angeboten. Es gibt Gesprächskreise und Erlebnisgruppen. Die Progressive Muskelrelaxation (PMR) kann ebenfalls in Gruppen durchgeführt werden. Außerdem gibt es auch Informationsgruppen, in denen die Patienten über die verschiedenen Krankheiten aufgeklärt werden. Diese Informationsgruppen werden von den Stationsärzten geleitet.

Die Anleitung einer sogenannten Gerontogruppe liegt im Arbeitsbereich der Pflegekräfte. Meist ergeben sich die Gruppenangebote spontan. Dabei liefern einzelne Patienten oder Pflegekräfte die Idee, die häufig an eine bestimmte Begabung oder ein besonderes Interesse geknüpft sind. Somit sind viele dieser Gruppen persönlich motiviert. Es bedarf aber trotzdem einige Energie, um diese Angebote in die Tat umzusetzen.

Meist ist eine solche Gruppenarbeit mit einer recht umfangreichen Organisation

¹ vgl. Mötzing, Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen, Urban & Fischer, Aufl.,2009, S.2

verbunden. Es muss z. B. abgeklärt werden, welche Materialien vorhanden sind. Die personelle Besetzung und die zeitliche Einbindung in die Tages- und Wochenstruktur der Station muss bei der Planung auf jeden Fall berücksichtigt werden. Wenn alle Vorgaben erfüllt sind, kann die Gruppe stattfinden.

Wurde ein Gruppenangebot erfolgreich gestartet, wird von den Mitarbeitern viel Aufmerksamkeit und Energie investiert, um das Angebot aufrecht zu erhalten. Äußere Einflüsse, wie zum Beispiel plötzlicher Personalausfall, sollten nicht zu Notfallgruppenangebote führen. Externe Konsile von Gerontogruppen Mitgliedern sollten möglichst außerhalb der Gruppenangebote terminiert werden.

Interne Störungen in der Gruppenzusammensetzung, wie zum Beispiel aufgrund von mangelhafter Motivation, müssen berücksichtigt werden. Es sei aber an dieser Stelle bemerkt, dass Gruppenangebote in sich sehr störanfällig sind.

Mein persönliches Interesse galt schon zu Anfang meiner langjährigen Tätigkeit als Pflegekraft in der Gerontopsychiatrie besonders den Menschen, die auf unserer Station von kognitiven Einschränkungen betroffen sind. Im Laufe der Jahre habe ich mir ein umfangreiches Wissen zum Erkrankungsbild Demenz und zu den pflegerischen Möglichkeiten im Umgang mit den demenzkranken Patienten angeeignet.

Es entwickelte sich die Idee, eine Gerontogruppe mit einem großen Anteil an demenzkranken Patienten in meinem Arbeitsbereich aufzubauen, obwohl die therapeutische Gruppenarbeit mit an Demenz erkrankten Menschen sehr schwer ist und ein Wagnis darstellt. Ein solches Angebot für eine Gruppe mit hohem Anteil an Demenzpatienten geht über die reinen Pflegemaßnahmen hinaus und stellt für einige Kollegen eine besondere Herausforderung dar. Es sprechen jedoch, aus meiner Sicht, einige Gründe für das Einsetzen der Gruppenangebote auf Station M42:

Die Verweildauer der Patienten beträgt auf unserer Station M42 ein paar Wochen oder Monate. In dieser Zeit gibt es vor allem für demenzkranke Patienten vom Alzheimer-Typ kaum wirksame Medikamente, um ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern.

Man kann aber versuchen den Krankheitsverlauf durch Medikamentengabe zu verzögern oder mit Hilfe der Milieuthérapie wie z.B. gezielte Tages/ Wochenangebote verringern.

Mit den Gruppenangeboten versuche ich den Menschen zu erreichen, unabhängig von den kognitiven Defiziten. Ziel ist dabei die vorhandenen Ressourcen herauszufinden,

um die gebliebenen Fähigkeiten zu nutzen und zu aktivieren. Das Selbstwertgefühl soll auf diese Weise gestärkt werden.

Der Demenzerkrankte nimmt die Welt anderes wahr und lebt in einer eigenen Welt. Aktivitätsangebote können dem Patienten eine Hilfestellung geben, um sein Leben und die Normalität aneinander anzupassen. Sind die Aktivitätsangebote in dieser Hinsicht effektiv, können bedingt durch die zunehmende Orientierungslosigkeit auftretende problematische Verhaltensweisen wie z.B. Aggressivität, Schreien, Unruhe vermieden bzw. reduziert werden.

In vielen stationären Einrichtungen steigt die Zahl der chronisch verwirrten, demenzkranken, alten Menschen, was eine große Herausforderung für uns als Pflegekräfte darstellt. Wichtig ist meines Erachtens bei unserer Arbeit mit den demenzkranken Patienten, die Bedürfnisse der alten Menschen zu erkennen und sie dabei zu unterstützen, um den Erhalt von größtmöglicher Selbstständigkeit und seiner Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten.

2.1 Die Vorstellung der eigenen Person

Ich wurde vor 48 Jahren als Sohn eines Lebensmittelhändlers in Abadan-Iran geboren. Nach meinem Abitur leistete ich zwei Jahre Militärdienst in der Iranischen Armee. Danach studierte ich an der Universität Teheran Chemie und schloss das Studium als Diplom-Chemiker ab. Im Anschluss daran unterstützte ich für 4 Jahre meine Eltern in deren Lebensmittelgroßhandel.

