Agitation erleben und erklären

Erkundungen zwischen Theorie und Praxis

Wann handelt es sich um Agitation? Welche Interventionen können angewendet werden und was für Kompetenzen sind im Umgang mit Betroffenen und Angehörige entscheidend? Die Pflegewissenschaftlerin Dr. Margareta Halek gibt Antworten auf die gestellten Fragen.

Fast jeder Mensch mit Demenz zeigt im Verlauf seiner Erkrankung unruhiges Verhalten. Wenn sich dieses Verhalten von dem bisherigen, evtl. biographisch bekannten, unruhigen Verhalten unterscheidet, kann es als agitiertes Verhalten betrachtet werden. Dieses Verhalten kann bei der Mehrheit der Betroffenen bestehen bleiben (van der Linde et al., 2016). Zunächst stellt sich aber die Frage, wie sich ein solches Verhalten äußert. Das unruhige Verhalten hat viele Gesichter. Es kann sich um innere Unruhe, nicht Stillhalten-Können, gestörten Schlaf bis hin zu ununterbrochenem Hin- und Herlaufen oder ständigen Manierismen (unpassende Bewegungsabläufe oder Bewegungswiederholungen) handeln. Zur Unruhe gehören nicht nur motorische Verhaltensweisen, sondern auch Verbales, wie wiederholtes Fragen, Rufen oder Schreien. Als letzte Eskalationsstufe der Agitation wird das aggressive Verhalten verstanden, das sich ebenfalls sowohl motorisch als auch verbal ausdrücken kann. Verbale Aggression scheint beständiger (persistenter) zu sein als andere Formen der Agitation. Das Wanderverhalten tendiert dazu, sich positiv zu verändern. Dagegen kann das abwehrende Verhalten und körperliche Aggression bis zum Tode auftreten (van der Linde et al., 2016).

Agitation kann über einen langen Zeitraum bestehen

Die unterschiedlichen Beispiele zeigen, wie vielfältig das so einfach klingende „unruhige Verhalten" sein kann, und wie vielfältig die Umgangsoptionen sein müssen, um das Verhalten zu adressieren. Wichtig ist es anzuerkennen, dass bestimmte Verhaltensformen nur schwer beeinflussbar sind und lange Zeit anhalten können, während andere schon aus natürlichen Gründen, wie zum Beispiel durch die Abnahme der Mobilität, von absehbarer Dauer sind.

Diese Erkenntnisse sind für alle Beteiligten wichtig, um nicht zu hohe Erwartungen in die kurzfristige Wirksamkeit von Maßnahmen zu setzen. Was wir bis jetzt nicht wissen, ist, „wie viel" Agitation tatsächlich verhindert oder verzögert werden kann und wie stark die unterschiedlichen Formen der Agitation beeinflusst werden können. Die Praxiserfahrungen zeigen, dass beides existiert, nämlich sehr erfolgreiche Fälle, bei denen mit Hilfe von geeigneten Interventionen Minderung in der Agitation erreicht wurden aber auch Fälle, bei denen „nichts half". Wir wissen noch nicht genau, wie sich diese Unterschiede erklären lassen, und wie man Fälle und Situationen erkennen kann, die ein größeres Veränderungspotenztial haben als andere.

Die Defintion von Agitation

Agitiation gehört zu den sogenannten „herausfordernden Verhaltensweisen". Das Fehlen einer allgemeingültigen Definition von herausfordernden Verhaltensweisen (Halek, 2018) macht die Begriffsbestimmung von Agitation nicht leicht. Außerdem liegen mehrere Definitionen vor (Kong, 2005). Ihre Gemeinsamkeit liegt im Beschreiben der physischen Komponenten, wie motorische, verbale oder vokale Aktivität. Die Unterschiede liegen in der Betrachtung von emotionalen oder psychologische Komponenten (Stimmung und Emotionen).

