

Schreien und Rufen bei Demenz Ohren zu und durch?

Diese Hausarbeit wurde im Rahmen der Weiterbildung zur
staatlich anerkannten Fachpflegekraft in der gerontopsychiatrischen Pflege
erstellt

Verfasser: **Daniela Hornke**
Abgabedatum: 24.Juli 2014
Fortbildungsstätte: IBAF gGmbH, Zentrum für Fort- und Weiterbildung
Betreuende Dozentin: Margret Schleede-Gebert

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	Seite 1
2. Definition Demenz.....	Seite 2
2.1 Definition Herausforderndes Verhalten.....	Seite 2 - 3
2.2 Definition Schreien und Rufen.....	Seite 3
2.3 Schrei- und Rufdauer.....	Seite 3
2.4 Schreiintensität, Schreimuster und Lautstärke.....	Seite 4
3. Belastung für das Umfeld.....	Seite 4
3.1 Belastung für Angehörige.....	Seite 5
3.2 Belastung für Mitbewohner.....	Seite 6
3.3 Belastung für Pflegende.....	Seite 6 - 7
4. Entlastungsmöglichkeiten.....	Seite 7 - 9
5. Interventionsmöglichkeiten bei schreien und rufen im Rahmen der Demenz	Seite 9 – 10
5.1 Versuch und Irrtum.....	Seite 10
5.2 Bedürfnisse.....	Seite 10 – 11
5.3 Medikamentöse Ansätze.....	Seite 11 – 12
5.4 Nicht-medikamentöse Ansätze.....	Seite 12
5.5 „Beluga-Sandtherapie“	Seite 12 - 13
6. Fazit.....	Seite 13 - 14
7. Literaturverzeichnis.....	Seite 15

1. Einleitung

Ich arbeite seit 2005 in der Altenpflege und bin als Pflegefachkraft auf einem Wohnbereich für Menschen mit Demenz tätig. Täglich habe ich auf meinem Wohnbereich mit herausforderndem Verhalten zu tun.

Die meisten Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz empfinde ich mittlerweile weder als herausfordernd, noch empfinde ich sie als belastend.

Seit 2012 bin ich jedoch mit der Bewohnerin, Frau T., konfrontiert, die fast ununterbrochen sehr laut „Hilfe“ ruft. Es dauerte knapp 2 Jahre bis wir geeignete Maßnahmen fanden, die ihr Rufen positiv beeinflussten.

Die Hoffnung auf Besserung hatten wir schon fast aufgegeben. Jeden Tag hieß es erneut: „Ohren zu und durch“. Fragt man Frau T.: „Warum rufen Sie?“, dann antwortet Sie: „Wieso? Ich rufe doch nicht“. Kaum ist dieser Satz ausgesprochen, geht das Rufen weiter. Die Pflege dieser Dame ist extrem belastend, weil sie selbst beim Anreichen von Nahrung oder bei der Körperpflege lautstark „Hilfe“ schreit. Sie war zeitweise nur ruhig wenn sie schlief – und das war zum einen sehr selten und zum anderen nur von kurzer Dauer. Frau T. prägte mit Ihrer lauten Stimme nicht nur das Leben auf dem Wohnbereich, sondern man hörte sie in der gesamten Pflegeeinrichtung und sogar auf der Straße. Es beschwerten sich mit der Zeit Nachbarn, Mitbewohner, Angehörige und natürlich auch Pflegekräfte.

Diese Erfahrung mit Frau T., zu der ich mittlerweile eine enge Bindung aufgebaut habe, hat mich dazu bewogen mich im Rahmen dieser Hausarbeit näher mit dem Thema „Schreien und Rufen bei Menschen mit Demenz“ zu beschäftigen, denn zumindest auf meinem Wohnbereich sind wir uns einig: „Ohren zu und durch ist auf Dauer keine Lösung“.

2. Definition Demenz

Übersetzt man den Begriff Demenz, dann heißt es „Verlust des Verstandes“. Demenz ist der irreversible Abbau geistiger Fähigkeiten auf allen Gebieten (Orientierung, Denk- und Urteilsvermögen, Gedächtnis und Sprache). Es gibt nicht die eine Demenz, sondern es gibt viele Demenzformen. Man unterteilt diese in sekundäre und primäre Demenzen.