Seit 2000 lebe ich in Deutschland und 2001 folgte meine Heirat. Nach verschiedenen Jobs im Gastronomiebereich, habe ich mich als Altenpfleger ausbilden lassen. Direkt nach dem Examen wechselte ich auf die Station M42 Gerontopsychiatrie des Ludwig-Noll Krankenhauses Kassel.

Meine im Lebensmittelgroßhandel gesammelten Erfahrungen im Umgang mit Menschen und die kulturelle Prägung des großen Respektes vor alten Menschen, bewogen mich die Altenpflege-Ausbildung anzustreben und sind mir im Umgang mit unseren Patienten sehr hilfreich. Das theoretische und praktische Wissen, welches ich in der Fachweiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege erworben habe, machen es mir leichter, noch besser auf die Bedürfnisse und Belange unserer psychiatrisch erkrankten Patienten einzugehen.

2.2. Vorstellung des Einsatzortes: Die Station M 42 im Klinikum Kassel

Die Station M 42 ist ein Teil des Gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) im Klinikum Kassel, das aus der Tagesklinik M41, der M42 (beide in Haus M, 1. Stock) und einer Ambulanz (Haus M, UG) besteht. Als psychiatrische Station gehört M42 organisatorisch dem Ludwig-Noll-Krankenhaus an. Sie ist eine geschlossene Station und versorgt diejenigen psychiatrischen, alten Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung einen schützenden Rahmen benötigen.

Gründe hierfür sind oft Eigen- oder Fremdgefährdung durch Weglauftendenzen, aggressive Verhaltensweisen, Sturzneigung, Verwahrlosungstendenzen, sowie Schlafstörungen, die eine weitere Pflege und Versorgung zu Hause oder im Heim zumindest vorübergehend nicht mehr möglich sein lässt.

Vorrangig handelt es sich um Patienten mit fortgeschrittenen, dementiellen Syndromen, die durch einen geistigen Abbau, fast völlige Desorientierung und deshalb mit einer intensiven Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sind. Daneben werden jedoch auch Patienten, die an wahnhaften Erkrankungen, Halluzinationen, schweren Depressionen oder manischen Zuständen leiden, sowie selbstmordgefährdete Patienten aufgenommen.

Die Pflege auf Station M42 ist „aktivierend“ und ressourcenorientiert ausgerichtet. Die intensive Beziehung zwischen Patienten und Mitarbeitern wird durch Bereichspflege, Bezugspersonen-System und der Orientierung an einem Selbstständigkeitsmodell ermöglicht. Pflegerische Maßnahmen setzen demnach erst ein, wenn der Patient sich nicht mehr selbst versorgen kann. Das gerontopsychiatrische Team erfordert die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, wozu Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeuten, sowie die Klinikseelsorger zählen. Die enge Kooperation mit den Patienten und ihren Angehörigen ist für das Team selbstverständlich und trägt wesentlich zum Behandlungserfolg bei.

Die Station M42 hat 2 Einzel- und 10 Zwei-Bett-Zimmer, kann also bis zu 22 Patienten aufnehmen. Die Patienten werden oftmals als Verlegungen aus dem Ludwig Noll Krankenhaus, der Tagesklinik M 41, der Ambulanz des Hauses oder von den somatischen Stationen überwiesen. Leider sind die baulichen Voraussetzungen für eine alten/behinderte gerechte Versorgung nur sehr eingeschränkt gegeben

3. Die menschlichen Bedürfnisse

3.1 Die Bedürfnispyramide nach Maslow

Der Psychologe Abraham Maslow (1908-1970) entwickelte eine Theorie über die menschlichen Bedürfnisse. Er behauptet, dass der Mensch verschiedene Bedürfnisse hat, die zum Teil gegeneinander abgewogen werden müssen. Daraus folgt somit, dass der Mensch hin und wieder wegen eines Bedürfnisses ein anderes zurückstellt.²

Maslow bildete die im Folgenden abgebildete 5-stufige Pyramide der Bedürfnisse des Menschen.



Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow³

3.2 Einordnung der täglichen Pflege in der Maslowschen Pyramide

Die pflegerische Tätigkeit deckt die Grundbedürfnisse der Patienten, das heißt die

² vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ulrich, Thiemes Pflege, Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung, 11. Aufl. 2008, S.54

³ www.flickr.com

unterste Stufe der Bedürfnispyramide, ab. Alte Menschen sollten aber auch das Anrecht darauf haben, dass Ihre Bedürfnisse nach Sicherheit, sozialen Kontakten und Wertschätzung erfüllt werden.

3.3 Grundvoraussetzung für ein Aktivitäts- und Beschäftigungsangebot

Für die Durchführung eines Aktivitäts- und Beschäftigungsangebotes ist es wichtig, dass bei den Patienten auf Station besonders die Bedürfnisse der beiden untersten Stufen nach Maslow garantiert sind. Erst wenn die physiologischen Bedürfnisse sowie das Bedürfnis nach Sicherheit gewährleistet sind, kann dem alten Menschen Beschäftigung erfolgreich angeboten werden. Die Aktivität wird erst dann als sinnvoll und erfüllend angenommen, soweit der alte Mensch dazu in der Lage ist.

4. Aktivität und Beschäftigung

4.1 Das Pflegemodell nach Krohwinkel

„Mit einem Pflegemodell wird die professionelle Pflege in Bezug zum Menschen, seiner Umgebung, Gesundheit und Krankheit beschrieben und erklärt“⁴

In unserem Krankenhaus wird das bedürfnisorientierte Pflegemodell nach Monika Krohwinkel angewandt⁵

Wir betrachten zunächst die individuelle Biografie und die Lebenssituation eines jeden Patienten. Unter Berücksichtigung seiner persönlichen Fähigkeiten, wird der Patient dann entsprechend gefördert. Es wird für jeden Patienten ein individueller und ganzheitlicher Behandlungsplan entwickelt.

