

Spannungsfeld ‚Sicherheit - Risiko - Selbstbestimmung‘ (SSRA)

Ein Praxis-Wissenschaftsdialog zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen im Bereich der Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften und (tages-)stationären Einrichtungen der Caritas Socialis.



Endbericht

Mai 2015



Projektstab

Projektleitung:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Wissenschaftliche Mitarbeit und Projektassistenz:

Dipl.- Pflegepädagogin Julia Hauprich

Stefanie Maria Mayrhofer, BScN

Berichtverfassung:

Dipl.- Pflegepädagogin Julia Hauprich

Stefanie Maria Mayrhofer, BScN

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

TeilnehmerInnen der Caritas Socialis Wien:

Nina Bauer

Elfriede Berl

Michael Biribauer

Cornelia de Wilde

Petra Hausteiner

Marion Landa-Meidlinger

Dalibor Vidakovic

Jennifer Zamberger

Kontaktadresse

Institut für Pflegewissenschaft

1080 Wien, Alserstraße 23/12

Telefon: +43/1/4277-49801, Fax: +43/1/4277-9498

E-Mail: pflgewissenschaft@univie.ac.at

Homepage: www.univie.ac.at/pflgewissenschaft

Zusammenfassung

Hintergrund und Ausgangslage: Die kontinuierlich steigende Zahl an dementiell Erkrankten stellt nicht nur Politik und Gesellschaft, sondern auch Pflegende und Angehörige vor erhebliche Herausforderungen. Vor allem die ethischen Leitprinzipien *Sicherheit* und *Selbstbestimmung* werfen im Rahmen der Demenzpflege vielschichtige Spannungsfelder hinsichtlich Wertevorstellungen, Sicherheitsansprüchen und Effizienzforderungen auf. Vor diesem Hintergrund befinden sich Pflegefachkräfte in einem täglichen Balanceakt zwischen dem Erspüren des mutmaßlichen Willens der Erkrankten und dessen praktischer Umsetzung. Im Zuge der vielschichtigen Einflussfaktoren sehen sich Pflegepersonen oftmals in ethischen Konfliktsituationen, in denen es unmöglich erscheint, sowohl den Interessen der Erkrankten, als auch jenen der Institution und den eigenen Vorstellungen auf gleiche Weise gerecht zu werden.

Projektziele: Übergeordnetes Ziel war die Entwicklung eines praxis-, erfahrungs- und wissenschaftsbasierten Konzepts als Entscheidungsorientierung innerhalb der Prinzipien Sicherheit und Selbstbestimmung in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen der Caritas Socialis Wien. Ebenso zentrale Zielaspekte waren die Identifikation zentraler Themen, an denen sich das Spannungsfeld ‚*Sicherheit - Risiko -Selbstbestimmung*‘ aufmacht sowie das Festmachen konkreter Umgangsstrategien und Situationseinflussfaktoren. Des Weiteren wurde eine Beschreibung von Selbstbestimmung und Sicherheit als wissenschaftlich und praktisch relevantes Konstrukt angestrebt.

Projektumsetzung: In vier Workshops und den daran jeweils angrenzenden Praxisphasen wurden in Anlehnung an die partizipativen Grundsätze der Aktionsforschung eine gemeinsame Grundhaltung erarbeitet sowie Spannungsfelder identifiziert und diese unter begleitender wissenschaftlicher Betrachtung fortlaufend spezifiziert. Nach der Analyse konkreter Ursachen, Einflussfaktoren und Handlungsoptionen bestehender Spannungsfelder wurde in wechselseitiger Interaktion zwischen Pflegepraxis und Pflegewissenschaft ein übergeordneter Handlungspfad als Hilfestellung innerhalb pflegerischer Entscheidungen entwickelt.

TeilnehmerInnen der Workshops waren Pflegepersonen der Caritas Socialis Wien, welche in unterschiedlichen Bereichen (Tageszentrum, Wohngemeinschaft, stationäre Einrichtung) der Betreuung Demenzkranker tätig sind.

Ergebnisse und weiterführende Handlungsempfehlungen: Um den Umgang mit Spannungsfeldern zu erleichtern, konnte entsprechend dem Projektziel ein Handlungspfad zur Entscheidungsorientierung zwischen den Prinzipien Sicherheit, Risiko und Selbstbestimmung erarbeitet werden. Konkrete Konfliktsituationen werden dabei im Rahmen von BewohnerInnenbesprechungen je nach Ursachenschwerpunkt auf einer von drei identifizierten Ebenen (Arbeitskultur, Arbeitsumfeld, unterschiedliche Sichtweisen der unmittelbar beteiligten Personen) verortet. Im Falle eines Spannungsfeldes auf Ebene der unmittelbar Beteiligten erfolgt eine konkrete Situationsanalyse. Dazu wird ein im Zuge der Workshops erarbeitetes Instrument herangezogen, mit welchem die unterschiedlichen Einflussfaktoren bzw. AkteurInnen strukturiert festgemacht und visualisiert werden können. Auf dieser systematischen Einschätzung aufbauend wird die Gesamttendenz aller Beteiligten bzgl. Handlungsvorgehen auf einem Kontinuum zwischen Selbstbestimmung und Sicherheit verortet. Anschließend werden die bestehenden Handlungsoptionen hinsichtlich der Gewährleistung von Sicherheit bzw. Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines möglichen Risikos abgewogen. Als Empfehlung gilt die weiterführende Evaluierung des Handlungspfades im praktischen Kontext, die systematische und strukturierte Darstellung zentraler Risikofaktoren sowie die Einrichtung eines Austauschforums zur bereichsübergreifenden Diskussion bestehender Spannungsfelder.

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Ausgangslage	1
2	Ziel des Projekts.....	3
3	Projektumsetzung	4
3.1	Methodisches Vorgehen.....	4
3.2	Projektablauf	5
3.3	Literaturrecherche.....	9
4	Ergebnisse	11
4.1	Gemeinsames Verständnis von Selbstbestimmung	11
4.1.1	Definition 1	12
4.1.2	Definition 2	13
4.2	Identifizierte Bedingungsgebiete für Spannungsfelder	14
4.3	Identifizierte Einflussfaktoren	16
4.4	Handlungspfad zur Unterstützung der Entscheidungsfindung im Spannungsfeld ...	17
4.4.1	Bearbeitungsebene	18
4.4.2	Situationsanalyse.....	18
4.4.3	Entscheidungsorientierung	21
4.4.4	Austausch-/ Diskussionsforum.....	25
5	Schlussfolgerung und weiterführende Handlungsempfehlungen	26
	Literatur.....	VII

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Handlungsentscheidungen als Gradwanderung zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung (eigene Darstellung)	1
Abb. 2: Projektablauf.....	5
Abb. 3: Inhalte der Workshops	7
Abb. 4: Inhalte der Bearbeitungsaufträge.....	8
Abb.5 Bedingungsbereiche (eigene Darstellung).....	14
Abb. 6: Handlungspfad zur Entscheidungsfindung	17
Abb. 7: Instrument zur strukturierten Situationsanalyse	20
Abb. 8: Hitzetafel ‚Selbstbestimmung/Autonomie – Risiko‘	24
Abb. 9: Hitzetafel ‚Sicherheit – Risiko‘	24