Sekundäre Demenzen (ca. 10 % aller Demenzen) haben verschiedene Ursachen, z.B. Infektionen, Hirntumore oder Stoffwechselstörungen. Sekundäre Demenzen sind teilweise, manchmal auch ganz, rückbildbar. Bei den primären Demenzen (ca. 90% aller Demenzen) liegt die Ursache der Erkrankung direkt im Gehirn. Die Schädigungen sind nicht rückbildbar. Zu den primären Demenzen zählen u.a. Morbus Alzheimer, Morbus Pick, Chorea Huntington und die vaskuläre Demenz. (Interaktion in der Pflege von Menschen mit Demenz, Karin Welling 2013, Seite 14 - 15)

Die Demenz vom Typ Alzheimer ist die häufigste Form von Demenz mit ca. 45 – 60%. Zurzeit sind in Deutschland ca. 1,5 Millionen Menschen erkrankt, jedes Jahr kommen 40.000 Menschen dazu. (www.deutsche-alzheimer.de)

2.1 Definition „Herausforderndes Verhalten“

Das Thema „herausforderndes Verhalten“ hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung für die Altenpflege gewonnen. Aber was ist das eigentlich?

Als herausforderndes Verhalten wird eine Handlung definiert, die das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt, weil sie für die Umgebung, in der diese stattfindet, eine physische oder psychische Belastung darstellt. Betroffen kann die handelnde Person sein oder Personen des unmittelbaren Umfelds. Mögliche Beispiele sind schlagen, stoßen, rufen, schreien, Apathie, Gegenstände horten, absichtlich stürzen und vieles mehr.

Was man als "herausforderndes Verhalten" beschreibt, ist sehr unterschiedlich, denn in manchen Umgebungen ist man toleranter als in anderen. Beispielsweise ist man in segregativen Wohnbereichen für Menschen mit Demenz toleranter gegenüber bestimmten Verhaltensweisen, als man es in integrativen Wohnbereichen wäre. Das ist der Grund, warum man "herausforderndes Verhalten" auch als soziales Konstrukt bezeichnet. (Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz, Ian Andrew James 2013, Seite 23)

Mit herausforderndem Verhalten wird oft ein Bedürfnis signalisiert, das von einer Überzeugung ausgelöst oder auf eine Belastung zurückzuführen ist (z.B. das Gefühl die Kinder von der Schule holen zu müssen oder Langeweile).

(ebd., Seite 24)

2.2 Definition „Schreien und Rufen“

Bei der ersten Wortbetrachtung wird den Begrifflichkeiten meist kein großer Unterschied beigemessen. In meinem Arbeitsumfeld beobachte ich, dass die Begriffe „schreien“ und „rufen“ oft als Synonyme genutzt werden. Betrachtet man jedoch die Definition, so liegen die Unterschiede auf der Hand:

„Rufen beinhaltet in seinen Ausdrucksformen einzelne Sätze oder Wörter, die laut artikuliert werden, während Schreie unartikuliert ausgestoßene Laute sind“.

Sloane et al. (1999) differenzieren Schreie und vokalen Äußerungen (=rufen) der Menschen mit Demenz und nehmen eine weitere Unterteilung in „Screamer“ und „Talker“ vor.

„Screamer“ sind laut dieser Differenzierung Menschen mit Demenz, die schwere kognitive Beeinträchtigungen haben und daher über nahezu keine Sprachfähigkeit mehr verfügen und demzufolge unartikulierte Laute schreien.

„Talker“ hingegen verbalisieren einzelne Worte, Phrasen oder Sätze und sind im Gegensatz zu den „Screamern“ weniger stark kognitiv beeinträchtigt. (Schreien und Rufen: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz, Hans-Werner Urselmann, 2013, Seite 21)

2.3 Schrei- und Rufdauer

Schreien und Rufen kann von mehreren Sekunden, über einige Minuten, bis hin zu Stunden andauern. Die Dauer hat einen großen Einfluss darauf, wie störend das Schreien und Rufen von der Umwelt wahrgenommen wird. (ebd. Seite 37)

Aus meiner Erfahrung mit Frau T. kann ich berichten, dass die Rufdauer mit der Zeit zunahm. Sie begann mit einigen Rufen am Tag, steigerte sich auf mehrere Rufe pro Schicht und rief letztlich ausdauernd über mehrere Stunden am Stück. Mit zunehmender Rufdauer stieg auch die Belastung für das Umfeld (Mitbewohner, Mitarbeiter, Angehörige, Nachbarn).