Der Pflegeplanung liegt für jeden Patienten das AEDL-Modell mit den „13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens“ zu Grunde.⁶

Das Ziel ist dabei, die Entwicklung und Erhaltung der Unabhängigkeit des Patienten, sowie daraus resultierend, das Wohlbefinden des Patienten zu erreichen und zu erhalten. Krohwinkels Modell zählt zu den sogenannten Bedürfnismodellen, welches 13 Bedürfnisse in die nachfolgend aufgeführten 4 Bereiche „Essen und Trinken“, „Pflegen

4 www.pflegewiki.de/Wiki/Pflegemodell

5 vgl. Krohwinkel, Thiemes Altenpflege, Altenpflege professionell, 2., aktualisierte Auflage, 2007, S.11.

6 vgl. Krohwinkel, Thiemes Altenpflege, Altenpflege professionell, 2., aktualisierte Auflage, 2007, S.12.

und Ausscheiden“, „Psychosoziale Integration“ und „Bewegung“ unterteilt. Krohwinkel diskutiert in ihrem Modell die Ressourcen für die Erfüllung der Bedürfnisse, sowie dabei auftretende Probleme und deren Ursachen.

Die von Krohwinkel aufgeführten 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen beeinflussen sich gegenseitig und stehen in Beziehung miteinander. Es gibt Wechselwirkungen bzw. Kettenreaktionen, die sich positiv oder auch negativ auf den Patienten auswirken können. Die Aktivitäten im Bereich der „Psychosozialen Integration“ sollten bei der Planung von Beschäftigungs- und Therapieangeboten auf jeden Fall Berücksichtigung finden. Zu diesen Aktivitäten zählen: „Kommunizieren“, „sich beschäftigen“, „soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten“ sowie „mit existenziellen Erfahrungen umgehen“.

4.2 Ziele von Aktivitäts- und Beschäftigungsangeboten

Wie bereits erwähnt, sehe ich die Gestaltung von Aktivitäts- und Beschäftigungsangeboten auf geriatrischen Stationen als eine wichtige und interessante Aufgabe für Pflegekräfte an, vor allem für langjährig in der Geriatrie tätige Kollegen und Kolleginnen.

Ich verstehe diese Art der Gruppenangebote für alte Menschen auf Station als eine gezielte Förderung der Tagesaktivitäten und Beschäftigungsmöglichkeiten. Im günstigen Fall haben diese Angebote auch einen nachhaltigen Effekt, da der Patient die mitunter individuell angepassten Aktivitäten und Beschäftigungen auch über den Krankenhausaufenthalt hinweg als sinnvolle Tagesgestaltung in seinem häuslichen Umfeld anwenden kann. Die Weiterführung der Aktivitäten zu Hause kann sogar dazu führen, dass der Patient Anerkennung bei den Angehörigen erfährt.

Verwirrte Menschen, die die Orientierung in Zeit und Raum verloren haben, verlieren auch das Vertrauen in ihre Umgebung. Mit gezielten Aktivitäten und Beschäftigungsangeboten und Strukturierung des Tagesablaufs ist es möglich, dem Menschen ein Teil des verlorengegangenen Vertrauens zurückzugeben. Die Patienten erleben dabei, dass sie nicht allein gelassen werden, erfahren Neuigkeiten, werden aber auch an Tätigkeiten von früher erinnert.

Sinn erleben ist ein Grundbedürfnis, welches je nach der persönlichen Biografie und den persönlichen Werten und Normen individuell erfahrbar ist. Der Sinn wird in Abhängigkeit der sozialen Kompetenz, der Selbsteinschätzung und des Lebenskonzeptes des Einzelnen ganz unterschiedlich erlebt.

Demenz erkrankte Menschen, zu denen einige unserer Patienten auf der gerontopsychiatrischen Station zählen, erleiden in ihrem sozialen Umfeld viele Verluste. Soziale Kontakte im Freundes- und Familienkreis werden weniger. Die an Demenz erkrankten Patienten leiden unter der Verschlechterung ihrer körperlichen und seelischen Verfassung, können oft ihre Trauer über erlittene Verluste nicht angemessen mit der Außenwelt kommunizieren.

Geriatrische Gruppenangebote können jedoch Kommunikationsebenen schaffen bzw. nutzen, um Verluste und Einbußen im Alter, sei es körperlicher Natur oder aufgrund eines Trauerfalles, zu kompensieren. Es werden neue Ziele und Interessen geweckt.

Die Angebote bieten ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe, sie gewährleisten ein soziales Erleben, auch im Hinblick darauf, sich als wertvolles Mitglied dieser Gruppe zu erleben. Neue soziale Kontakte entwickeln sich, der alte Mensch kann sich in der Gruppe austauschen und aussprechen.

Die Gruppenangebote bieten also auch die Möglichkeit, gefühlter Einsamkeit und Isolation zu entfliehen bzw. entgegenzuwirken.

Es ist entsprechend eine wichtige Aufgabe der Pflegekräfte, die Pflegebedürftigen dabei zu unterstützen, ihre sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten oder neue Kontakte zu knüpfen. Die Gruppenarbeit bietet eine gute Plattform um die psychosoziale Kompetenz aufzubauen.