1 Hintergrund und Ausgangslage

Durch die hohe Prävalenzrate und die kontinuierliche steigende Zahl an Neuerkrankungen nehmen dementielle Erkrankungen nicht nur auf gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Ebene eine zentrale Rolle ein, sondern stellen durch deren weitreichende Krankheitsfolgen vor allem auch die Betroffenen selbst und deren Angehörige vor vielschichtige Herausforderungen. Einen zentralen Kernaspekt stellt vor diesem Hintergrund die Versorgung von Menschen mit Demenz dar, wobei zahlreiche fachliche, rechtliche und ethische Einflussfaktoren hohe Anforderungen an Betreuung und Pflege stellen (Hahn, Klie & Becker, 2012). Besonders die Orientierung an den ethischen Leitprinzipien *Sicherheit* und *Selbstbestimmung* im Kontext der Pflege von Menschen mit Demenz führt zu komplexen Spannungsfeldern bezogen auf bestehende Wertevorstellungen, Effizienzanforderungen und Sicherheitsansprüche. Graneheim, Isaksson, Ljung & Jansson (2005) sprechen in diesem Zusammenhang von einem Balancieren zwischen Widersprüchen. Indem sich die zentrale Frage stellt, wie eine möglichst hohe Lebensqualität gewährleistet, dem Recht auf Selbstbestimmung nachgekommen und dennoch ein möglichst hohes Maß an Sicherheit gewährleistet werden kann, finden sich Pflegepersonen hinsichtlich ihrer Handlungsentscheidungen oftmals in einer ethischen Gradwanderung innerhalb des sich aufmachenden Spannungsfeldes von *Sicherheit*, *Risiko* und *Autonomie* in der Betreuung von Menschen mit Demenz (Hahn et al., 2012) (Abb. 1).

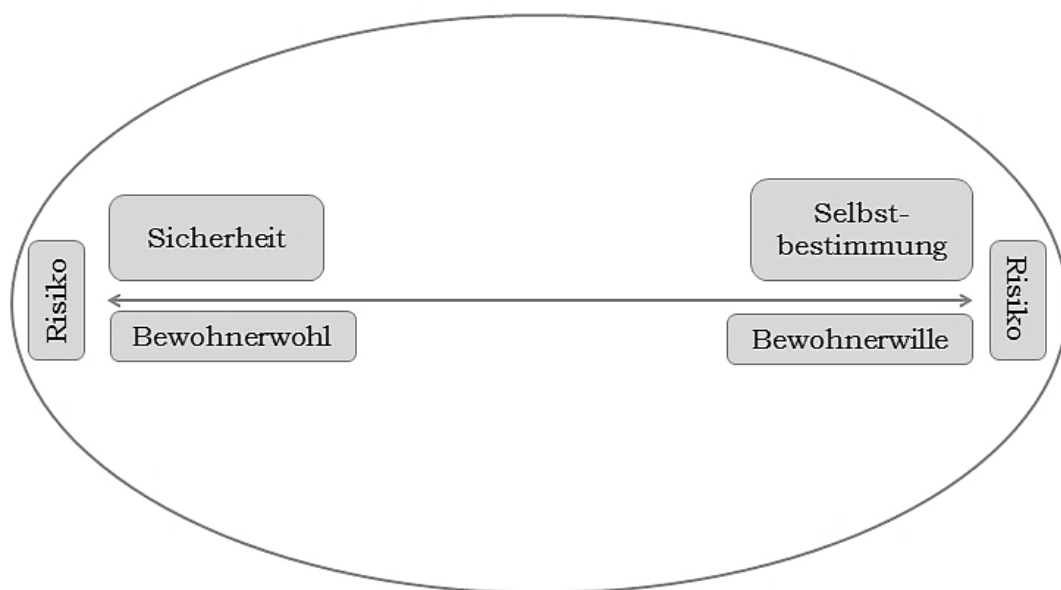


Abb.1: Handlungsentscheidungen als Gradwanderung zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung (eigene Darstellung)

Konkrete Problemfelder in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz bestehen in Diskrepanzen zwischen früheren Werteäußerungen und den davon abweichenden aktuell geäußerten Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen. Weitere zentrale problematische Kernaspekte stellen neben der grundsätzlichen Gewährleistung von Selbstbestimmung und Würde die Bedingungen im Arbeitsumfeld und jene auf Organisations- und Institutionsebene dar (Jakobsen & Sorlie, 2010). Hier zeichnet sich das Spannungsfeld durch Divergenzen zwischen pflegerischen Wertevorstellungen und institutionellen Sicherheitsansprüchen, sowie ökonomischen Effizienzforderungen aus. Ferner spielen auch Ansichten und Forderungen Angehöriger und rechtlicher Betreuungspersonen eine bedeutende Rolle in der Auseinandersetzung mit einer bestmöglichen pflegerischen Betreuung (Robinson et al., 2007). Im Zuge dieser vielschichtigen Einflussfaktoren erscheint es oftmals unmöglich, sowohl den Interessen der Erkrankten, als auch jenen der Institution und den eigenen Vorstellungen auf gleiche Weise gerecht zu werden (Jakobsen & Sorlie, 2010; Bolmsjö, Edberg & Sandman, 2006). Es wird deutlich, dass das tägliche Auspendeln zwischen Sicherheit, Selbstbestimmung und Risiko die Involvierung unterschiedlicher AkteurInnen mit ihren oftmals divergierenden Ansichten in den unterschiedlichen praktischen Kontexten verlangt und eine vielschichtige, umfassende Auseinandersetzung erfordert.

2 Ziel des Projekts

In dem sich auf aufmachenden Spannungsfeld zwischen den Leitprinzipien ‚Sicherheit – Risiko – Selbstbestimmung‘ ist es notwendig, Strategien und Modelle zu erstellen, welche Pflegepersonen in ethischen Entscheidungssituationen unterstützen (Bolmsjö et al., 2006). Vor diesem Hintergrund stellt die Entwicklung eines praxis-, erfahrungs- und wissenschaftsbasierten Konzepts als Handlungsbasis für die Betreuung und den Umgang mit Menschen mit Demenz das übergeordnete Ziel des vorliegenden Projektes dar.

Im Hinblick auf die abgezielte praxis-, erfahrungs- und wissenschaftliche Basierung des Konzeptes ergeben sich des Weiteren folgende mögliche untergeordnete Zielaspekte:

- Beschreibung von Selbstbestimmung und Sicherheit in Bezug auf die Betreuung von Menschen mit Demenz
- Identifikation zentraler Themen, an denen sich Spannungsfelder aufmachen
- Beschreibung des Risikoreiches und darauf bezogene bestehende Umgangs- und Betreuungsstrategien in der Pflegepraxis
- Identifikation von möglichen ‚Critical Incidents‘
- Erstellung von Risikoprofilen

3 Projektumsetzung

Im Folgenden werden sowohl die methodische, als auch die konkrete inhaltliche Umsetzung des Projektes dargestellt und näher erläutert.

3.1 Methodisches Vorgehen

Um die verschiedenen Perspektiven der Praxis und der Wissenschaft sowie Intuition und Erfahrung miteinander zu verbinden, orientierte sich das Projekt Spannungsfeld ‚Sicherheit – Risiko- Selbstbestimmung‘ methodisch an den Grundsätzen der Aktionsforschung und setzte somit direkt am konkreten pflegerischen Alltag an. Charakterisiert ist diese Methodik durch eine dynamische, prozesshafte und partizipative Vorgehensweise, wobei die enge Zusammenarbeit von PflegepraktikerInnen und WissenschaftlerInnen von zentraler Bedeutung ist (Zojer, Faul & Mayer, 2013). Auf diese Weise können praxisrelevante Problemlösungen sowie eine spezifische Verankerung in der Pflegepraxis gewährleistet werden (Lewin, 1946 zit. nach Zojer et al., 2013). Diese Vorgehensweise eignet sich besonders für die Bearbeitung des innerhalb diesen Projektes fokussierten Spannungsfeldes, da dieses wie in der Ausgangslage bereits dargestellt, durch die direkte Praxis bedingt ist und institutionell übergreifend kaum verallgemeinert und bearbeitet werden kann.