Die beiden wichtigsten Definitionen

Die bekannteste Definition der Agitation wurde von Cohen-Mansfield in den 1980er-Jahren entwickelt: „Danach ist Agitation eine unangemessene / unpassende verbale, vokale oder motorische Aktivität, die sich nicht durch Bedürfnisse oder Verwirrtheit per se erklären lässt" (Cohen-Mansfield et al., 1986). Die Agitation wird hier in vier unterschiedliche Subtypen unterteilt:

- körperlich nicht aggressives Verhalten,
- körperlich aggressives Verhalten,
- verbal nicht aggressives Verhalten,
- verbal aggressives Verhalten (vgl. Cohen-Mansfield, 1996. Übersetzung siehe Halek et al., 2011).

Die aktuellste Definition liefert die Internationale Vereinigung der Psychogeriatrie (engl. IPA). Übereinstimmend (im Konsen-

Angehörige brauchen kompetente pflegerische Untersützung und Beratung, um mit Agitation umzugehen

sus-Prozess) definierten die Experten Agitation, wenn der Patient mindestens eine der folgenden Verhaltensformen zeigt:

- exzessive motorische Aktivität,
- verbale Aggression,
- körperliche Aggression,

die mit beobachtbaren oder vermuteten emotionalem Stress assoziiert sind.

Das Verhalten ist persistent oder häufig wiederkehrend für mindestens zwei Wochen und repräsentiert eine Veränderung vom üblichen Verhalten des Patienten. Das Verhalten des Betroffenen muss so schwerwiegend sein, dass es zu zusätzlichen Einschränkungen führt, die nicht durch kognitive Einschränkungen begründet sind:

- signifikante Störung in interpersonalen Beziehungen,
- signifikante Störung der sozialen Funktionen (social functioning),
- Störungen in Fähigkeiten und Teilnahme des alltäglichen Lebens (activities of daily living, ADL).

Während Co-Morbiditäten (zusätzlich auftretende Krankheitsbilder) präsent sein können, dürfen die Agitationssymptome nicht auf eine andere psychiatrische Störung, Umwelt- oder Gesundheitszustände oder auf physiologische Auswirkungen des Substanzgebrauchs zurückzuführen sein (Cummings et al., 2014).

Zusammenfassung der beiden Positionen

Gemeinsam ist den beiden wichtigsten Definitionen die Benennung der Subtypen und der unterschiedlich detailreiche Hinweis, dass Agitation sich nicht durch naheliegende Faktoren erklären lässt. Einfach ausgedrückt – Unruhe als Folge von Schmerzen, Durst, Lärm usw. ist keine Agitation.

Finden wir eine Erklärung für die Agitation, ist es keine mehr, sondern ein zielgerichtetes Verhalten, eine Mitteilung oder eine angemessene Reaktion auf Situationen oder Reize. Folgerichtig müssten wir dann auf den Begriff Agitation verzichten und entsprechend unsere Sprache anpassen: Der Mensch ist nicht agitiert, sondern zeigt Schmerzsymptomatik oder ist durstig oder flüchtet vor dem Lärm. Das ist ein hoher Anspruch, denn die ritualisierte Sprache zu verändern, setzt die Veränderung des Bewusstseins, der Haltung, der Perspektive auf das Verhalten und den Menschen voraus. Das ist nicht einfach. Trotzdem ist dieses Verständnis elementar wichtig für das Erkennen, Benennen und den Umgang mit Agitation und anderen Verhaltensformen. Es wirkt der Stigmatisierung und Pathologisierung von Verhaltensveränderungen entgegen.

Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis

In der Forschung findet diese Differenzierung der Definition nicht statt (s.oben). In den Studien werden in der Regel Agitation und ihre Subtypen erfasst, ohne zu klären, ob sie durch unerfüllte Bedürfnisse oder andere Faktoren erklärbar sind. In den Instruktionen der wichtigsten Erfassungsinstrumente für agitiertes Verhalten wird dazu aufgefordert, zwischen dem Verhalten vor der Krankheit und nach Ausbruch der Krankheit zu unterscheiden. Mehr ist aus forschungspragmatischen Gründen nicht möglich. Somit muss man davon ausgehen, dass alle Studien, die sich mit Agitation befassen, sei es mit den Fragen der Epidemiologie, Ursachen oder Interventionen, die Agitation unabhängig ihrer Ursachen adressieren. Was das für die Praxis bedeutet, lässt sich nicht bewerten, weil wir keine Studienergebnisse haben, die die oben genannte Differenzierung vornehmen.