Das kreative Schaffen mit den eigenen Händen stärkt das Selbstwertgefühl, Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit können auf diese Weise erhalten bleiben. Der soziale Rückzug kann durch das Gruppenangebot vermieden werden.

Tagestrukturierende Angebote sind ein wichtiger therapeutischer und pflegerischer Baustein des Pflege- und Betreuungskonzeptes auf unserer Station M42. Die Patienten erhalten viel Zeit sich zu orientieren.

Wochenstrukturierende Angebote geben dem Patienten Halt und Sicherheit, aber vor allem eine Perspektive, das heißt etwas, worauf er sich freuen kann. Durch die Routine des gleichbleibenden Wochenprogrammes wird dem an Demenz erkrankten Patienten eine Orientierung gegeben und die Wiederholung stärkt z.B. die Merkfähigkeit, kognitive Kompetenzen. Individuelle Fähigkeiten bleiben erhalten.

Letztlich sollen Gruppenangebote dazu dienen, alte Menschen aus der schmerzlichen Gegenwart bzw. Erlebens des Nichtgebrauchtwerden heraus zu lotsen. Sie sollen

anschließend das Gefühl haben „ Ich bin noch Jemand“.

Außerdem sollen Gruppenangebote auf geronto psychiatrischen Stationen dazu beitragen, das Aufkommen von Langeweile bei den Patienten zu vermeiden. Die regelmäßigen und sinnvollen Beschäftigungsangebote sollen dem Patienten das Gefühl der Wertschätzung vermitteln. Sie sollen anschließend sagen können“ Ich kann noch etwas“.

5. Das Fallbeispiel:

Frau G. ist eine 85 Jahre alte, alleinstehende Landwirtin. Bis vor kurzem wurde sie in ihrer Wohnung von einem ambulanten Pflegedienst versorgt und konnte mit Unterstützung ihrer Nachbarin zu Hause leben. Frau G. ist seit mehreren Jahren insulinpflichtige Diabetikerin Typ II- Sie ist auf eine regelmäßige Blutzuckerkontrolle und Insulingabe angewiesen. Die Patientin ist zeitweise motorisch unruhig, spricht unzusammenhängende Sätze und benötigt eine Anleitung für einfache Handlungen. Das Einnehmen der Mahlzeiten kann sie noch weitgehend selbstständig bewältigen.

Frau G. befindet sich seit mehreren Wochen auf unserer Station. Dies ist ihr erster Aufenthalt bei uns. Nach Rücksprache mit dem ambulanten Pflegedienst und der zuständigen Hausarztpraxis ist ein schon mehrjähriger, dementieller Prozess bekannt. Es handelt sich um eine Demenz des Alzheimer-Typs, wofür deutliche Hinweise im Rahmen der CT Untersuchung sprechen. Am Aufnahmetag wurde sie bei niedrigen Temperaturen in verwirrtem Zustand auf der Straße aufgefunden. Nur mit einem Nachthemd bekleidet, stand sie an einer Laterne und hielt sich daran fest.

Mit dem Verdacht auf ein Delir bei Demenz wurde die Patientin dann aus der ZNA (zentrale Notaufnahme) des Klinikum Kassel auf unsere Station M42 verlegt. Während des Aufenthaltes hier zeigte sich eine bleibende Verwirrtheit, welche insbesondere in der Nacht zu Unruhe führte. Die Patientin war auch nach mehreren Tagen nicht in der Lage ihr Zimmer auf Station wieder zu finden. Nachdem Sie einige Tage freiwillig blieb, wollte sie mehrfach die Station verlassen. Ein genaueres Ziel konnte sie nicht benennen. Es ist sicher davon auszugehen, dass die Patientin weder ihre eigenen Wohnung noch unsere Station wiederfinden würde, sodass sie bei den aktuell niedrigen Temperaturen akut eigengefährdet wäre. Bei Aufnahme in der ZNA war Frau G. beispielsweise mit 34 Grad entsprechend unterkühlt. Krankheitsbedingt kommt es darüber hinaus zu deutlichen Fehlhandlungen mit Fremdaggressivität. Am 15.11.16

schlug sie eine Pflegekraft, welche sie waschen wollte, so stark ins Gesicht, dass es zu starken Nasenbluten kam. An das Ereignis kann sich die Patientin aber nicht erinnern. Hinsichtlich der weiteren Versorgung ist nicht davon auszugehen, dass Frau G. weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben können. Um die akute Eigengefährdung abzuwenden, wird eine Unterbringung im Heim befürwortet und ein Beschluss nach § 312, § 331 Fam FG beantragt. Ein Heimplatz ist bereits in Aussicht.

6.1. Biografie-Arbeit und Lebensgeschichte

Die Pflege eines Menschen ist immer auch ein Beziehungsprozess. Um als Bezugspfleger/in ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufbauen zu können, erfolgt im ersten Schritt die Biografie-Arbeit und das Sammeln von Informationen zur Lebensgeschichte. Diese Herangehensweise hilft mir im Rahmen des Pflege-Assessment, die Patienten besser zu verstehen.

Auch im Hinblick auf Frau G. kann ich mit Hilfe der Biographie-Arbeit besser analysieren, warum sie sich in einer bestimmten Situation so und nicht anders verhält. Des Weiteren kann ich in Erfahrung bringen, wie ich den Kontakt zu ihr aufbauen und im Alltag besser unterstützen kann.