Vor diesem Hintergrund setzte sich das Projektteam aus ExpertInnen der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft zusammen. Die Pflegepraxis wurde dabei durch acht Pflegepersonen der Caritas Socialis Wien vertreten, welche in unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Tageszentrum, Wohngemeinschaft, stationäre Einrichtung) und Funktionen (Diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonen, Pflegehelfer, Heimhilfe) in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz tätig sind. Der wissenschaftliche Aspekt fand durch drei Pflegewissenschaftlerinnen des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien Bearbeitung. In Anlehnung an die Grundprinzipien der Aktionsforschung wurden in partizipativer Zusammenarbeit aus der Pflegepraxis stammende Inhalte in zyklischen Workshops durch parallel laufende Literaturrecherche mit wissenschaftlichen Aspekten verwoben, untermauert und konkretisiert. Dazu wurden vier Workshops mit jeweils anschließenden Praxisphasen und konkreten Bearbeitungsaufträgen abgehalten.

3.2 Projektablauf

Die folgende Grafik gibt eine Übersicht über den Ablauf des Projektes, welches im Zeitraum von November 2014 bis Juni 2015 stattfand. Nach eingehender wissenschaftlicher Literaturrecherche wurde im Jänner 2015 der erste Workshop abgehalten. Im Rahmen dessen wurden die vorhandenen Spannungsfelder und Problembereiche identifiziert und ein erster Schritt eines gemeinsamen Verständnisses von Autonomie, Selbstbestimmung und Sicherheit gestaltet. Im folgenden Verlauf des Projektes wurden im monatlichen Intervall drei weitere Workshops abgehalten, mit den Zielen, die identifizierten Spannungsfelder weiter zu konkretisieren, vorhandene Handlungsoptionen festzumachen und diese anhand eines im Zuge des Projektes entwickelten Handlungspfades abzuwägen und auszuwählen. Zwischen den Workshops folgten Praxisphasen mit jeweils konkreten Arbeitsaufträgen, hinsichtlich dieser sich die Problembereiche der Thematik, die Ziele sowie auch die Inhalte spezifizierten (siehe Abb. 2).

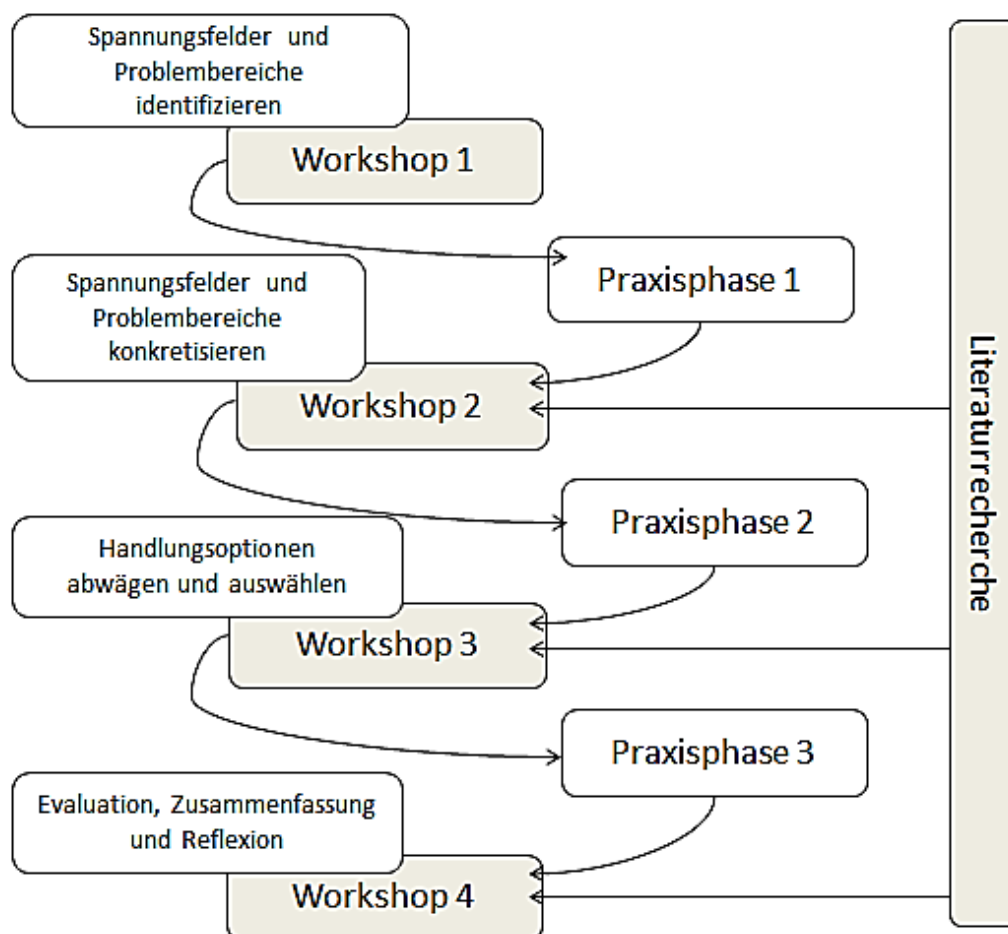


Abb. 2: Projektablauf

In folgender Abbildung soll eine Übersicht über die Inhalte der einzelnen Workshops gegeben und deren Inhalte näher erläutert werden (Abb. 3). Anfänglicher Schwerpunkt war dabei einerseits das Erarbeiten eines gemeinsamen Verständnisses der Aspekte Sicherheit, Autonomie und Selbstbestimmung als Ausgangspunkt und Grundlage des Projektes sowie das nähere Beleuchten bestehender Spannungsfelder und zentraler Einflussfaktoren. Kernelemente der folgenden Workshops waren die auf den vorhergehenden Ergebnissen basierende Erarbeitung, anschließende Erprobung sowie gemeinsame Adaptierung eines Handlungspfades zur Unterstützung der Entscheidungssituationen innerhalb von Spannungsfeldern.

Inhalte und Ziele	
Workshop 1 26. Jänner	<p style="text-align: center;">Spannungsfelder und Problembereiche identifizieren</p> <p>Selbstbestimmung – Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenes und gemeinsames Verständnis von Autonomie, Selbstbestimmung und Sicherheit als Ausgangspunkt des Projektes <p>Einflussfaktoren auf Selbstbestimmung in der Pflegepraxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festgesteckter Rahmen <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie aus Sicht von Betroffenen und Angehörigen (Studien) - MA 40/ rechtliche Situation • Identifizierung und Konkretisierung der Spannungsfelder <ul style="list-style-type: none"> - Analyse konkreter Situationen - Festmachen der konkreten Situations- und Einflussfaktoren

Inhalte und Ziele	
Workshop 2 25. Februar	<p style="text-align: center;">Spannungsfelder und Problembereiche konkretisieren</p> <p>Spannungsfelder konkretisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problembereiche sammeln und analysieren • Einflussfaktoren eruieren und priorisieren <p>Definition ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Sicherheit‘</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschläge und Rückmeldungen der TeilnehmerInnen zusammenbringen • gemeinsame Adaption
Workshop 3 25. März	<p style="text-align: center;">Handlungsoptionen identifizieren – abwägen – auswählen</p> <p>Definition ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Sicherheit‘</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschläge aus der Praxis zusammenbringen • gemeinsame Adaption und finale Formulierung auf Basis der Rückmeldungen aus der Praxis <p>Vorstellung und Anwendung des Handlungspfades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung anhand konkreter Fallbeispiele im Plenum und in Kleingruppen • Gemeinsame erste Überarbeitung und Anpassung
Workshop 4 28. April	<p style="text-align: center;">Evaluation, Zusammenfassung und Diskussion</p> <p>Evaluation des Handlungspfades</p> <p>Grobstrukturierung der Risikofaktoren</p> <p>Zusammenfassung und Diskussion der Projektergebnisse</p> <p>Reflexion des Projektes</p>

Abb. 3: Inhalte der Workshops

Um einen möglichst hohen Praxisbezug der Projektergebnisse zu gewährleisten, wurden die einzelnen Workshops jeweils mit konkreten Arbeitsaufträgen verknüpft, deren Inhalte in folgender Darstellung näher veranschaulicht werden (Abb. 4). Die Ergebnisse dieser Bearbeitungen wurden in die folgenden Workshops integriert und stellten richtungsweisende Elemente weiterer Projektinhalte dar.