Foto: © JackF/stock.adobe.com

Gibt es Agitation ohne Leidensdruck?

Ein weiteres wichtiges Merkmal der neueren Definition ist der Aspekt der Folgen des Verhaltens. Es ist erst dann Agitation, wenn sie zu weiteren Einschränkungen im Alltag und in menschlichen Beziehungen führt. Auch dies ist keine neue Feststellung, denn bereits seit längerem werden Folgen von herausforderndem Verhalten als der wichtigste charakterisierende Faktor genannt (Bartholomeyczik et al., 2007; Bird et al., 2008). Das Verhalten wird erst dann als problematisch, störend oder herausfordernd wahrgenommen, wenn es zu Belastung, Stress und Leid bei den Beteiligten führt. Eine „entspannte" Agitation, die keine negativen Folgen hat, ist demnach kein herausforderndes Verhalten und damit auch keine Agitation. Tatsächlich bestätigen diese Annahme Studien, die sich mit dem Erleben der pflegenden Angehörigen oder auch professionell Pflegenden beschäftigen.

Agitation wirkt sich auf die Beziehung aus

Was erleben Pflegende als herausforderndes Verhalten oder Agitation?

Die Pflegenden beschreiben die Betreuung von Menschen, die Veränderungen im Verhalten zeigen, als herausfordernd, hart, schwierig, erschöpfend insbesondere dann, wenn Menschen mit Demenz negative Verhaltensweisen zeigen, zu denen Aggression, fehlendes Engagement, gestörter Schlaf oder Essensprobleme zählen (Appleton et al., 2017). Wenn das Verhalten als zielgerichtet (intentional) bedrohlich oder sozial inakzeptabel erlebt wird, wird es von den Pflegenden als problematisch und herausfordernd beschrieben (Dupuis et al., 2012). Auch wenn durch das Verhalten Mitbewohner oder die Familie beeinträchtigt werden, wird es als schwierig erlebt.

Wie erklären Pflegende herausforderndes Verhalten oder Agitation?

Die meisten Pflegenden verstehen das Verhalten als Folge der Demenz und verurteilen Betroffene deshalb nicht, wenn diese zum Beispiel aggressiv werden. Sie nehmen an, dass die Aggression bereits ein Teil der Persönlichkeit vor der Krankheit war und nun aufgrund der Veränderungen im Gehirn die Kontrolle darüber nicht mehr möglich ist (Nybakken et al., 2018). Gleichzeitig wird das aggressive Verhalten als eine Möglichkeit des Sich-Ausdrückens verstanden, als Reaktion auf das Umfeld, oder als Ausdruck der eigenen Emotionen wie Angst oder Überforderung. Dieses Verständnis wird von den Pflegenden als wichtig beurteilt, weil so eher die Perspektive der Menschen mit Demenz berücksichtigt werden kann (Isaksson et al., 2008). Aggressives Verhalten wird häufig in der direkten Pflege, wie bei der persönlichen Hygiene oder beim Essen, erlebt. Die Pflegenden verstehen dieses Verhalten als einen Versuch, die Integrität zu wahren, als Schutz der Intimsphäre, des persönlichen Bereiches, weil der Sinn für die pflegerische Tätigkeit aufgrund der Demenz nicht mehr hergestellt werden kann (Nybakken et al., 2018).

Die persönliche Einstellung reflektieren

Agitiertes oder herausforderndes Verhalten der zu Betreuenden hat einen Einfluss auf die Emotionen der Pflegenden. Sie empfinden Angst, fühlen sich nicht wertgeschätzt, abgewiesen oder manipuliert (Appleton et al., 2017). All das wirkt sich auf die Beziehung zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegenden aus und kann eine negative Auswirkung auf die Qualität der Pflege haben. Verhaltensveränderungen können aber auch etwas Positives bewirken. Pflegende, die sich intensiv mit den möglichen Auslösern auseinandersetzen, lernen die Menschen viel näher und besser kennen. Sie wissen die Zeichen zu deuten, kennen die Vorlieben und Abneigungen, finden eine gemeinsame Kommunikationsbasis. Das wiederum hat einen positiven Einfluss auf die Beziehung, auch wenn diese Arbeit als sehr hart und mühsam beschrieben wird (Appleton et al., 2017). Deshalb ist die Haltung und Einstellung der Pflegenden von größer Bedeutung.