Es ist nicht immer leicht, die Biografie einer Demenz-Patientin zu klären, besonders, wenn keine Angehörigen da sind. Die Kontaktaufnahme zu der Nachbarin und den Betreuern von Frau G. hat mir zum Glück sehr beim Sammeln wichtiger Informationen für die zielgerichtete und erfolgreiche Pflege geholfen. Es gilt dabei, ihre besonderen Gewohnheiten, Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Weitere Informationen konnten beim täglichen Beobachten der Patienten gesammelt werden.

Biografie und wichtige Informationen von Frau G.:

Frau G. ist in Kassel aufgewachsen. Dort hat sie die Volksschule besucht. Bereits mit 20 Jahren hat Sie ihren Ehemann geheiratet und fortan in der Landwirtschaft des Mannes mitgearbeitet. Der Ehemann ist vor 10 Jahren verstorben. Frau G. wohnt allein. Sie hat keine Kinder. Ihr einziger Bruder ist vor 15 Jahren verstorben.

Ihre Hobbies sind Volksmusik hören, Spaziergänge in der Natur, Arbeiten mit Tieren und Kuchen backen. Sie isst gerne Süßigkeiten, besonders Schokolade.

Wenn Frau G. einmal Vertrauen zu einer Person gefasst hat, ist sie gerne in deren Gesellschaft. Sie nimmt gern und motiviert an den Aktivitäts- und

Beschäftigungsangeboten auf der Station M42 teil.

Zuhause hat Frau G. bis zum jetzigen Zeitpunkt viele Tätigkeiten z.B. die Körperpflege oder beim Erledigen von Arbeiten der Hausordnung unter Anleitung selbständig erledigt. Sie kann sich sehr schlecht darauf einlassen, dass man ihr hilft. Frau G. ist gläubig und besucht regelmäßig den Gottesdienst.

6.2 Risikofaktoren

Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Demenz aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage sind, Gefahren zu erkennen und zu beseitigen. Dies führt zu erhöhten Risikofaktoren.

Bei Frau G. kann die dementielle Erkrankung zu Mangelernährung und schlechter pflegerische Versorgung führen. Eine Übernahme der Medikamenten- und Insulingabe ist erforderlich, da die Patientin nicht in der Lage ist sich selbst zu versorgen. Es ist ihr nicht mehr möglich Situationen, die mit einer erhöhten Sturzgefahr einhergehen, korrekt einzuschätzen.

Trotzdem hat Frau G. aber auch das Anrecht auf Erfüllung ihres Grundbedürfnisses, sich in ihrem Lebensbereich sicher zu fühlen.

Meine Aufgabe als pflegende Bezugsperson besteht somit darin, Frau G. genau zu beobachten und festzustellen, ob, wann und wo ihre persönlichen Gefahrenpotenziale liegen.

7. Vorbereitung der Gerontogruppe

7.1 Vorstellung des Praxisprojektes im Rahmen meiner Facharbeit im Team und Vorbereitung der realen Durchführung

Für die Durchführung der Gerontogruppe habe ich insgesamt 3 Wochen eingeplant. Um auf mögliche Zwischenfälle aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen der Patienten reagieren zu können, musste die Gerontogruppe zu zweit, das heißt mit einem Kollegen durchgeführt werden.

Innerhalb des Zeitrahmens von 3 Wochen habe ich also, in Begleitung eines Mitarbeiters, dreimal pro Woche alternierende Gruppenangebote für jeweils 45 Minuten

angeleitet.

Meinen Wunsch, im Rahmen meiner Weiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege die Leitung einer Gerontogruppe als praktische Prüfung zu nutzen, habe ich schon früh bei der Stationsleitung vorgebracht. Sie war damit einverstanden und bereit, eine entsprechende Dienstplangestaltung zu organisieren, sofern mich das Team in diesem Vorhaben unterstützt.

Das Team auf Station M42 wurde Mitte November in einer Mitarbeiterbesprechung von meinem Projekt unterrichtet. Dabei waren mir vor allem drei Punkte wichtig:

1. das Team sollte über die Gruppenangebote informiert werden
2. es sollte deutlich gemacht werden, dass die Leitung bzw. die zeitweise Übernahme der Gerontogruppe aus meinem persönlichen Interesse heraus entstanden ist. Außerdem möchte ich klarstellen, dass die konzeptionelle Durchführung der Gerontogruppe mir persönlich als Instrument dient, um meine Erwartung an mich in Bezug auf meine professionelle Arbeit auf der Station M42 reflektieren und überprüfen zu können.

Es soll dem Team vermittelt werden, dass ich das für die Station festgelegte Konzeptes nicht in Frage stellen möchte.

3. Ich möchte das Team bitten, mich bei der Gestaltung des Projektes zu unterstützen. Eine Unterstützung wäre von jeder Pflegekraft auf Station M 42 gewünscht. Sie sollten den einzelnen Patienten genau beobachten und die anderen Mitarbeiter über sein möglicherweise verändertes Verhalten in Kenntnis setzen. Mit Hilfe detaillierter Gespräche über die Beobachtungen im Rahmen der Übergaben, sowie einer Dokumentation der Beobachtungen sollte gewährleistet sein, dass ausreichend Informationen über die einzelnen Patienten gesammelt und weiter gegeben werden, um ein sinnvolles Therapieangebot zu entwickeln.

7.2 Organisationsabsprache mit der Stationsleitung

Nach der Vorstellung meiner Ideen für die Gerontogruppe, wurde das Projekt mit der Stationsleitung diskutiert und gemeinsame Termine festgelegt. Es war dabei nicht einfach, passende Zeiträume für die Gruppenarbeit zu finden.