Praxisauftrag 1
<p style="text-align: center;">Analyse erlebter Situationen im Spannungsfeld ‚Selbstbestimmung vs. Sicherheit‘ mit Hilfe des in Workshop 1 erstellten Rasters</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Kriterien waren maßgeblich verantwortlich für die Entwicklung des Spannungsfeldes? • Welche der im Raster dargestellten Kriterien spielten in der betrachteten Situation eine Rolle?
Praxisauftrag 2
<p style="text-align: center;">Handlungsoptionen im Spannungsfeld ‚Selbstbestimmung – Sicherheit‘</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung einer konkreten Problemsituation mittels adaptiertem Raster • Analyse möglicher Handlungsoptionen • Gemeinsames Verständnis von ‚Selbstbestimmung und Sicherheit‘ • Diskussion der Definition in der Praxis
Praxisauftrag 3
<p style="text-align: center;">Erprobung des Handlungspfades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung des Handlungspfades anhand eines konkreten Falles • Reflexion hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> - Verständlichkeit - Anwendbarkeit/Praktikabilität - Nützlichkeit - Änderungsvorschläge

Abb. 4: Inhalte der Bearbeitungsaufträge

3.3 Literaturrecherche

Um eine wissenschaftlich-theoretische Projektgrundlage zu erarbeiten und eine theoretische Ausgangslage zu schaffen, wurde zu Beginn eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken Scopus, Cinahl und PubMed sowie den Katalogbeständen der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien durchgeführt. Diese basierte auf folgenden Schlagwörtern, welche in unterschiedlichen Kombinationen verwendet wurden: *autonomy*, *self-determination*, *dementia*, *cognitive impairment*, *nursing*, *caring*, *conflict*, *tension*. Grundsätzlich wurden dabei unter anderem die Ziele verfolgt, die Aspekte *Autonomie*, *Selbstbestimmung* und *Sicherheit* im Kontext dementieller Erkrankung als theoretische Konstrukte festzumachen sowie den aktuellen themenspezifischen Forschungsstand mit besonderem Augenmerk auf beschriebene Spannungsfelder, spezifische Phänomene und Interventionsstudien, zu erheben. In weiterer Folge wurden die Abstracts potenziell relevanter Artikel gesichtet und diese je nach Qualität und Themenrelevanz eingeschlossen.

Als Ergebnis konnte neben Konzeptanalysen der Begriffe *Autonomie* und *Selbstbestimmung* eine Reihe relevanter Fachartikel und Literaturquellen zu unterschiedlichen Themenfeldern wie ethischen und rechtlichen Aspekten und bestehenden Konfliktbereichen und Spannungsfeldern herausgearbeitet werden. In Bezug auf den Umgang mit bestehenden Problemfeldern konnten nur wenige geeignete Interventionsstudien gefunden werden. Dies lässt sich damit begründen, dass die Thematik der Selbstbestimmung im Kontext von Demenz einen sehr weitgefassten und fallbezogenen Charakter aufweist, was sich auch in der darauf bezogenen Literatur widerspiegelt. Auf Grund dessen finden sich nur wenige Quellen, welche konkrete Handlungsempfehlungen bieten oder direkt übertragbare Interventionen vorlegen.

Anknüpfend an die initiale Literaturrecherche erfolgte eine fortlaufende begleitende Recherche, welche sich jeweils an den sich aus den Praxisphasen und Workshops ergebenden Themen- und Problembereichen orientierte.

So erfolgte an den im ersten Workshop identifizierten spannungsfeldbedingenden Aspekt der Zusammenarbeit mit zu- und angehörigen Personen, eine darauf fokussierte Literaturbetrachtung (zusätzliche Schlagwörter: *members*, *dependants*). Darüber konnten Studien bezüglich der verschiedenen Sichtweisen, Umgangsstrategien und Haltungen in Bezug auf Autonomie und Selbstbestimmung innerhalb der externen Versorgung von ZU- und

Angehörigen von Menschen mit Demenz analysiert werden. Diese Aspekte dienen im nächsten Workshop als Perspektiverweiterung der als problematisch identifizierten Bedürfnisintegration von zu- und angehörig Personen der zu versorgenden Menschen mit Demenz.

In der dritten Phase zielte die Literaturrecherche auf die Erfassung bewährter Handlungsoptionen im Umgang mit Spannungsfeldern ab. Eine systematische Recherche in den bereits oben erwähnten Datenbanken (Schlagwörter: dementia, cognitive impairment, safety, autonomy, action, handling) lieferte in der Titel- und Abstractsichtung eine Fülle an Ergebnissen, welche jedoch im Zuge des Volltextscreenings keine angemessene Situationsübertragung aufwiesen. In Verknüpfung mit dem in dieser Phase bereits entwickelten Grundgerüst des Kriterienkatalogs von spannungsfeldbedingenden Faktoren, wurde der Fokus auf evaluierte Einschätzungs- bzw. Assessmentinstrumente in der Versorgung von Menschen mit Demenz gelegt (zusätzliche Schlagwörter; assessment, risk). Diesbezüglich konnten über eine zusätzliche Betrachtung von Schlüsseljournalen im Zusammenhang mit Aspekten der Risikoeinschätzung in der Versorgung von Menschen mit Demenz konkrete sowie abstrakte Handlungspfade identifiziert und innerhalb der nächsten Workshops gemeinsam mit den PraktikerInnen situationsspezifisch an die institutionellen Gegebenheiten der CS adaptiert werden.

4 Ergebnisse

Innerhalb des beschriebenen Vorgehens konnte ein gemeinsames institutionalisiertes Grundverständnis der Spannungsfelder definiert werden, übergeordnete Bedingungsbereiche und konkrete Einflussfaktoren identifiziert, sowie Instrumentarien (Situationsanalyse und Hitzetafel) entwickelt werden, welche im Folgenden Abschnitt erläutert werden.

4.1 Gemeinsames Verständnis von Selbstbestimmung

Entsprechend dem Ziel, die Aspekte *Autonomie*, *Selbstbestimmung* und *Sicherheit* als wissenschaftlich und theoretisch relevante Konstrukte festzumachen und ein gemeinsames Verständnis unter den ProjektteilnehmerInnen als Grundlage des Projektes zu schaffen, konnten in einem dynamischen, mehrphasigen Arbeitsprozess die beiden nachstehenden Pflegeverständnisse von Selbstbestimmung und Sicherheit im Spannungsfeld erarbeitet werden. Dabei wurden in der Anlehnung an wissenschaftliche Bearbeitungen dieser Konstrukte zwei Versionen, die sich hinsichtlich ihres Abstraktionsniveaus unterscheiden, erarbeitet. Die erste Version (Definition1) zeigt dabei einen deutlichen Bezug zu dem zugrunde liegenden Verständnis von Selbstbestimmung und Sicherheit nach Lindberg, Fagerstrom, Sivberg und William (2014) und Baltes und Wahl (1992) auf, welches in der zweiten Version (Definition 2) konkretisiert und institutionell spezifiziert vorliegt.