Pflegende haben verschiedene Grundhaltungen gegenüber dem herausfordernden Verhalten, was wiederum in unterschiedliche Umgangsweisen resultiert:

- Pflegekräfte, die das Verhalten als ein Problem verstehen, das es zu kontrollieren gilt, neigen dazu, ein negatives Bild des Menschen mit Demenz und seinen Kompetenzen zu haben. Das hat negative Auswirkungen auf die Interaktion. Diese Pflegenden bevorzugen eher klare Vorgaben und sind vornehmlich aufgabenorientiert. Wenn Pflegende ausschließlich die Demenz als Erklärung für das Verhalten annehmen, laufen sie eher Gefahr, die Botschaft des Verhaltens nicht zu verstehen und zu ignorieren. Pflegende mit solchen Einstellungen neigen dazu, das Verhalten persönlich zu nehmen und sich nicht in ihrer Professionalität bestätigt zu fühlen (Nybakken et al., 2018).
- Pflegkräfte, die es schaffen, das Verhalten als bedeutsam, selbstverständlich und „normal" wahrzunehmen, können sich besser mit dem Verhalten arrangieren. Sie empfinden es als eine Herausforderung und nicht als Problem (Hantikainen, 2001). Sie sind erfolgreicher zum Beispiel in der Prävention der Aggression und Agitation (Nybakken et al., 2018).

Wie erleben Angehörige Agitation?

Pflegende Angehörige empfinden, ähnlich wie professionell Pflegende, das Verhalten als problematisch, wenn sie es nicht verstehen bzw. missverstehen. Insbesondere, wenn das Verhalten als Verletzung von sozialen Normen angesehen wird,

Mögliche Interventionen bei Agitation

- **Erinnerungs-/Biographiearbeit:** Durch Bilder und Erinnerungsstücke lassen sich positive Stimmung und Erinnerung generieren.
- **Sensorische Maßnahmen:** Mit Musik, Aromatherapie, Berührung oder visuelle Angebote können unterschiedliche Sinne angesprochen und positive Erlebnisse und Gefühle hervorgerufen werden.
- **Bedeutsame Beschäftigung:** Alltagsaktivitäten (Tisch abwischen, Tisch decken), Freizeitaktivitäten oder Bewegung unterstützen das Gefühl der Person, sich sinnvoll einbringen zu können, die Zeit wertvoll zu verbringen und sich zu engagieren.
- **Bewegungsangebote:** Sie dienen zur Erhaltung und Förderung von Beweglichkeit und Bewegung mit dem Ziel, Einschränkungen zu vermeiden, die Frustration, Schmerz usw. und damit Agitation begünstigen können, sowie Bewegung zu ermöglichen, um Unruhe und Bewegungsdrang stattzugeben und ggf. abzubauen.
- **Kognitive Stimulation:** Durch Spiele, Gedächtnistraining und Alltagsaktivitäten die kognitive Funktionen einfordern, soll die kognitive Fähigkeit erhalten bleiben, um durch bessere Orientierung Frustrationen bei den Menschen mit Demenz zu vermeiden und damit auch der Agitation entgegenzuwirken.

oder wenn das Verhalten nicht zu dem „früheren" Leben des Angehörigen passt: „Meine Mutter war nie so." Auch die persönliche Erwartung der pflegenden Angehörigen an den Menschen mit Demenz bestimmt den Grad der Herausforderung. Das zum Beispiel wiederholte Fragen und häufige Wiederholen von Informationen hinterlässt Unverständnis bei den Angehörigen. Auch das Beschuldigen oder die Aggression werden als persönliche Angriffe verstanden, insbesondere, weil der pflegende Angehörige nur „Gutes" möchte und diese enttäuschende Reaktion erfährt. Hinzu kommt, dass Angehörige sich nicht als wirksam im Lösen solcher Situationen erleben und mit ihrem Misserfolgen ständig konfrontiert werden, ohne ein Ausweg zu sehen (Feast et al., 2016). Die persönliche Betroffenheit hindert sie, andere Lösungsoptionen zu suchen und auszuprobieren. Angehörige besitzen auch unterschiedliche Toleranzniveaus für das agitierte Verhalten. Das hat wiederum Auswirkung darauf, wann ein Verhalten als problematisch oder herausfordernd erlebt wird.