Geeignet haben wir uns auf eine Zeit nach dem Frühstück, vormittags zwischen 10:00-11:00 Uhr.

Im Rahmen der Besprechung war mir persönlich besonders wichtig, die Stationsleitung davon zu überzeugen, dass die Gruppenangebote immer vorher geplant und organisiert werden sollten. Außerdem sollten die Angebote immer zum fest eingeplanten Vormittagstermin stattfinden. Der geregelte Tagesablauf sollte gleichbleibend sein, so dass die Gruppenangebote keine Überforderung für den Patienten darstellen. Ich stellte heraus, dass die tägliche Wiederholung der Gruppenangebote einen wichtigen Wiedererkennungseffekt für die Demenzkranken darstellt. Auf diese Weise könne das Vertrauen vom Patienten gewonnen werden. Außerdem empfindet der Patient Vertrautes als positiv und beruhigend.

Bei der Planung haben wir darauf geachtet, dass zwischen dem Frühstück und dem Beginn der Gerontogruppe einige Zeit liegt, damit wir die Patienten körperlich und seelisch auf die Gruppenarbeit vorbereiten können. Die Pflegekraft sollte darauf achten, dass die Patienten ihre morgendliche Körperpflege erledigt haben, ausreichend gegessen und getrunken haben und sauber gekleidet sind. Toilettengänge sollten rechtzeitig gesteuert werden.

In Absprache mit der Stationsleitung haben wir festgelegt, dass die Gruppenangebote regelmäßig im Speisesaal stattfinden werden. Der Speisesaal ist groß genug für die Anzahl der teilnehmenden Patienten. Es handelt sich um einen hellen Raum mit großen Fenstern, der mit geeigneten Tischen und Stühlen ausgestattet ist. Außerdem kann man dort ungestört mit den Patienten zusammen arbeiten.

7.3 Materialien

Mit meinen Kollegen habe ich die vorhandenen Materialien für die Gruppe überprüft und den Bestand vermerkt. Viele Materialien waren in einem guten Zustand und in ausreichender Stückzahl vorhanden.

Es ist wichtig, dass die Materialien wie beispielsweise alte Gegenstände aus den 50er und 60er Jahren, Bälle und Luftballons, Bastelmaterialien, Musik, laminierte Memory- und Sprichwort-Karten, die bei der Gruppenarbeit eingesetzt werden, den Erfordernissen für eine Verbesserung der Körperwahrnehmung entsprechen, die Neugierde des kranken Menschen wecken, sowie darüber hinaus seine Aufmerksamkeit gewinnen.

An diesen Anforderungen setze ich bei der Auswahl der Materialien für die Gerontogruppe an. In Abhängigkeit der vorhandenen Materialien, wähle ich nach Interesse, Biografie des Patienten, Form und Ursache sowie Symptomatik der Krankheit der jeweiligen Patienten aus und versuche die Gruppenangebote optimal zu gestalten.

7.4 Meine Rolle als Gruppenleiter

Die Gruppenleitung sollte eine körperliche und seelische Ausgeglichenheit ausstrahlen, da die Patienten ein stark ausgeprägtes Feingefühl für persönliche Stimmungen haben und häufig die ihnen entgegengebrachte Stimmung in ihrem eigenen Verhalten wiederspiegeln.

Eine Pflegekraft kann nur dann neutral beobachten und die Wirkung der Gruppenarbeit auf die an Demenz Erkrankten wahrnehmen, wenn eine neutrale Offenheit vorliegt. Ein Gruppenleiter muss also während der Beschäftigungsstunde immer vollkommen bei seinen Patienten sein. Er sollte dabei positive Gefühle wie „du bist für mich wichtig“ als Signale an den Patienten senden.

8. Methoden

8.1 Einzel- und Gruppentherapie

Die Beschäftigungsangebote können als Einzeltherapie oder als Gruppentherapie verordnet werden.

Einzeltherapie:

Einzeltherapie ist dabei für Patienten geeignet, die aufgrund ihrer Krankheit nicht gruppenfähig sind z.B. bei Immobilität oder wenn sie das Bett nicht verlassen können/dürfen. Auch für demenzkranke Patienten mit starkem Bewegungsdrang bietet sich eine Einzeltherapie an.

Gruppentherapie:

Der Mensch ist ein Gemeinschaftswesen und sucht immer soziale Kontakte mit anderen. Gruppenangebote auf Station erfüllen zum einen diese Bedürfnisse, können dabei auch zu einer Stärkung des Selbstvertrauens führen.

Auf unserer Station M 42 befinden sich momentan sechs Patienten mit unterschiedlichen Stadien der Demenz. Bereits beim Beobachten der Patienten komme ich von dem Vorhaben ab, alle Patienten in eine gemeinsame Gruppe zu integrieren, da sich nicht alle gruppenfähig verhalten:

Eine Patientin sucht ständig Ruhe. Von Anfang an habe ich versucht, dass Frau L. an der Gruppe teilnimmt. Jeder Versuch scheiterte, da sie den Aktivitätsraum immer sofort verließ. Meines Erachtens wäre es sinnvoller, für diese Demenzkranke nach Bedarf eine Einzeltherapie zu ermöglichen.

Eine andere Patientin hatte sich ebenfalls von der Gruppe zurückgezogen, zeigte aber eine ganz andere Verhaltensweise. Sie lief ständig auf der Station umher. Für diese Patientin wären Spaziergänge oder Ausflüge besser als eine Beschäftigung in den Räumlichkeiten der Station.