4.1.1 Definition 1

Selbstbestimmung¹ im Zusammenhang mit demenziell erkrankten Personen verstehen wir als einen **gradualen, zeitlich variablen Prozess**, der gemäß nach Baltes und Wahl (1992) im Wechselverbund mit Sicherheit steht. Dieser Wechselverbund ist eingebettet in gesellschaftliche, gesetzliche, institutionelle, aber auch personengebundene Rahmenbedingungen. Personenbezogene Rahmenbedingungen entstehen dabei durch die jeweiligen persönlichen Sichtweisen und **Grenzen aller beteiligten Personen – wie Pflegepersonal, MitbewohnerInnen, An- und Zugehörige. Diese Sichtweisen gilt es wahrzunehmen und zu respektieren.**

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung als der Teil Autonomie = Wünsche und Bedürfnisse alleine befriedigen zu können, Hilfe bewusst fordern und Selbstverantwortung übernehmen zu können, Konsequenzen für das eigene Handeln einschätzen zu können sowie Akzeptanz und Wachsamkeit

Selbstbestimmung

- Individualität
- Biographie
- variabel je nach Krankheitsstadium und Pflegeperson-Bewohner-Beziehung

Selbstbestimmung

geht an die Grenzen anderer: *„Meine Freiheit ist dort zu Ende, wo die des anderen beginnt.“*

- * Grenzen (Rahmenbedingungen/ Normen) wahrnehmen und akzeptieren
- * Selbstschutz vor Fremdschutz

Sicherheit

- Eigene Grenzen kennen und verteidigen
- Einsichts- und Urteilsfähigkeit

In diesem Zusammenhang setzt sich die Beachtung der Selbstbestimmung innerhalb gegebener Grenzen aus der gleichberechtigten Auseinandersetzung der Sichtweisen aller beteiligten AkteurInnen zusammen. In Anlehnung an Lindberg et al. (2014) werden risiko-tragfähige Lösungsvarianten immer im Hinblick der *Individualität* und der möglichen *Eigenverantwortlichkeit* und *Handlungsfreiheit* abgewogen.

¹Selbstbestimmung wird dabei als ein Teil von Autonomie verstanden, da der Begriff *Autonomie* im deutschsprachigen Raum nicht nur durch die Kant'sche Vorbedeutung, die Abhängigkeit des Menschen von seiner Natur, seiner gesellschaftlichen Einbindung und dessen rahmenbedingte Grenzen ignoriert und somit als unpassend betrachtet wird. Auch die Tatsache, dass dieser Begriff die Möglichkeit der Übernahme von Selbstverantwortung und die Einschätzung von handlungsbedingten Konsequenzen impliziert, lässt eine Übertragung auf Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, nicht zu.

4.1.2 Definition 2

Ausgangspunkt unseres Verständnisses von **Selbstbestimmung** von Menschen mit Demenz ist die Ansicht, dass jeder Mensch das Bedürfnis, die Fähigkeit und das Recht hat, seine Selbstbestimmung auszuüben. Unter Selbstbestimmung verstehen wir dabei einen Prozess, der sich durch verschiedene Einflussfaktoren zeitlich verändert und subjektiv sowie individuell betrachtet werden muss.

In diesem Zusammenhang stellt die Sicherheit der Erkrankten einen möglichen Gegenpol zu Selbstbestimmung dar, der in enger Beziehung zu dieser steht. Dieses Wechselspiel zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung wird durch eine Reihe von Rahmenbedingungen beeinflusst. So spielen gesellschaftliche Faktoren, rechtliche Aspekte, das Pflegeverständnis (im Sinne der Mäeutik) sowie die Sichtweisen und Grenzen aller beteiligten Personen eine wesentliche Rolle.

Der Rahmen an Selbstbestimmung, der Menschen mit Demenz ermöglicht werden kann, muss in diesem Zusammenhang individuell je nach Person, ihrer Biografie, der Orientierungsfähigkeit sowie der Pflegeintensität abgewogen werden. Dabei gilt es, die Sichtweisen und Grenzen aller Beteiligten – also von Pflegepersonen, BewohnerInnen bzw. BesucherInnen, An- und Zugehörigen – gleichberechtigt miteinzubeziehen und den Menschen als ganzheitliches Individuum wahrzunehmen. Im Rahmen der Pflege von Menschen mit Demenz gilt es in diesem Sinne, zu Gunsten der Lebensqualität zwischen einem Maximum an Handlungsfreiheit und Selbstbestimmung und einem möglichst geringen Ausmaß an Risiko abzuwägen.

4.2 Identifizierte Bedingungsbereiche für Spannungsfelder

Mit dem Ziel, konkrete, in der Pflegepraxis bestehende Risiko- und Problemfelder zu identifizieren, konnten allgemeine übergeordnete Bedingungsbereiche herausgearbeitet werden.

Nach gemeinsamer Analyse, Konkretisierung und anschließender Abstrahierung haben sich abhängig von deren Ursachen und Entstehungsbedingungen folgende drei zentrale Ebenen herauskristallisiert: **Interne Arbeitskultur**, **Arbeitsumfeld** und **direkt Beteiligte** (Abb. 5). Diese weisen jeweils überordnete primäre Bedingungen auf, die für das Bestehen und/oder Entwickeln eines Spannungsfeldes verantwortlich sind.

Im Folgenden werden die jeweiligen Ebenen dargestellt und beispielhaft erläutert.

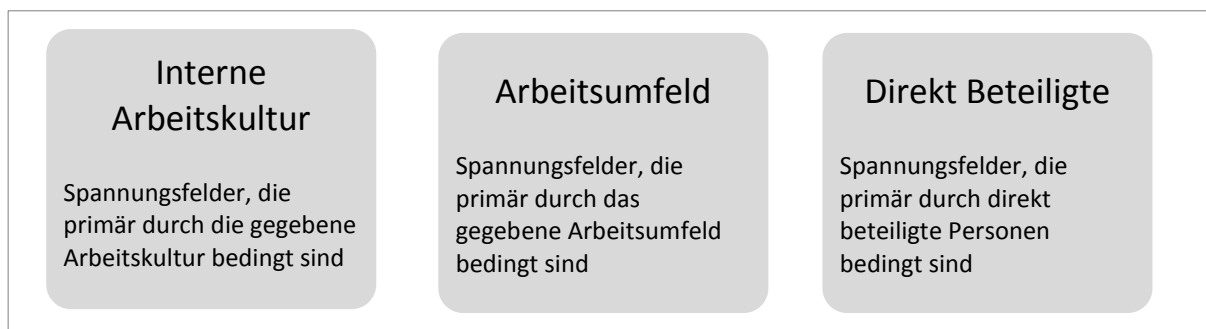


Abb.5 Bedingungsbereiche (eigene Darstellung)

Der erste Bedingungsbereich umfasst dabei jene Spannungsfelder, welche primär durch die gegebene Arbeitskultur verursacht werden. Unter dem Begriff **interne Arbeitskultur** summieren sich dabei sowohl Aspekte wie das vorhandene bzw. gelebte Pflegeleitbild und die zu Grunde liegende Pflege- und Betreuungstheorie, Richtlinien, Kommunikationsstrukturen, Strukturen der Zusammenarbeit und entgegengebrachtes Vertrauen gegenüber KollegInnen (auf allen Hierarchieebenen), als auch entgegengebrachte Handlungsspielräume und deren Transparenz.

