

Dementia Care Mapping –

Qualitätsmerkmal Lebensqualität & Wohlbefinden



Cornelia Schneider



Andrea Harm

*„Da mein Vater nicht mehr
über die Brücke
in meine Welt gelangen kann,
muss ich hinüber zu ihm.“
(Arno Geiger)*

Lebensqualität und Wohlbefinden als Qualitätsmerkmal der Pflege

Das Konzept der Lebensqualität und des Wohlbefindens gehört heute zu den Schlüsselkonzepten in der Pflege chronisch kranker Menschen, insbesondere von Menschen mit demenziellen Veränderungen. Als Qualitätsmerkmal kommt dem Wohlbefinden als Ergebnis einer personenzentrierten Pflege und Betreuung in der Altenpflege eine besondere Bedeutung zu.

Die Pflege von Menschen mit demenziellen Veränderungen gehört zu den größten Herausforderungen einer professionellen Betreuung. Es geht dabei insbesondere um die mit der Demenz häufig verbundenen herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggressionen, Abwehrhaltungen, Agitiertheit, Unruhe, Weglauftendenzen u.a.m.

Lange Zeit galt die Maxime, Demenz und damit einhergehende Verhaltensauffälligkeiten seien Symptome des pathologischen Abbaus im Gehirn und wären daher nicht zu „verste-

hen“. Dem gegenüber vertritt Tom Kitwood die Auffassung, dass sich auch das Erleben und Verhalten von demenziell erkrankten Menschen immer auf einen bestimmten Kontext bezieht und Verhaltensauffälligkeiten in einer Wechselbeziehung mit Umgebungseinflüssen, krankheitsbedingten und persönlichen Faktoren, dem Umgang mit den Betroffenen sowie unbefriedigten Bedürfnissen stehen (Müller-Hergl). Dem Verhalten liegen vielfach Gefühle und Bedürfnisse zugrunde, die, je weiter die Demenz fortschreitet, krankheitsbedingt oft nicht mehr verbal kommuniziert werden können. Damit wird demenzielles Verhalten nachvollziehbar und kann „entschlüsselt“ werden. Dies bestätigen nicht nur unsere Untersuchungen mit dem Beobachtungsinstrument Dementia Care Mapping (DCM), sondern ebenso viele andere Untersuchungsergebnisse aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich. DCM ist ein Evaluierungsinstrument, das Verhalten und das Erleben von BewohnerInnen im Alltag abbildet und Pflegenden zu verstehen hilft, wie sich das Verhalten von demenziell Erkrankten stets auch auf einen konkreten Kontext bezieht. Als Pflegenden können wir dies nur verstehen, wenn wir die Betroffenen als TeilnehmerInnen ihrer eigenen Lebenswelt wahrnehmen (Müller-Hergl).

Das folgende Beispiel soll zeigen, wie in diesem Zusammenhang Missverständnisse

und Fehlinterpretationen entstehen können: Frau Meier lebt seit geraumer Zeit in einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie leidet an einer mittelschweren demenziellen Erkrankung. Eine Pflegekraft fragt Frau Meier, ob sie mit ihr einkaufen gehen möchte. Ja, sie käme gerne mit, antwortet Frau Meier und die Pflegekraft empfiehlt ihr, sie möge sich die Schuhe und den Mantel in ihrem Zimmer anziehen gehen und sagt dann auch zu ihr: „Ich gehe kurz in die Garderobe und ziehe mir meinen Mantel an und wir treffen uns dann wieder hier.“ Nach kurzer Zeit kommt Frau Meier fertig angezogen zurück und sucht nach der Pflegekraft, schaut sich fragend im Raum um, setzt sich kurz an einen Tisch und wartet. Dabei wird sie zunehmend unruhig und nervös. „Ach, die geht ja gar nicht einkaufen, ... die hat mich sicher vergessen“, murmelt sie vor sich hin. Sichtlich gereizt und zunehmend ärgerlicher geht sie auf und ab und schiebt eine Bewohnerin, die sie anspricht, mit fahrigem Bewegungen zur Seite, schimpft aufgebracht vor sich hin und sagt der anderen Bewohnerin, sie solle sie in Ruhe lassen. Die zurückkehrende Pflegekraft findet also Frau Meier erregt und laut streitend mit dieser Bewohnerin vor. Trotzdem möchte sie mit ihr jetzt einkaufen gehen, doch die erregte Frau Meier lehnt ab. Sie sagt: „Ach, lass mich doch in Ruhe“ und stößt die Pflegekraft aggressiv mit der Hand zurück. „Das brauch' ich mir nicht gefallen zu lassen“, antwortet darauf die Pflegerin laut, dreht sich um und verlässt ebenfalls sehr verärgert den Raum.