2.4 Schreiintensität, Schreimuster und Lautstärke

Neben der Dauer, kann man „inadäquate Verbalisation“ auch in Intensität, Lautstärke und Muster einteilen. Als Muster bezeichnet man einen wiederkehrenden Rhythmus (z.B. Eine Dame schreit zwei Tage anhaltend bis zur totalen Erschöpfung, ist dann einen Tag ruhig und schreit dann wieder zwei Tage). Einen solchen Rhythmus, bzw. einen kompletten Tag ohne Rufen, konnte ich bisher in meiner Praxis nicht beobachten.

Bei der Intensität und Lautstärke gibt es viele Ausprägungen. In der Fachliteratur werden Studienteilnehmer beschrieben, deren Schreie zum Teil bis zu 30 Meter weit hörbar waren. Diese Distanz entspricht auch in etwa der „Ruf-Reichweite“ von Frau T., deren Intensität und Lautstärke sich oft proportional zur Unruhe im Wohnbereich steigerten. (ebd., Seite 38)

In dieser Spirale, die wir auch oft als „Teufelskreis“ benannten, konnte man wahrnehmen wie unruhig und ungehalten die Mitbewohner auf Frau T. reagierten und wie daraufhin die Rufe von Frau T. noch intensiver und lauter wurden.

In der Intensität und Lautstärke liegen zwei weitere störende Charakteristika dieser Verhaltensweise.

Will man das Schrei- und Rufverhalten analysieren, ist es wichtig, dass man mehrere Pflegende fragt, wie Sie es empfinden, denn jeder Pflegende schätzt anders ein. Für einige ist das schreien und rufen penetrant, für einige monoton. Die Einschätzung der Pflegenden hat auch immer etwas mit der eigenen Verfassung zu tun. An manchen Tagen wird die Lautstärke als belastender empfunden, als an anderen Tagen – obwohl die Lautstärke objektiv gesehen gleich ist. (ebd., Seite 41 – 43)

3. Belastung für das Umfeld

Das herausfordernde Verhalten „schreien und rufen“ kann schnell zu einer Belastung für das Umfeld werden. Dabei spielen Intensität, Dauer und Lautstärke eine große Rolle. Spricht man von Belastung durch schreien und rufen, so darf man nicht nur an Pflegekräfte und Mitbewohner denken. Besonders Angehörige des Betroffenen sind oft mit diesen Verhaltensweisen überfordert. Des Weiteren sind auch andere Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung, Freunde, Bekannte, Ärzte, Therapeuten, Nachbarn und sogar Angehörige von Mitbewohnern häufig durch das schreien und rufen belastet. Auf die Belastung für Angehörige, Mitbewohner und Pflegende möchte ich nachfolgend näher eingehen.

3.1 Belastung für Angehörige

Aufgrund meiner ehrenamtlichen Tätigkeit bei der Alzheimer Gesellschaft Dithmarschen e.V. weiß ich, dass für Angehörige von Menschen mit Demenz oft schon der Krankheitsverlauf eine große Belastung darstellt. Kommen dann noch Verhaltensweisen wie anhaltendes schreien oder rufen hinzu, erreicht die Belastung ein kaum aushaltbares Maß.

Gerade in stationären Pflegeeinrichtungen sind auch Angehörige der Mitbewohner durch das Schrei- oder Rufverhalten stark belastet. Durch Gespräche mit Angehörigen weiß ich, dass oftmals eine Hemmschwelle besteht Besuche auf dem Wohnbereich durchzuführen, wenn dort eine laute Atmosphäre durchs rufen oder schreien herrscht. Jeder Besuch wird als Belastungsprobe erlebt. Oft ist es nicht nur die Lautstärke oder die Monotonie der Rufe – sondern die Unruhe die sich auf die Mitbewohner überträgt. Im Pflegealltag erlebe ich die Angehörigen als sehr hilflos. Die Art, dieser Hilflosigkeit zu begegnen, ist sehr unterschiedlich. Manche gehen offensiv mit der Belastung um, beschweren sich bei Pflegekräften, Pflegedienst- und Einrichtungsleitung und fordern somit eine erträglichere Situation für ihre Angehörigen ein. Selten kommt es auch vor, dass direkt das eigene Ruhebedürfnis während der Besuche in den Vordergrund gestellt wird. Andere Angehörige hingegen ziehen sich zurück. Sie verkürzen ihre Besuchszeiten, reduzieren die Anzahl der Besuche auf ein Minimum oder bleiben ganz fern. (ebd., Seite 105 – 107)