- Multidisziplinäre Zusammenarbeit: Sind nicht alle MitarbeiterInnen einer Einrichtung (bspw. Reinigungskräfte oder Pfortendienst) über festgelegte pflegerische Handlungen informiert wie beispielsweise das Verantworten des Verlassens des Betreuungsbereiches für konkrete zu betreuende Personen, so provoziert dies Spannungsfelder. Ob und wie das Verlassen des Pflegebereichs für eine bestimmte zu

betreuende Person verantwortet werden kann, sollte für alle MitarbeiterInnen bekannt sein.

Der zweite, identifizierte Spannungsfeldbereich umfasst jene Konfliktfelder, welche sich vor allem durch das bestehende **Arbeitsumfeld** konstruieren. Dieses setzt sich sowohl aus technischen und baulichen Gegebenheiten, wie beispielsweise fest installierte Sicherheitssysteme oder die Raumausstattung, als auch durch die AkteurInnen an sich (Skills der MitarbeiterInnen, Skillmix der Bereiche, die BewohnerInnen,- BesucherInnengruppe) und die Strukturen der direkten Umfeldgestaltung (Zuweisung von BewohnerInnen und BesucherInnen) zusammen.

- Bauliche Gegebenheiten: Beispielsweise können herausfordernde Verhaltensweisen wie lautes Rufen andere MitbewohnerInnen je nach Zimmerlage stören und damit ein weiteres Spannungsfeld initiieren.

Spannungsfelder welche sich primär durch die ‚Arbeitskultur‘ und das ‚Arbeitsumfeld‘ bedingen, benötigen eine Bearbeitung, welche über die direkt betreuenden Pflegenden hinaus einen Einbezug von leitenden Personen benötigt. Die Bearbeitung sollte dabei mit jeweils bereichsberührenden verantwortlichen Personen, mittelbar – also zeitnah – geplant stattfinden.

Der Bereich der **direkt Beteiligten** bezieht sich dabei auf Spannungsfelder, welche sich überwiegend durch die zusammenarbeitenden AkteurInnen bedingen. Konkret entwickeln sich Spannungsfelder auf dieser Ebene im pflegerischen Betreuungsalltag durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Persönlichkeiten und Sichtweisen. Beispielsweise finden sich diese Spannungsfelder in den täglichen Pflege- und Betreuungshandlungen, wobei die an- und zugehörigen Personen der zu betreuenden Menschen eine weitere Dimension des Spannungsfeldes darstellen.

- Tägliche Pflege- und Betreuungshandlungen: Zeigt beispielsweise der gegenwärtige Wille einer zu betreuenden Person deutlich die Ablehnung von bestimmten Kleidungsstücken, welche allerdings von den Zu- und Angehörigen präferiert werden, entwickelt sich durch die unterschiedlichen Sichtweisen der involvierten Personen ein Spannungsfeld für die betreuende Pflegefachkraft.

Diese Ebene befindet sich im direkten Einflussgebiet der pflegenden und betreuenden Personen im Berufsalltag.

Damit zeigt sich, dass Spannungsfelder auf dieser Ebene eine unmittelbare Bearbeitung im Pflegealltag benötigen und in den Handlungs- und Verantwortungsbereich der professionell Pflegenden fällt. Empfohlen wird eine Situationsbetrachtung innerhalb der CS installierten BewohnerInnenbesprechungen.

4.3 Identifizierte Einflussfaktoren

Im Zuge der Bearbeitung und Analyse konkreter Situationsbeispiele von erlebten Spannungsfeldern in der Pflegepraxis, welche durch die TeilnehmerInnen eingebracht wurden, konnten zentrale Einflussfaktoren herausgearbeitet und diese in fünf Kernbereiche klassifiziert werden.

So stellen die BetreuerInnen mit ihren Erfahrungen, persönlichen Belastungen durch die jeweilige Situation, deren persönliche Einstellung und Risikoeinschätzung sowie etwaige Personen der Leitung jene Aspekte dar, die unter den **Bereich der BetreuerInnen** fallen. Der **Bereich der pflegeexternen Personen** umfasst hingegen An- und Zugehörige, SachwalterInnen und das multidisziplinäre Team als wesentliche Faktoren, die bestehende Spannungsfelder und den Umgang damit beeinflussen. Ebenso zentral ist der **Bereich der Tagesgäste bzw. BewohnerInnen** selbst, wobei deren Biografie und gegenwärtige Willensäußerungen dominierende Einflussfaktoren darstellen. Was die Institution als weiteren Kernbereich betrifft, so fallen darunter Personalressourcen, das Betreuungsmodell der Mäeutik, Organisationsrichtlinien sowie technische und bauliche Gegebenheiten als potenzielle Einflussfaktoren auftretender Spannungsfelder. Weitergefasste beeinflussende Faktoren stellen rechtliche Aspekte und gesellschaftliche Sichtweisen dar, welche zusammengefasst unter den **Bereich des Umfeldes bzw. Rahmens** fallen.

4.4 Handlungspfad zur Unterstützung der Entscheidungsfindung im Spannungsfeld

Basierend auf den oben erläuterten Ergebnissen konnte als übergeordnetes Projektergebnis ein Handlungspfad erarbeitet werden, welcher in ethischen Konfliktsituationen innerhalb des Spannungsfeldes *Sicherheit – Risiko – Selbstbestimmung* in der Pflegepraxis als Unterstützung im Entscheidungsprozess herangezogen werden kann und durch folgende Darstellung grafisch dargestellt wird (Abb. 6).