Dieses Beispiel zeigt, dass der eigentliche Auslöser des aggressiven Verhaltens der Bewohnerin im Warten auf die Pflegekraft liegt und Frau Meier nicht nachvollziehen kann, warum diese so lange nicht gekom-



men ist. Aufgrund ihrer Erkrankung, also ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, kann sie die Situation nicht mehr differenziert erfassen. Wären wir in ihrer Lage, könnten wir beispielsweise das Ausbleiben der Schwester damit erklären, dass diese vielleicht von einer anderen Bewohnerin aufgehalten wurde oder zum Telefon gerufen wurde etc. Dieser Reflexionsschritt gelingt Frau Meier krankheitsbedingt nicht mehr. Sie ist in einer Situation „gefangen“, die sie sich nicht mehr erklären kann. Damit einher geht häufig das Erleben des Ausgeliefertseins, das fast immer mit Verunsicherung und Angst verbunden ist und auch Aggression auslösen kann. Für Pflegekräfte ist es daher wichtig, zu erkennen, dass das Verhalten demenziell Erkrankter kein alleiniges Symptom des demenziellen Abbaus ist, sondern sich immer auch auf konkrete Situationen zurückführen lässt und damit auch veränderbar und in der Regel nachvollziehbar ist.

DCM ist ein international verbreitetes Beobachtungsverfahren, das in der Praxis entwickelt wurde und wissenschaftlich fundiert ist. Es wird von vielen PraktikerInnen geschätzt, da es für die Pflege und Betreuung wichtige Hinweise und Erkenntnisse liefert,

wie auch das obige Beispiel zeigt. Über einen mehrstündigen Zeitraum wird von einem außenstehenden „Beobachter“ (Mapper) nach bestimmten Regeln in fünf-minütigen Abständen dokumentiert, was die BewohnerInnen in ihrem Alltag tun und wie die einzelnen Pflege- und Betreuungsschritte ihr Wohlbefinden bzw. ihr „Unwohlsein“ verursachen.

Nach der Datenauswertung erhalten die Pflegenden ein mündliches und schriftliches Feedback. Die Ergebnisse werden gemeinsam mit den Pflegenden diskutiert und haben das Ziel, einen offenen Diskussionsprozess zu implementieren, der im Sinne einer „lernenden Organisation“ in einen Entwicklungsprozess mündet. Hervorgehoben werden unter anderem Situationen einer gut gelungenen Pflege und Betreuung, die die Pflegenden in ihrem Handeln (be)stärken sollen. Des Weiteren werden Situationen besprochen, die Entwicklungsmöglichkeiten oder einen Entwicklungsbedarf anzeigen. Genau so kann praxisnahes Verbesserungspotential (weiter-)entwickelt werden.

Der Vorteil ist, dass Pflegenden mit DCM erstmals ihre Wahrnehmung durch einen externen „Beobachter“ absichern, reflektieren und korrigieren können. DCM hilft die eigene Haltung genauso wie die Pflegepraxis kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern. Wohlbefinden ist immer subjektiv, daher gilt es, die Betroffenen in den Prozess der Qualitätsbeurteilung einzubeziehen. DCM gibt ihnen erstmals eine „Stimme“ (Müller-Hergl) in der Einschätzung der Pflege- und Betreuungsqualität.

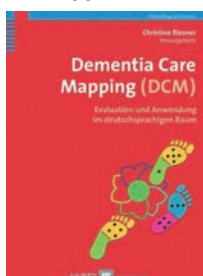
Dr.ⁱⁿ phil. Cornelia Schneider

Soziologin, Pflegewissenschaftlerin im Bereich Gerontologie, DGKP, DCM-Advanced-User
Email: office@dc-mapping.at
www.dc-mapping.at

Mag.^a phil. Andrea Harm

Pflegewissenschaftlerin, DGKP, DCM-Advanced-User
Email: office@dc-mapping.at
www.dc-mapping.at

Buchtipps: Dementia Care Mapping (DCM): Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum



von Christine Riesner (Herausgeberin), Verlag Hans Huber (10. Mai 2014)

Dementia Care Mapping (DCM) gehört zu den bekanntesten Evaluationsinstrumenten für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Es ist ein zentrales Arbeitsmittel personenzentrierter Pflege. Das Buch beschreibt die aktuelle Entwicklung, Anwendungen und Perspektiven von DCM im deutschsprachigen Raum. Es zeigt anschaulich den «Fussabdruck», den DCM in der person-zentrierten Pflege hinterlassen hat. Aus dem Inhalt: DCM im Kontext von Konzepten zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz, DCM-Instrument und Methode, Dementia Care Mapping und der Einfluss von Umgebungsfaktoren auf das Wohlbefinden, DCM im Krankenhaus – Erfahrungen in Deutschland im internationalen Kontext, DCM in der Tagespflege – ein Erfahrungsbericht, Angehörige von Menschen mit Demenz im DCM-Prozess beteiligen, DCM unter ökonomischer Betrachtung, Vernetzung von DCM-Partnern.