Am Beispiel von Frau T. möchte ich die Belastung für Angehörige verdeutlichen. Die Tochter von Frau T. kam kurz nach dem Einzug sehr regelmäßig (mehrfach wöchentlich). Schon bald, als Frau T. anfang zu rufen, wurden die Besuchszeiten kürzer. Die Besuche der Tochter gestalten sich momentan so, dass sie sich im Dienstzimmer nach dem Befinden ihrer Mutter erkundigt, die Post mitnimmt und dann wieder geht ohne ihre Mutter zu sehen. Sind die Rufe ihrer Mutter bis ins Dienstzimmer zu hören, so sieht man die Tochter mit den Tränen kämpfen. Der Tochter von Frau T. ist das Verhalten sehr unangenehm. Sie sagt sie schäme sich für das Verhalten ihrer Mutter. Wahrscheinlich ist auch das der Grund, warum sie bisher nie an Angehörigenabenden, Angehörigenschulungen und anderen Gruppenangeboten teilgenommen hat. Sie legt ihre Besuche auch meist so, dass sie nie zu großen Festen oder Aktivitäten anwesend ist.

3.2 Belastung für Mitbewohner

Pflegende gehen am Ende der Dienstzeit nach Hause. Angehörige gehen nach ihrem Besuch nach Hause – aber die Mitbewohner leben zum Teil 24 Stunden in „Ruf-, oder Schreireichweite“. Für mobile Mitbewohner besteht immerhin die Chance sich selbst „außer Reichweite“ zu bringen und somit aktiv für Ruhe zu sorgen.

Immobilie Bewohner hingegen sind ortsgebunden und können zum Teil auch nicht sagen das es ihnen zu laut oder zu unruhig ist. (ebd., Seite 60 – 62)

Die Belastung für Mitbewohner ist demzufolge ungleich höher als für Angehörige und Pflegende. Dies gilt sicherlich nicht für alle Mitbewohner, denn auch auf unserem Wohnbereich gibt es Menschen, die sich scheinbar unbeeindruckt von den Rufen ganz bewusst dort niederlassen. Es kommen selbst Menschen mit Demenz aus dem benachbarten Wohnbereich zu uns und nehmen in der Nähe von Frau T. Platz. Diese Menschen scheinen die Rufe entweder nicht als störend wahrzunehmen oder ihnen ist gerade diese kontinuierliche Reizzufuhr ein momentanes Bedürfnis. Diese Mitbewohner sind es allerdings auch, die dann aus eigenem Antrieb die Umgebung verlassen wenn es ihnen „zu viel“ wird. Problematischer sind Reaktionen von Mitbewohnern, die Frau T.'s Rufen langfristiger ausgesetzt sind. Der Wunsch von dementiell erkrankten Mitbewohnern, Frau T. möge ruhig sein, wird in der Regel nicht freundlich formuliert. Sätze wie: „ich stopf Dir Dein dreckiges Maul“ und „halt die Fresse“, bringen den Unmut eher ungehemmt und ungefiltert zum Ausdruck.

Das Rufverhalten von Frau T. prägt nachvollziehbar in hohem Maße den Grad der Unruhe bei den meisten Mitbewohnern. Hier konnten wir gerade beim Essverhalten beobachten, dass die Mitbewohner mehr essen, wenn Frau T. bei den Mahlzeiten nicht anwesend ist.

3.3 Belastung für Pflegende

Den Pflegenden wird bei der Versorgung von Menschen mit Demenz, die schreien oder rufen, eine zentrale Rolle zu Teil. Die Pflegenden sind es in der Regel, an die man sich als Angehöriger, als Mitbewohner, als Nachbar, usw. wendet, wenn das schreien oder rufen als belastend und störend empfunden wird. Die Erwartungshaltung der Beschwerdeführer ist dabei meist nicht zu befriedigen, denn ein „Patentrezept für Ruhe“ gibt es nicht.

Die Pflegenden stehen hier oft vor einer unlösbaren Aufgabe, die als sehr belastend

wahrgenommen wird. Es entsteht ein Spannungsfeld, dass ich aus meiner eigenen Arbeit kenne. Hier nur ein Auszug an potentiellen Konfliktpunkten:

- Wie kann ich während den Mahlzeiten für Ruhe sorgen, damit sich die Mitbewohner nicht gestört fühlen?
- Wie kann ich dem Nachbarn von gegenüber wenigstens in der Mittagstunde Ruhe verschaffen ohne das Fenster im Hochsommer permanent geschlossen zu halten?
- Wie kann ich nachmittags die Angehörigen der Mitbewohner besänftigen, wenn die ersten Beschwerden wegen der Lautstärke im Wohnbereich getätigt werden?