Das Gefühl, nicht verstanden zu werden

Das Fehlen eines gemeinsamen Verständnisses zwischen dem pflegenden Angehörigen und dem Menschen mit Demenz ist der wichtigste Grund dafür, dass das Verhalten als problematisch angesehen wird. Sich nicht zu verstehen, keinen sinnvollen Austausch, keine Diskussion und Interaktion zu erfahren, gepaart mit der verschwindenden Verbundenheit und Gemeinsamkeit und dem Verlust von Liebe, führt zu Gefühlen der Einsamkeit und Isolation, sich etwas Wichtigem beraubt zu fühlen, letztendlich zu großer Trauer (Feast et al., 2016). Diese Prozesse sind unabhängig von der Art des Verhaltens und gelten für alle Veränderungen durch die Demenzerkrankung.

Was können wir tun?

Eine positive Haltung einnehmen

Zunächst machen die Ergebnisse zu den Erfahrungen und Wahrnehmungen der pflegenden Angehörigen und der professionell Pflegenden deutlich, dass das Verstehen des Verhaltens, der Agitation, als etwas Bedeutsames, als Botschaft, als Hinweis auf Bedürfnisse von grundlegender Voraussetzung für das Handeln ist. Das setzt voraus, dass eine bestimmte Haltung und Philosophie bei den Pflegenden und Familien vorhanden sein muss. Diese positive Haltung führt dazu, dass Agitation weniger problematisch und belastend erlebt und empfunden wird und dass der Umgang mit Agitation personzentrierter und würdevoller stattfindet. Im Ergebnis besteht eine größere Chance, dass agitierte Situationen vermieden werden können und ihnen erfolgreicher begegnet werden kann. Schulungsprogramme können dabei helfen, wenn sie das Wissen über Demenz erweitern und Fertigkeiten in der Kommunikation und im Assessment sowie in den Pflegeplanungen verbessern (Evripidou et al., 2019; Livingston et al., 2014; Spector et al., 2013).

Interventionen in der Pflege einsetzen

Des Weiteren benötigen die Pflegenden und Familien Kenntnisse über mögliche Methoden und Ansätze, um den für die Agitation verantwortlichen Bedarf und die Bedürfnisse adressieren zu können. Wie effektiv diese unterschiedlichen Interventionen sind, wurde in vielen Studien und Übersichtsarbeiten evaluiert (Clarkson et al., 2017b; Holle et al., 2016; Legere et al., 2018). Die Ergebnisse und damit die Empfehlungen variieren jedoch stark. Sensorische Interventionen (Kong et al., 2009), Musiktherapie und personzentrierte Interventionen (Livingston et al., 2014) scheinen im Vorteil zu sein. Nicht zu vernachlässigen sind pflegerische Interventionen, die körperliche Bedürfnisse wie Schmerz, Hunger und Durst lindern (Husebo et al., 2014). Für viele andere Interventionsarten gibt es keine ausreichende Evidenz über die Wirksamkeit. Die Praxiserfahrungen zeigen jedoch, dass es sich lohnt, unterschiedliche Methoden und Ansätze auszuprobieren **(s. Kasten)**. Der Kasten gibt einen Überblick über verschiedene Unterstützungangebote, wobei die Trennung künstlich ist, da viele der Unterstützungsmöglichkeiten unterschiedliche Komponenten nutzen, zum Beispiel die Tanztherapie. Sie beinhaltet Bewegung, Musik, Erinnerung und sinnhafte Beschäftigung.