Die anderen 4 Patienten haben gern an der Gruppe teilgenommen. Ich konnte sie gut in die Aktivitätsgruppe eingliedern.

8.1.2 offene oder geschlossene Gruppe?

Zum Zeitpunkt der Einführung der Gerontogruppe gab es auf der Station keinen festen Patientenstamm. Für einige Patienten standen Entlassungsvorbereitungen an, für andere wurden viele Untersuchungen geplant. Daraus hat sich für mich zwangsläufig ergeben, den Rahmen der Gruppe halboffen zu halten. Die alten Patienten, die momentan dazu in der Lage und für die Gruppe geeignet waren, wurden also mitgenommen. Es war jedoch klar, dass es öfter einen Teilnehmerwechsel geben würde. Trotzdem versuchte ich, immer einen festen Kern von Teilnehmern zu halten.

8.2 Allgemeine Erfahrungswerte und Probleme bei der Durchführung der Gerontogruppe

Die Gruppenangebote wurden überwiegend von mir als hauptverantwortlichem Initiator durchgeführt. Dabei hatte ich aber immer die Unterstützung von mindestens einem anderen Kollegen aus der Pflege.

Wenn es aus dienstplantechnischen Gründen für mich nicht möglich war, die Gruppe selbst zu betreuen, konnte ich diese Aufgabe an einen anderen Mitarbeiter delegieren

und sie wurde von diesem zuverlässig durchgeführt. Aufgrund der kalten Jahreszeit haben alle Beschäftigungen und Aktivitäten auf Station stattgefunden. Schwierig war zunächst, dass ich für die einzelnen Patienten das jeweilige Nahziel suchen musste, um ihnen die passende Beschäftigung anbieten zu können.

Außerdem war es ein Problem, die Dauer einer Therapieeinheit einzuhalten. Ich habe versucht, die Therapieeinheit nicht länger als 45 Minuten durchzuführen, obwohl es oft einige Zeit dauerte, bis die Gruppe reagierte und es deutlich zu merken war, dass alle bei der Sache waren. Bei manchen Gruppenangeboten stellte man erst am Ende der Stunde fest, dass erst jetzt die optimale Gelegenheit wäre, um anzufangen. In diesem Fall konnte ich nach einer kleinen Pause mit dieser Therapieeinheit fortfahren.

Für das Ziel, die Patienten so genau wie möglich während der Therapie beobachten zu können, war die Größe der Gruppe ausschlaggebend. Eine optimale Gruppenarbeit war entsprechend nur zu gewährleisten, wenn die Anzahl von 4-5 schwerkranken Menschen in der Gruppe nicht überschritten wurde.

Alle Patienten waren anfangs etwas unruhig, nach und nach ließen sie sich aber besser ins Gruppengefüge integrieren. In den ersten Therapiestunden habe ich mit der neuen Gruppe sehr viel mit Bewegung und Singen gearbeitet. Auf diese Weise wurde die motorische Unruhe etwas abgebaut und die Kranken wurden für weitere Aktivitäten mobilisiert.

Es gab bereits viele Überlegungsansätze, ob auch am Wochenende ein Therapieangebot stattfinden sollte. Ich persönlich bin aber dagegen, weil auch Demenzkranke ein Anrecht auf einen Ruhetag haben.

8.3 Beispiele eines Beschäftigungsangebotes

Eine 10-Minuten-Aktivierung ist eine sehr wirkungsvolle Methode, um mit Hilfe von Erinnerungsarbeit wie z.B. mit Alltagsgegenständen aus den 50er und 60er Jahren an Demenz erkrankte Menschen anzusprechen und zu aktivieren.⁷ Diese Methode kann bei allen Demenzerkrankungen angewendet werden. Auch bettlägerige Patienten können mit Gegenständen aus ihrer Jugend stimuliert und ins Gespräch gezogen werden. Durch das Zeigen und Anfassen alter Gegenstände, wie beispielsweise einer

⁷ vgl. Schewior-Popp, Sitzmann, Ulrich, Thiemes Pflege, Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, 11. Aufl. 2008, S.73

Kaffeemühle oder eines Bügeleisens, werden alte Erinnerungen wach und der alte Mensch wird aktiver. Er berichtet von seinen eigenen Erfahrungen und nimmt somit intensiver an der Therapie teil. Diese Methode knüpft an bereits bewährte Formen der Betreuung dementer Menschen wie Validation und Biografiearbeit an.

Die-10-Minuten-Aktivierung war auch ein fester Bestandteil meiner Gruppenangebote. Um diese Aktivierung zu ermöglichen, wurde der Aktivierungsschrank auf Station neu geordnet und mit Gegenständen, wie alten Fotos und Fotoalben von Familienangehörigen erweitert. Auch mit dem Duft von Kernseife und Kleidungsstücken sollen den alten Menschen Kindheitserinnerungen eröffnet werden.

Der tägliche Einsatz der Gegenstände hatte eine leichtere Kontaktaufnahme mit den Patienten zur Folge. Es entwickelte sich zu einem täglichen lieb gewonnen Ritual, gemeinsam am Treffpunkt zu sitzen und sich zu unterhalten. Daneben wurde die Neugierde geweckt. Das steigende Interesse führte zu einem erhöhten Wohlbefinden des Demenzerkrankten. Die Patienten wurden an frühere Fähigkeiten herangeführt. Es wurde ihnen eine Chance gegeben, an seine Gefühle und vergangene Lebenserfahrungen anzuknüpfen.