In der Regel gelingt es den Pflegekräften nicht, die gewünschte Ruhe herzustellen, so dass sich der Beschwerdeführer früher oder später an die Pflegedienst- oder Einrichtungsleitung wendet. Aus vielen Gesprächen mit Pflegefachkräften aus anderen Betrieben weiß ich, dass hier oftmals eine weitere Belastung verborgen liegt. Nicht selten kommt es vor, dass die Leitungsebene den „Druck“, der von Angehörigen, Nachbarn und kognitiv gesunden Mitbewohnern aufgebaut wird, mit den Worten: „dann müsst ihr Euch mehr kümmern“, an die Pflegekräfte weitergibt. Der Wunsch der Leitung nach Ruhe, basiert meist auf dem Wunsch, dass der jeweilige Beschwerdeführer beruhigt ist. Dies findet sich meiner Einschätzung nach vorwiegend in Einrichtungen, die integrative Wohnbereiche für Menschen mit und ohne Demenz haben. Auf segregativen Wohnbereichen für Menschen mit Demenz ist die Toleranzgrenze in der Regel höher.

Neben der Belastung durch Dritte, sind viele Pflegekräfte ohnehin schon selbst von dem Lautstärkepegel oder der Rufintensität beansprucht. Hier wird als Zeichen von Überlastung und Überforderung schnell deutlich, dass Pflegekräfte genervt, angespannt und zum Teil ungehalten auf das schreien oder rufen reagieren.

4. Entlastungsmöglichkeiten

Die Zahl der Entlastungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien ist sehr groß und deren Wirksamkeit hängt von der jeweiligen Person ab. Daher werde ich mich im Rahmen meiner Hausarbeit am Beispiel von Frau T. orientieren und exemplarisch auf die einzelnen Strategien der Beteiligten eingehen.

Der Belastung der Angehörigen, Mitbewohner und Nachbarn durch die anhaltenden „Hilferufe“ von Frau T. begegneten wir mit großer Offenheit und Transparenz. Im Rahmen von

Angehörigenschulungen, Informationsabenden und Einzelgesprächen wurde seitens der Pflegedienstleitung und unter Mithilfe der Alzheimer Gesellschaft Dithmarschen e.V. auf die Beschwerden der Angehörigen von Mitbewohnern reagiert.

Dieser Umgang mit den Beschwerden hat sich als sehr gut erwiesen. Die Mitbewohner, Angehörigen der Mitbewohner und Nachbarn wurden, mit dem Einverständnis der Tochter von Frau T., die gleichzeitig auch die gesetzliche Betreuerin ist, über eingeleitete Maßnahmen informiert und erhielten Rückmeldung über den Stand der Dinge. Sie wurden aktiv in die Suche nach geeigneten Maßnahmen eingebunden und waren somit auch unmittelbar beteiligt. Wir merkten zum Beispiel früh, dass eine 1:1-Betreuung die Lautstärke und Intensität der Rufe positiv beeinflusste. Seitens der Angehörigen von Mitbewohnern erhielten wir ehrenamtliche Unterstützung bei der Betreuung von Frau T.

Als Lösungen für die Unruhe bei Besuchen wurden räumliche Trennungen vereinbart (Beispiel: Angehörige ziehen sich auf das Bewohnerzimmer zurück oder nutzen Gartenanlage und Cafeteria). Die Lösung, Frau T. zu separieren damit alle anderen zufrieden sind, erschien uns als Dauerlösung ungeeignet. In Extremsituationen war es jedoch oftmals das Mittel der Wahl um eine kurzfristige Entspannung herbeizuführen. Der Nachteil war jedoch, dass Frau T. in ihrem Zimmer noch lauter rief. Als praktikablere Dauerlösung erwies sich eine Sitzplatzänderung im Aufenthaltsraum. Wir haben das Glück, dass an unseren Aufenthaltsraum eine Therapieküche angrenzt. Diese Küche hat zwei Glastüren, die man bei Bedarf öffnen und schließen kann. In der Küche haben 4 Bewohner Platz. An einen dieser Plätze setzten wir Frau T. und wählten drei weitere Bewohner aus, die sich offenbar unbeeindruckt von den anhaltenden Hilferufen zeigten. Während der Mahlzeiten versuchten wir die Türen der Therapieküche geschlossen zu halten – so konnte Frau T. die anderen Bewohner zwar sehen, aber die Geräuschkulisse war fortan etwas angenehmer für alle Beteiligten.