Angehörige informieren und schulen

Für die Familien werden in der Literatur neben den hier erwähnten Interventionen vor allem Beratungsangebote und

Schulungen beschrieben, die zum Ziel haben, die pflegenden Angehörigen in der Problemlösung zu unterstützen, ihnen Wissen zu vermitteln, wie sie besser mit dem Verhalten umgehen können, aber auch, wie sie sich selbst stärken und vor Überbelastung schützen können. Zum letzteren gehören auch emotionale und soziale Unterstützung, zum Beispiel Selbsthilfegruppen (Clarkson et al., 2017a).

Die Pflege verfügt bereits über wissenschaftlich fundierte Ansätze, die die Fachkräfte in allen Pflegesettings unterstützen können, Konzepte für den Umgang mit Agitation zu entwickeln und umzusetzen. Zu dieser Wissensbasis gehören

- die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2007),
- der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2018).

Der Expertenstandard legt den Schwerpunkt auf die Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegenden, Menschen mit Demenz und anderen Beteiligten als Grundlage für das Verstehen ihrer Situation, ihrer Bedürfnisse und ihrer Wünsche. Damit soll die Beziehungsqualität aller Beteiligten gestärkt und personzentrierte Pflege möglich werden. Diese Arbeit kann als Grundstein für die Prävention und den Umgang mit Agitation und anderen herausfordernden Verhaltensweisen verstanden werden.

Im Standard bestätigt sich die Bedeutung des Verstehensprozesses für die personzentrierte Pflege, der bereits in den Rahmenempfehlungen vor mehr als zwölf Jahren ausgearbeitet wurde. Als eine Kernempfehlung der Rahmenempfehlungen wird die Verstehende Diagnostik des Verhaltens formuliert (Halek, 2017). Ihre Grundprinzipien sind:

- die Einnahme der Perspektive des Menschen mit Demenz,
- Nutzung vielfältiger erklärender Modelle für die Suche nach Auslösern,
- der Versuch, das Verhalten zu objektivieren, in dem persönliche Betroffenheit und Erfahrungen reflektiert werden,
- Einbindung des gesamten Teams und der Angehörigen in die Verstehensprozesse,
- Formulierung von Verstehenshypothesen, die mit Hilfe gut geplanter Maßnahmen bestätigt oder auch widerlegt werden.

Zusätzlich geben die Rahmenempfehlungen Hinweise für potentiell hilfreiche Interventionen, auch wenn die Studienlage nicht so eindeutig ist. Für die Agitation ist insbesondere die siebte Empfehlung von Relevanz, die die akute Krise adressiert, welche häufig mit Aggressivität einhergehe. Hier wird empfohlen, dass Pflegende in Deeskalationstechniken geschult werden sollten, um mit der akuten Situation kompetent umgehen zu können. Leider gibt es zu wenig wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, welche Technik am besten funktioniert (Spencer et al., 2018).

Resümee

Der Schlüssel zur Entschärfung und zur „Behandlung" von Agitation ist der Grad der demenzspezifischen Kompetenz

Agitertes Verhalten kann sich auch im wiederholenden Fragen äußern

sowohl der professionell Pflegenden als auch der pflegenden Angehörigen. Um positive Haltung und personzentrierten Zugang zu der Welt der Menschen mit Demenz erhalten zu können, benötigen die Handelnden

- umfassendes Fachwissen,
- hermeneutisches Fallverstehen,
- Kenntnisse von Methoden zur Diagnostik relevanter Pflege- und Gesundheitsphänomene,
- Erfahrungen in der Beobachtung relevanter Zeichen,
- demenzsensible Kommunikationstechniken,
- Kenntnis der unterschiedlichen Interventionsmethoden sowie die Fähigkeit, diese fallorientiert einzusetzen
- und die Kompetenz, realistische und situationsgerechte Ziele zu setzen und diese zu evaluieren.

Da die pflegenden Angehörigen diese Kompetenzen nur in Ansätzen fallspezifisch entwickeln können, benötigen sie eine kompetente Anleitung und Beratung seitens der Pflege.