8.4 Dokumentation

Wie jede pflegerische Tätigkeit muss auch jedes Gruppenangebot dokumentiert werden. Bis dato erfolgte nur eine einfache Dokumentation, indem unter anderem aufgeführt wurde, wie viele Teilnehmer an dem Gruppenangebot pro Therapiestunde teilgenommen haben.

Ich bin allerdings der Ansicht, dass die Dokumentation um meine Beobachtungen der jeweiligen Patienten erweitert werden sollte. Außerdem sollte eine Katalogisierung des einzelnen Teilnehmers am Gruppenangebot vorgenommen werden. Für diese zusätzliche Dokumentation habe ich der Stationsleitung zwei mögliche Formulare vorgestellt (*Auswertung von Patientengruppen nach Hirsch/Pfingsten* und *die Dokumentation eines Gruppenprozesses*) anhand derer der komplette Therapieverlauf, das Verhalten, sowie die persönlichen Interessen und die Beteiligung an der Beschäftigung jedes einzelnen Patienten dokumentiert wird.

Die Leitung beurteilte diese zusätzliche Dokumentation als eine gute Idee und regte an, dass diese Form der Dokumentation demnächst dem Team vorgestellt werden sollte. Bei Akzeptanz sollten die Formulare angewendet werden.

9. Zusammenfassung und Schlusswort

Die Erfahrungen, die ich mit dem gesamten Team der Station M42 mit der Durchführung der Gruppenangeboten gemacht habe, waren überwiegend positiv. Die Arbeit beinhaltete viel mehr als nur die Durchführung des Therapieangebotes. Eine Optimierung des Gruppenangebotes war mit Hilfe der Kontaktaufnahme mit den Angehörigen, der Biografiearbeit und der Dokumentation der Beobachtungen während der Therapiestunden möglich. Der strukturierte Tagesablauf führte dabei zum Wohlbefinden des Patienten. Dieses Ziel, „das Wohlbefinden des Patienten“ zu erreichen, hat mich ungemein motiviert und ich hoffe, dass meine Kollegen diese neuen Ansätze in das Beschäftigungsprogramm auf Station M42 aufnehmen.

Mit meinen Therapieangeboten konnte ich Patienten das Gefühl vermitteln, „ich bin noch da, ich kann noch etwas“.

Die aufgeführten Gruppenangebote zeigen, dass auch bei einer schweren Erkrankung, wie der Alzheimer Demenz, noch viele Ansatzpunkte für die Therapie bestehen. Während der Durchführung ergaben sich Gesprächssituationen mit Patienten, die zuvor noch keinen Ton von sich gegeben haben. Nicht zuletzt wurden sie durch die vertraute Umgebung und liebgewonnenen Materialien aus der Kindheit dazu ermutigt. Dem Betroffenen wurde das Gefühl vermittelt „Ich kann noch etwas tun“ und „Ich bin immer noch ein unverzichtbarer Teil der Gemeinschaft“.

Aus den Rückmeldungen von Kollegen, ergaben sich für mich folgende wichtige Erkenntnisse: Es ist ungemein von Vorteil für den Allgemeinzustand und das Wohlbefinden des Patienten, den Kontakt zu den Angehörigen herzustellen und die Angehörigen aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen. Auf diese Weise können weitere Lösungen für einen besseren Umgang mit den Patienten gefunden werden. Diese neuen Lösungswege können nicht nur für uns als Pflegekräfte, sondern auch für die Angehörigen zukünftig von Nutzen sein.

Von Anfang an war mir klar, dass ich mit den Therapieangeboten nicht die Krankheit „Demenz“ aufhalten kann. Mit Hilfe der gezielten Therapiestunden, können wir aber den Verlauf der Krankheit im Alltag positiv beeinflussen. Außerdem können wir Symptome der Krankheit wie z. B. Ängste, Unruhe, Desorientierung, Aggressivität, etc. lindern.

Die Vorbereitung und Durchführung der Gerontogruppe hat mir großen Spaß gemacht, da ich viele Menschen in mein Herz habe schließen können. Gemeinsam mit den

Patienten Aufgaben zu lösen und auch die Patienten zu fördern, gab mir das Gefühl etwas für ihr Wohlbefinden getan zu haben. Außerdem konnte ich dabei einen Einblick in das Leben dieser Menschen bekommen und mir ein Bild davon machen, was die Krankheit „Demenz“ ist und wie man mit an Demenz erkrankten Patienten umgehen sollte. Persönlich habe ich diese intensive Arbeit mit den Patienten entsprechend dafür genutzt, um mein Fachwissen zu erweitern und zu vertiefen. Mein Ziel war es, das angeeignete Fachwissen und eigene Erfahrungen im Rahmen der Gruppenangebote miteinander zu verbinden. Im zukünftigen Arbeitsumfeld möchte ich diese Arbeitsweise sehr gern weiter fortzuführen und vertiefen.

Mir ist außerdem bewusst geworden, dass die „Demenz“ keine seltene Krankheit ist und mir in meinem weiteren Arbeitsalltag immer wieder begegnen wird. Natürlich trägt mein besonderes Interesse an der Erkrankung „Demenz“ ebenfalls dazu bei, dass ich auch in Zukunft meinen beruflichen Alltag mit dem Augenmerk auf an Demenz erkrankte Patienten orientieren möchte.

Danksagung:

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Kollegen, die mich jeder Zeit unterstützt haben, bedanken. Mein besonderer Dank gilt der Stationsleitung, die immer sehr interessiert am Verlauf der Gerontogruppe war.