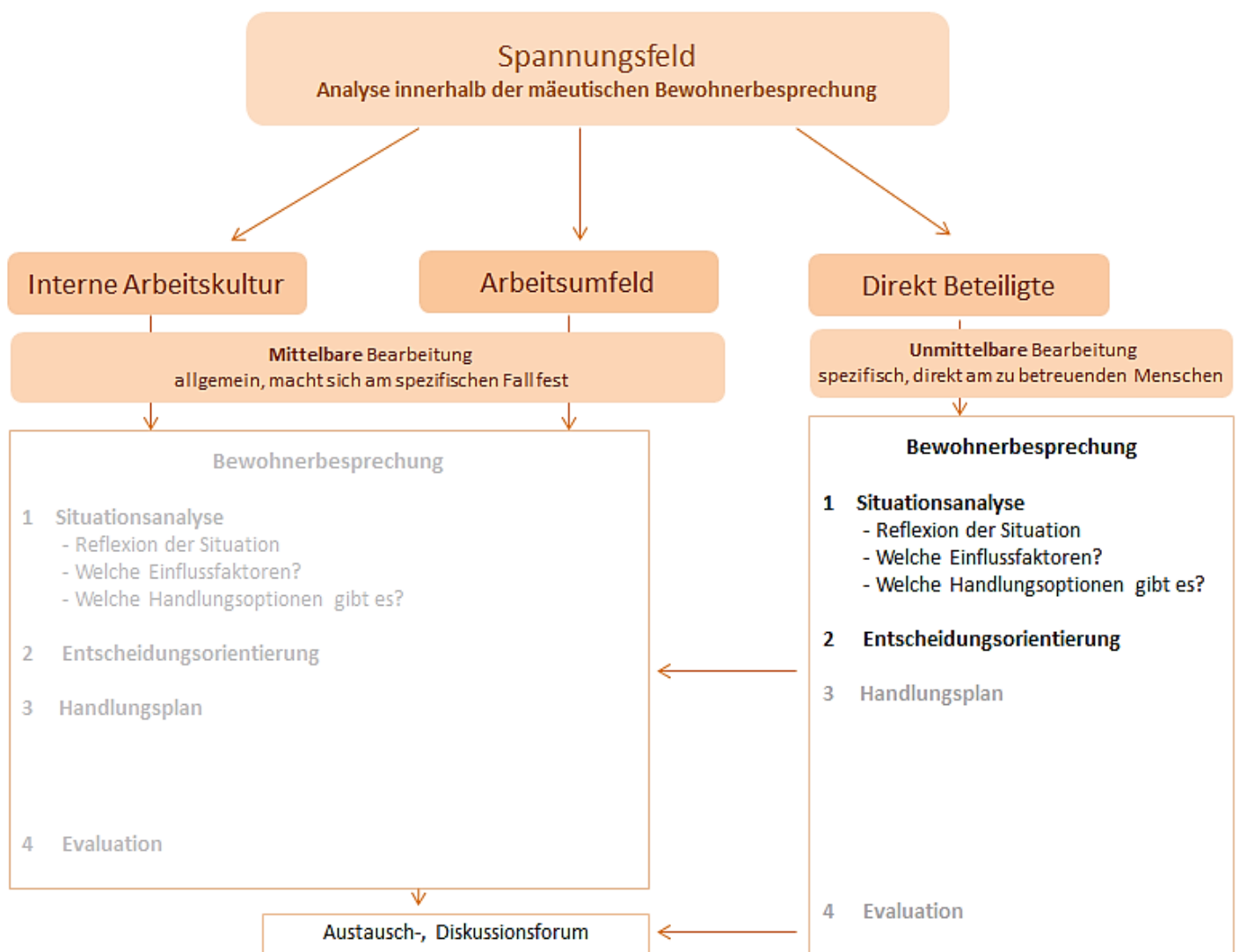


Abb. 6: Handlungspfad zur Entscheidungsfindung

4.4.1 Bearbeitungsebene

Auftretende Konfliktsituationen, welche sich im Zuge einer mäeutischen BewohnerInnenbesprechung herauskristallisieren, sollen dabei als primären Schritt abhängig von deren Bedingungsschwerpunkt einer der bereits erläuterten Ebenen - internen Arbeitskultur, Arbeitsumfeld, direkt Beteiligte (Abb. 6) - zugeordnet werden. Wird das Spannungsfeld primär von Faktoren auf Ebene der internen Arbeitskultur bzw. des Arbeitsumfeldes verursacht, welche in der aktuellen Situation keine direkte, aktive Veränderung durch die Pflegeperson erlauben, erfordert dies eine weiterführende, mittelbare Bearbeitung auf höhergestellter Leitungsebene, wobei hier ebenso dem Handlungspfad entsprechend vorgegangen werden kann.

Unmittelbare Bearbeitung

Sofern es sich um eine Konfliktsituation handelt, deren Behandlung eine unmittelbare, fall- bzw. bewohnerspezifische Bearbeitung erfordert, erfolgt im Rahmen einer **mäeutischen BewohnerInnenbesprechung** mit Hilfe des Handlungspfades eine schrittweise Konkretisierung des Spannungsfeldes mit dem Ziel, die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Personen, die zentralen Einflussfaktoren sowie mögliche Handlungsoptionen festzumachen.

4.4.2 Situationsanalyse

Wie aus dem Handlungspfad (Abb. 4) hervorgeht, beinhaltet dieser als ersten Schritt der Entscheidungsfindung eine gemeinsame Reflexion der Konfliktsituation sowie eine strukturierte Beurteilung ihrer zentralen Einflussfaktoren. Dazu wurde innerhalb dieses Projektes ein Instrument (Abb. 7) entwickelt, welches mit Hilfe der identifizierten Einflussfaktoren (Punkt 4.3) im Zusammenhang mit dem entwickelten Grundverständnis von Selbstbestimmung bzw. Autonomie¹ (Punkt 4.1) eine systematische Situationsreflexion bzw. Analyse ermöglicht und somit *„die Sichtweisen und Grenzen aller Beteiligten – also von*

¹Der Begriff Autonomie findet innerhalb des Analyserasters lediglich aufgrund der Abkürzungsproblematik in der Unterscheidung mit ‚S‘ für Sicherheit Verwendung. Das Grundverständnis bezieht sich weiterhin auf den innerhalb der Definition erläuterten Terminus Selbstbestimmung.

Pflegepersonen, BewohnerInnen, An- und Zugehörigen – gleichberechtigt [miteinbezieht] und den Menschen als ganzheitliches Individuum wahr[nimmt]“ (Definition 2, Punkt 4.1.2).

Vorgesehen ist die Durchführung der **Situationsanalyse** gemeinsam mit allen erreichbaren involvierten Personen. Mit Hilfe des Rasters sollen systematisch die verschiedenen Perspektiven eingenommen werden und aus dieser Sicht heraus die bevorzugte Handlungsoption in Richtung Selbstbestimmung oder Sicherheit angedacht werden. Anschließend kann die Gesamttendenz auf einem Kontinuum zwischen Selbstbestimmung bzw. Autonomie und Sicherheit verortet werden.

Situationspezifische Einflussfaktoren
Bereich der BetreuerInnen
Erfahrungen - auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen tendiere ich zu...
Persönliche Belastungen - meine persönliche Belastung in der Situation ist geringer bei...
Persönliche Einstellungen - für mich als Betreuende ist in dieser Situation wichtiger... - wäre ich in der Situation des/r BewohnerIn, würde ich mehr Wert legen auf...
Risiko für den/die BewohnerIn aus Sicht der PP - für den/die BewohnerIn besteht weniger Risiko bei...
Leitung - auf der Leitungsebene wird mehr Wert gelegt auf...
Sonstiges
Bereich der pflegeexternen Personen
An- und Zugehörige legen mehr Wert auf...
SachwalterIn - legt mehr Wert auf...
Multidisziplinäres Team - legt mehr Wert auf...
Sonstiges
Bereich der Institution
Personalressourcen (Qualifikation/Personalschlüssel) - unterstützen eher...
Ausstattung, technische und bauliche Gegebenheiten - unterstützen eher...
Betreuungsmodell (Mäeutik)
Organisationsrichtlinien - sofern vorhanden, tendieren die Richtlinien zu...
Sonstiges
Bereich des Umfeldes/ Rahmen
Rechtliche Aspekte
Gesellschaftliche Sichtweise
Sonstige

Autonomie Selbstbestimmung	Sicherheit
---------------------------------------	-------------------

A	S
A	S
A	S
A	S
A	S
A	S
A	S

A	S
A	S
A	S
A	S

A	S
A	S
A	S
A	S
A	S

A	S
A	S
A	S

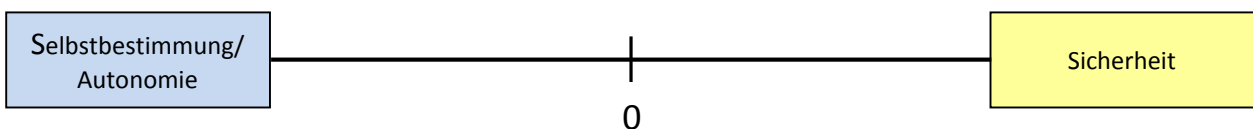


Abb. 7: Instrument zur strukturierten Situationsanalyse

4.4.3 Entscheidungsorientierung

Entsprechend dem weiteren Vorgehen anhand des Handlungspfades erfolgt anschließend das Festmachen möglicher Handlungsoptionen, welche hinsichtlich der Gewährleistung von Sicherheit und Selbstbestimmung mit Berücksichtigung eines möglichen Risikos abgewogen werden. Zur Visualisierung dieses Schrittes wurde die **Hitzetafel**, in Anlehnung an die *Risk Guidance for People with Dementia* (Department of Health, 2010) gestaltet (Abb. 8 und 9). Dieses Instrument dient dabei dazu, Handlungsoptionen im Spannungsfeld zu visualisieren und anzuregen. Zusätzlich kann diese bildliche Darstellung beispielsweise An – und Zugehörigen helfen, die pflegerisch getroffenen Entscheidungen nachzuvollziehen. Was die konkrete Anwendung der Hitzetafel angeht, so orientiert sich diese an der vorab durchgeführten Situationsanalyse. Je nach eingeschätzter Tendenz zur Sicherheit oder Selbstbestimmung wird die jeweilige Hitzetafel (Abb. 8 oder 9) gewählt und auf dieser mögliche Handlungsoptionen hinsichtlich des potenziellen Risikos innerhalb der Felder verordnet.