Gedanken zur Zukunft in der Pflege

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Reformen der Pflegeausbildung auf dieses hier skizzierte hochprofessionelle Expertentum in der Altenpflege auswirken. Zumindest mit großer Sorge müssen die neusten Entwicklungen im Zusammenhang mit der generalistischen Ausbildung, Debatten um Fachkraftquoten oder diversen Ideen zum Einwerben von neuen Mitarbeitern in der Altenpflege betrachtet werden. Die Altenpflege hat es verpasst, den steigenden Anspruch an ihre Professionalität, Fachkompetenz und Verantwortung klar zu formulieren und zu verteidigen. Die Absenkung der Kompetenzanforderungen und das Beibehalten alter Abschlüsse ist ein Rückschritt in dem Bestreben nach hochqualifizierter Altenpflege. Masse statt Klasse ist keine Lösung vor dem Hintergrund steigender Anforderungen an die Pflege. Ein „gutes Herz" und „helfen wollen" sind wichtige Voraussetzungen für diesen Beruf, aber sie reichen heutzutage beim weitem nicht aus. Neben der Fähigkeit, sich

Foto: © DOC RABE Media/stock.adobe.com

aktuelles Fachwissen anzueignen, bedarf es weiterer Voraussetzungen, den Pflegealltag kompetent zu gestalten, wie zum Beispiel die Handlungsfähigkeit (Verknüpfung von Theorie und Praxis) und Handlungsbereitschaft (Motivation, Verantwortung zu übernehmen) (Schwarz et al., 2018). Es ist zu vermuten, dass die Akademisierung der Pflege als ein wichtiges Element der Sicherstellung und Weiterentwicklung von Wissen und damit der Praxis an der Altenpflege vorbeizieht und sie im besten Falle zusehen kann, wie andere ihren Bereich gestalten werden. Nur 9,5 % der Absolventinnen von berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen sind in der Altenhilfe tätig (Baumann et al., 2019). Attraktivität des Berufs lässt sich auch darüber erreichen, wie selbstwirksam sich Mitarbeiterinnen in ihrem Arbeitsalltag erleben, wie viel und auf welche Art und Weise sie Verantwortung übernehmen können, wie ihre Kompetenz bei den Pflegebedürftigen ankommt und von anderen wahrgenommen wird. Karrieremöglichkeiten sind eine wichtige Motivation, bestimmte Berufe zu ergreifen. Die lässt sich auch „am Bett" machen, 78 % der Bachelorabsolventinnen sind in der direkten Pflege tätig (Baumann et al., 2019), in dem Fachexpertise erworben und erfahren werden kann. Und dafür werden nicht nur Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz dankbar sein.

Literatur

Appleton, K., & Pereira, A. (2017): Behavioural changes in dementia and their impact on professional caregivers: A grounded theory approach. Dementia (London), Jan 1: 1471301217714654.

Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Sowinski, C.; Besselmann, K.; Dürrmann, P.; Haupt, M.; Kuhn, C.; Müller-Hergl, C.; Perrar, K. M.; Riesner, C.; Rüsing, D., Schwerdt, R.; van der Kooij, C., & Zegelin, A. (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Baumann, A. L., & Kugler, C. (2019): Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen grundstandig qualifizierender Pflegestudiengange – Ergebnisse einer bundesweiten Verbleibstudie. Pflege, 32(1), 7–16.

Bird, M., & Moniz Cook, E. (2008): Challenging behaviour in dementia: a psychosocial approach to intervention Handbook of the Clinical Psychology of Ageing, Second Edition (pp. 571–594).

Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (Ed.). (2007). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Forschungsbericht 007 – Gesundheitsforschung. Berlin: BMG.

Clarkson, P., Hughes, J., Roe, B., Giebel, C. M., Jolley, D., Poland, F., Abendstern, M., Chester, H., & Challis, D. (2017a). Systematic review: Effective Home Support in Dementia Care, components and impacts – Stage 2, effectiveness of home support interventions. J Adv Nurs, 74(3), 507–527.

Clarkson, P.; Hughes, J.; Xie, C.; Larbey, M.; Roe, B.; Giebel, C. M.; Jolley, D.; Challis, D., & Members of the HoSt, D. P. M. G. (2017b): Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and impacts-Stage 1, psychosocial interventions for dementia. J Adv Nurs, 73(12), 2845–2863.

Cohen-Mansfield, J. (1996): Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. International Psychogeriatrics, 8(Suppl 3), 309–315.