Für die Pflegenden zeigte sich ebenfalls ein offener Umgang mit der überfordernden Situation als hilfreich. Im Rahmen mehrerer Fallbesprechungen (auch interdisziplinär) und Teamsitzungen hatten wir Gelegenheit unsere Gefühle im Umgang mit Frau T. anzusprechen und auszutauschen. Als wichtigste Bewältigungsstrategie diente uns, dass wir eine Auszeit nehmen konnten, sobald wir merkten, dass wir innerlich zu angespannt wurden durch das rufen. Ebenso haben wir uns darin bestärkt Hilfe anzufordern wenn man es nicht mehr aushielt. (ebd., Seite 187)

Seitens der Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung wurde die Möglichkeit einer Auszeit mitgetragen. Es wurde auch bei der Dienstplangestaltung darauf geachtet, dass unsere freien Tage über den Monat so verteilt wurden, dass wir nicht so viele Tage hintereinander arbeiten mussten. Diese „großen Auszeiten“ benötigten wir zur Regeneration.

Auf Wunsch der Mitarbeiter wurden auch Fortbildungen zu diesem Thema angeboten. Alle Pflegekräfte besuchten diese Fortbildungen. (ebd., Seite 192)

An die Angehörigen, die sich nicht beschwerten oder die selten kamen haben wir uns seitens des Pflegepersonals ganz offensiv gewendet. Wir haben offen kommuniziert das es derzeit etwas lauter auf unserem Wohnbereich zugeht, dass wir selbst auch unzufrieden über diese Lautstärke sind und das wir nach Lösungen suchen. Einladungen zu den Informationsabenden wurden ausgesprochen.

5. Interventionsmöglichkeiten bei schreien und rufen im Rahmen der Demenz

Die Suche nach dem Schreigrund (bzw. Rufgrund) ist meist der Schlüssel zum Erfolg. Ist die Frage nach dem „Warum?“ geklärt, lassen sich passende Interventionen zur Bedürfnisbefriedigung einleiten. Leider gibt es bei dieser Suche kein Patentrezept, denn sie basiert auf rein intuitiven Grundlagen und ist daher von Versuchs- und Irrtumsabläufen geprägt. (ebd., Seite 75)

Bevor man sich auf den Weg macht geeignete Interventionen zu finden, sollte man klären wohin man will. Es gilt also ein Ziel zu definieren um anschließend die geeigneten Interventionen zu identifizieren. In diesem Prozess der Zielfindung sollten frühzeitig alle Beteiligten (Arzt, Pflegenden, Angehörige, Therapeuten) mit einbezogen werden, denn das Ziel hat großen Einfluss auf die Interventionen.

Gewährleistung und Wiederherstellung von Ruhe sind meist leitende Ziele bei zahlreichen

Interventionen. Dies passiert meist aus der Überzeugung heraus, dass Ruhe ein Ausdruck von Zufriedenheit und hoher Lebensqualität bei Menschen mit Demenz ist. (ebd. Seite77)

In der Einrichtung, in der ich tätig bin, waren und sind wir uns jedoch einig, dass absolute Ruhe nicht das Ziel unserer Interventionen sein kann und darf, denn Schreie und Rufe sind oft das letzte Mittel verbaler Kommunikation von Menschen mit Demenz. Hinter jedem Schrei und hinter jedem Ruf steht ein unbefriedigtes Bedürfnis. Würden wir die Bedürfnisäußerungen komplett unterbinden, würden wir aus unserer Sicht eine ethische Grenze überschreiten. Einem immobilen Pflegebedürftigen würde man auch nicht den Ruftaster wegnehmen, weil er „zu oft“ nach dem Personal klingelt. Wir definierten daher für uns, dass wir auf der Suche nach Maßnahmen waren die Rufdauer, Rufintensität und Ruflautstärke positiv beeinflussten ohne das Rufen komplett und „um jeden Preis“ zu unterbinden.

5.1 Versuch und Irrtum

Eine Intervention auf das Schrei- und Rufverhalten ist dann geeignet, wenn sie auf das jeweilige Bedürfnis oder den jeweiligen Wunsch ausgerichtet ist. Die Möglichkeiten in Gänze wiederzugeben, würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen, denn es gibt unzählige. (ebd., Seite 88)

Ich möchte mich hier auf Maßnahmen beschränken, die wir durch „Versuch und Irrtum“ bei Frau T. ausprobierten.