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986): Agitated Behaviors in the Elderly: I. A Conceptual Review. Journal of the American Geriatrics Society, 34(10), 711–721.

Cummings, J.; Mintzer, J.; Brodaty, H.; Sano, M.; Banerjee, S.; Devanand, D. P.; Gauthier, S.; Howard, R.; Lanctôt, K.; Lyketsos, C. G.; Peskind, E.; Porsteinsson, A. P.; Reich, E.; Sampaio, C.; Steffens, D.; Wortmann, M.; & Zhong, K. (2014): Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. International Psychogeriatrics, FirstView, 1–11.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2018): Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz". Onsabrück: DNQP.

Dupuis, S. L.; Wiersma, E., & Loiselle, L. (2012): Pathologizing behavior. Meanings of behaviors in dementia care. Journal of Aging Studies, 26, 162–173.

Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2019). Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. Perspect Psychiatr Care, 55(1), 48–60.

Feast, A.; Orrell, M., Charlesworth, G.; Melunsky, N.; Poland, F., & Moniz-Cook, E. (2016): Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review Br J Psychiatry (Vol. 208, pp. 429–434). England: The Royal College of Psychiatrists 2016.

Halek, M. (2017): Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz. NovaCura, 1(48), 13–16.

Halek, M. (2018). Wann ist Verhalten herausfordernd? Die Antwort ist eine Frage der Perspektive. pflegen: Demenz, 56, 44–48.

Halek, M., & Rüsing, D. (2011): Verhaltenserfassung bei Demenz. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrg.), Pflegebezogene Assessmentinstrumente.Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis (1. Aufl. ed., pp. 371–399). s.l.: Verlag Hans Huber.

Hantikainen, V. (2001): Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. J Clin Nurs, 10(2), 246–256.

Holle, D.; Halek, M.; Holle, B.; & Pinkert, C. (2016): Individualized formulation-led interventions for analyzing and managing challenging behavior of people with dementia – an integrative review. Aging Ment Health, 1–19.

Husebo, B. S.; Ballard, C.; Cohen-Mansfield, J.; Seifert, R., & Aarsland, D. (2014): The Response of Agitated Behavior to Pain Management in Persons with Dementia. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22(7), 708–717.

Isaksson, U.; Astrom, S., & Graneheim, U. H. (2008): Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers J Clin Nurs (Vol. 17, pp. 1660–1666). England.

Kong, E.-H. (2005): Agitation in dementia: concept clarification. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 523–536.

Kong, E. H.; Evans, L. K.; & Guevara, J. P. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health, 13(4), 512–520.

Legere, L. E.; McNeill, S.; Schindel Martin, L.; Acorn, M., & An, D. (2018): Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. J Clin Nurs, 27(7–8), e1360-e1376.

Livingston, G.; Kelly, L.; Lewis-Holmes, E.; Baio, G.; Morris, S.; Patel, N.; Omar, R. Z.; Katona, C., & Cooper, C. (2014): A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. Health Technol Assess, 18(39), 1–226.

Nybakken, S.; Strandås, M.; & Bondas, T. (2018): Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. Journal of Advanced Nursing.

Schwarz, L.; & Höhmann, U. (2018): Arbeitsprozessintegrierte Entwicklung von beruflicher GEsataltungskompetenz in der Pflege. Der theoretische Rahmen, ein Werkzeug für die Praxis und die Voraussetzung des Gelingens. In U. Höhmann, O. Lauxen & L. Schwarz (Hrg.), Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken (pp. 19–72). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Spector, A.; Orrell, M., & Goyder, J. (2013): A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. 1, 12, 354–364.

Spencer, S.; Johnson, P., & Smith, I. C. (2018): Deescalation techniques for managing nonpsychosis induced aggression in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews(7).

van der Linde, R. M.; Dening, T., Stephan, B. C. M.; Prina, A. M.; Evans, E., & Brayne, C. (2016): Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. The British Journal of Psychiatry.

Dr. Margareta Halek
Altenpflegerin, Forschungsgruppenleitung am DZNE in Witten und Juniorprofessorin für Pflegewissenschaften am Department für Pflegewissenschaften der Uni Witten/Herdecke
E-Mail: magareta.halek@dzne.de