5.2 Bedürfnisse

Wir gingen anfänglich von einem körperlichen Bedürfnis (z.B. Hunger, Durst, Müdigkeit, Harndrang, Stuhldrang, usw.) bei Frau T. aus. Unsere Maßnahmen waren so vielfältig, dass ich hier nur einige nennen kann:

- Angebot von bevorzugten Speisen unter Berücksichtigung der Essbiografie um auf Hunger zu reagieren
- Angebot verschiedener Getränke unter Berücksichtigung der Vorlieben von Frau T. um auf Durst zu reagieren
- Toilettengänge um auf Harn- und Stuhldrang zu reagieren
- Ausschluss von Schmerzen in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt

- wärmere Kleidung und ein Sitzplatz neben der Heizung, bzw. leichtere und luftigere Kleidung und ein Sitzplatz entfernt von der Heizung um auf ein mögliches Kälte-, bzw. Wärmeempfinden zu reagieren
- Spaziergänge innerhalb und außerhalb der Einrichtung um ein Bedürfnis nach Bewegung zu befriedigen

Nachdem wir auf der körperlichen Ebene mit unseren Maßnahmen keine Auswirkung auf das Rufverhalten beobachten konnten, begannen wir uns Maßnahmen zu überlegen, die Frau T. Sicherheit und Geborgenheit vermitteln sollten:

- engmaschige 1:1-Betreuung unter Einbeziehung der Angehörigen, Ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und den zusätzlichen Betreuungskräften nach §87b SGB XI
- Ein 100cm großer Teddybär, der zu Frau T. ins Bett gelegt wird um ihr Sicherheitsbedürfnis anzusprechen
- es wird Frau T. beruhigende Musik oder ein Hörbuch vorgespielt um ihr akustische Reize zu geben und zu signalisieren, dass sie nicht alleine ist
- fester Tagesablauf, dieser hat Struktur und kann Frau T. Halt und Sicherheit bieten

5.3 Medikamentöse Ansätze

In enger Absprache mit den behandelnden Ärzten von Frau T. versuchten wir medikamentös Einfluss auf das Rufverhalten zu nehmen.

- Der Hausarzt stellte bei einer Blutentnahme eine Hyperthyreose fest und verordnete ein Thyreostatika
- Um Schmerzen auszuschließen verordnete der Hausarzt ein Analgetikum – dieses wurde nach und nach in der Dosierung erhöht und letztlich durch ein Opiat ersetzt. Als sich auch unter der Opiatgabe keine Veränderung zeigte, wurde das Medikament wieder reduziert und dann abgesetzt
- Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie verordnete in Zusammenarbeit mit einem Gerontopsychiater diverse Psychopharmaka. Die Wirkungen auf den Antrieb von Frau T. waren schnell zu erkennen, sie konnte innerhalb kurzer Zeit nicht mehr laufen, geschweige denn alleine essen und trinken – jedoch blieben die Hilfe-Rufe unverändert bestehen. Wir entschieden uns daher in Absprache mit der Ärztin die

sedierenden Medikamente wieder zu reduzieren, so dass Frau T. wieder essen, trinken und laufen konnte

5.4 Nicht-medikamentöse Ansätze

Nachdem die Ärzte durch Versuch und Irrtum feststellten, dass weder Haldol, Risperdal, Ciatyl, Atosil, Dipiperon usw. eine Wirkung auf das Rufverhalten zeigten, suchten wir bevorzugt auf nicht-medikamentöser Ebene. Wir probierten verschiedene beruhigende Aromamischungen, beruhigende Waschungen, Klangschalenmassagen, und vieles mehr bei Frau T. aus. Ihr Rufverhalten blieb unverändert in Lautstärke, Intensität und Dauer bestehen. Als wir durch Zufall auf die „Beluga Sandtherapie“ im Zusammenhang mit dem Thema Wachkoma aufmerksam wurden, kam uns die Idee diesen Ansatz auch für das Rufverhalten von Frau T. in Betracht zu ziehen. Wir luden den Geschäftsführer der Firma daher umgehend zu einer Produktvorstellung in unsere Einrichtung ein.

Im folgendem soll dieser Ansatz kurz erläutert werden.

5.5 „Beluga-Sandtherapie“

Bei der „Beluga-Sandtherapie“ handelt es sich im Grunde um keine anerkannte und eigenständige Therapie. Die „Sandtherapie“ basiert auf Erkenntnissen sensorischer Integration und Gewichtstherapien. Die Hilfsmittel wurden ursprünglich für kleine Kinder mit ADS (=Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) eingesetzt. Jürgen Pastorino, der Erfinder der „Beluga-Sandtherapie“ sagt selbst: *„Alle, die unsere Beluga-Sandtherapie einsetzen wissen, dass wir eigentlich so gut wie nichts wissen. Wir setzen sie ein, wir lernen von Kollegen, wir probieren, wir sehen die Wirkung, wir erkennen die Veränderung und wir freuen uns, bei vielen Krankheitsbildern helfen zu können oder Linderung zu verschaffen. Wir können nicht heilen, aber wir können vielen Patienten jeden Alters und bei vielen Krankheitsbildern nachweislich helfen“*. (www.beluga-innovations.de)

Die Idee, die wir mit dem Einsatz dieser Hilfsmittel bei Frau T. verfolgten, war die Tatsache dass sie sich wieder spüren kann. Wir probierten neben einer 6 kg schweren Sandweste auch eine 12 kg schwere Sanddecke aus. Diese Produkte bestehen aus quarzsandgefüllten Kammern und werden ca. 15 Min. angelegt.

Die Sandweste wurde von Frau T. gar nicht toleriert. Ihre Rufe wurden mit der Weste ehr lauter und intensiver. Als wir jedoch die Sanddecke anwendeten, erlebten wir in unseren Augen ein „kleines Wunder“.

Die Decke ist ca. 120x80cm groß und wird von den Füßen her langsam auf den Körper gerollt. Als die Decke auf ihr lag, sagte sie: „Schön das Du mich im Arm hältst“. Zu diesem Zeitpunkt stand ich jedoch schon 2 Meter vom Bett entfernt. Als wir die Decke nach 15 Min. entfernten war Frau T. eingeschlafen. Seither nutzen wir die Sanddecke täglich. Frau T. schläft jetzt nachts durch und kommt nun auch am tag zur Ruhe, wenn man sie unter die Sanddecke legt. Wir entfernen die Decke allerdings nicht mehr nach 15 Min., sondern überlassen dies Frau T.

6. Fazit

Schreien und rufen bei Menschen mit Demenz gehört zu den am schwierigsten zu beeinflussenden Verhaltensweisen, die ich bisher in meiner Arbeit kennengelernt habe.

Ruhe auf einem Wohnbereich für Menschen mit Demenz ist kein Indikator für Wohlbefinden und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Betroffenen – eher das Gegenteil ist der Fall.

Sedierende Medikamente können hilfreich sein, wenn Dosierung, Indikation und Verordnungszeitraum stimmen. Mit Blick auf herausforderndes Verhalten im Allgemeinen und schreien und rufen im Speziellen, sind sie jedoch keine Lösung bei der die Bedürfnisse des Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Bei medikamentösen Lösungen geht es eher um die Herstellung der Ruhe für Mitbewohner, Angehörige und Pflegende.

Nach ungefähr 2 Jahren haben wir für Frau T. mit der Sanddecke eine Maßnahme gefunden, die für Linderung sorgt – allerdings nicht für absolute Ruhe. Wir haben das für uns gesetzte Ziel erreicht und sind zufrieden mit dem Ergebnis.

Im Kern sind es weniger die geeigneten Maßnahmen gegen das rufen und schreien, sondern vielmehr die Einstellung der Beteiligten, die zum „Erfolg“ führen. Erst wenn der Mensch mit Demenz so sein darf wie er ist, wenn er so kommunizieren darf wie er (noch) kann – erst dann haben wir einen echten Erfolg erzielt.

Die Einrichtung, in der ich arbeite, ist auf einem guten Weg. Trotzdem muss das Bewusstsein für die wahren Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in vielen Pflegenden noch weiter reifen – damit wir auch künftig schwierigen Verhaltensweisen professionell begegnen können.

7. Literaturverzeichnis

Bücher:

James, Ian Andrew: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz; Einschätzen, verstehen und behandeln, 1.Auflage, Bern, 2013

Urselmann, Hans-Werner: Schreien und Rufen; Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz, 1.Auflage, Bern, 2013

Zeitschriften:

Welling Karin: Interaktion in der Pflege von Menschen mit Demenz; Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Heft 16, 3.aktualisierte Auflage, 2013

Internet:

http://www.beluga-innovations.de/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=17
(Aufruf vom 18.07.2014)

<http://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/artikelansicht/artikel/die-zahl-der-demenzkranken-steigt-jaehrlich-um-40000.html>
(Aufruf vom 23.06.2014)

Erklärung der selbständigen Anfertigung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Hausarbeit selbständig verfasst und außer den angegebenen keine weiteren Hilfsmittel benutzt habe.

Ort, Datum und Name