Diese Einschätzungshilfe wurde von den ExpertInnen aus der Pflegepraxis im Rahmen der Evaluation in der ersten Version zum Großteil als wenig hilfreich bzw. schwer verständlich eingeschätzt. Hierzu muss angemerkt werden, dass das Verständnis der Hitzetafel und deren darauf basierende, sinnvolle praktische Verwendung eine genauere Auseinandersetzung sowohl mit dem Instrument selbst, als auch mit der Thematik an sich verlangt. Dies benötigt ausreichend zeitliche Ressourcen, welche jedoch in Anbetracht des begrenzten Rahmens des Projektes nicht vorhanden waren.

Ausgehend von der Erstversion des Instruments wurde die Hitzetafel gemeinsam, basierend auf Diskussionen, den Vorschlägen der ProjektteilnehmerInnen und den Rückmeldungen aus der Praxis, überarbeitet und weiter adaptiert. Daraus resultierte eine neugestaltete Version (Abb. 8 und 9), welche von manchen TeilnehmerInnen als praktikabler und durch die Möglichkeit einer visuellen Darstellung der Handlungsmöglichkeiten durchaus als hilfreich angesehen wurde.

Im weiteren Projektverlauf zeigte sich in der praktischen Anwendung eine Schwierigkeit hinsichtlich der Einschätzung des Risikos, welches im Zuge fortführender thematischer Bearbeitung weiterer Konkretisierung bedarf.

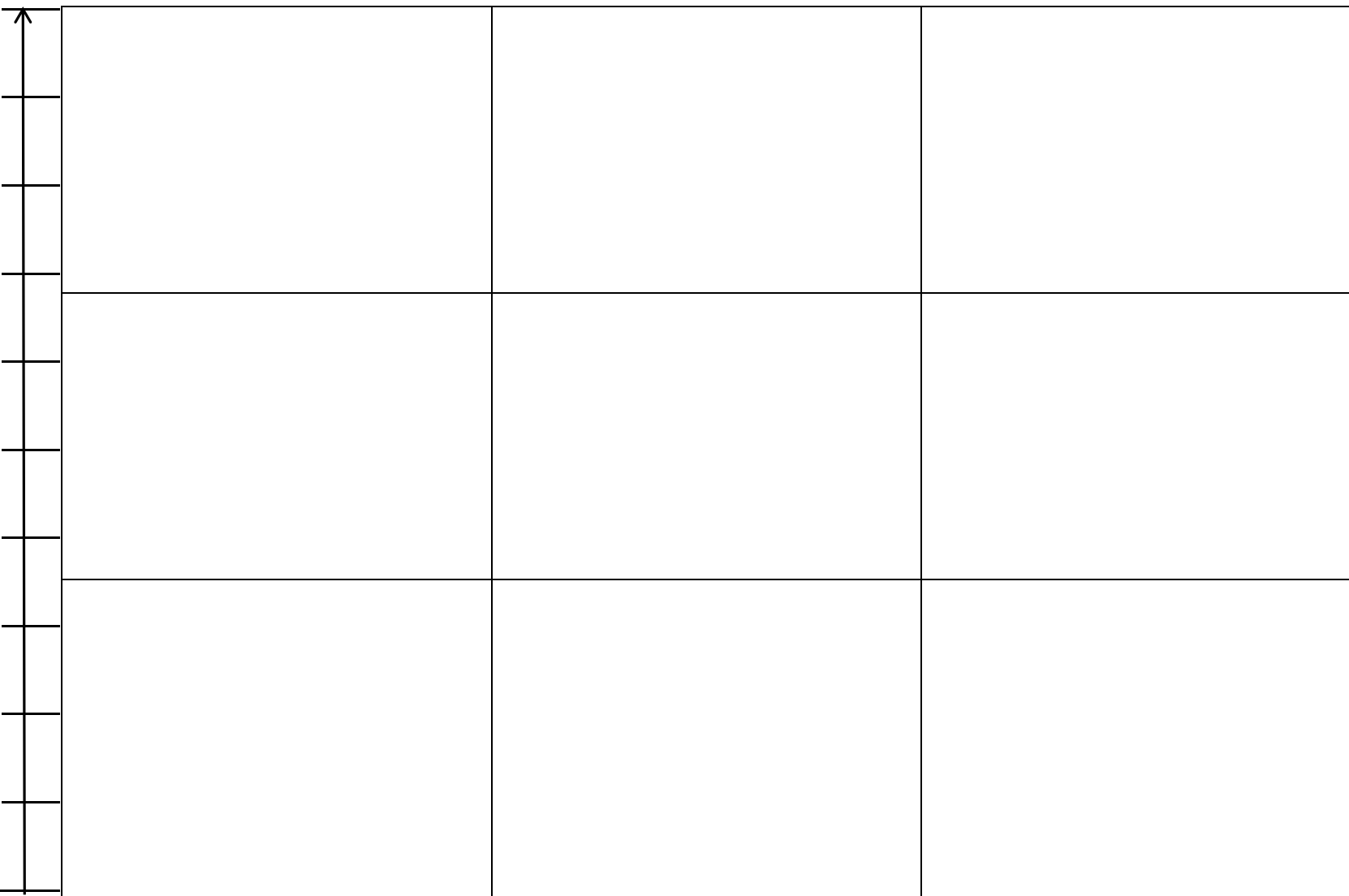
Hinsichtlich der heterogenen Rückmeldungen der Pflegepraxis kann die Hitzetafel optional innerhalb der Bewohnerbesprechungen je nach Präferenzen der TeilnehmerInnen genutzt werden. In diesem Kontext stellt der Einsatz der Hitzetafel in der Praxis unter entsprechenden zeitlichen Bedingungen, welche eine tiefergehende Auseinandersetzung und Einarbeitung der PflegepraktikerInnen mit dem Instrument erlauben, eine Empfehlung für die weiterführende Verwendung des Handlungspfades dar.

Sicherheit

hoch
10

mittel

gering
0



0
gering

mittel

10
hoch

Risiko

Abb. 8: Hitzetafel ‚Sicherheit – Risiko‘

Selbstbestimmung / Autonomie

hoch
10
mittel
0
gering



Risiko

0 gering mittel hoch 10

Abb. 9: Hitzetafel ‚Selbstbestimmung/Autonomie – Risiko‘

4.4.4 Austausch-/ Diskussionsforum

Hinsichtlich der Komplexität der Thematik sowie auch der sich stetig verändernden Einflussfaktoren, zeigten sich innerhalb der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit wertvolle Synergieeffekte im Austausch über Situationen und individuelle bereichsspezifische Umgangsstrategien. Auch die Literatur spricht sich positiv über bereichsübergreifende Austauschmöglichkeiten innerhalb der sich ergebenden Spannungsfelder in der Betreuung von Menschen mit Demenz aus (Department of Health, 2010; London Borough of Newham, 2009). Dementsprechend stellt ein CS-internes, aber bereichsübergreifendes Austausch- bzw. Diskussionsforum eine Möglichkeit dar, um weiterhin von Synergieeffekten zu profitieren, die Arbeit innerhalb dieser Spannungsfelder zu verbessern und von Erfahrungen dauerhaft zu lernen. Ein solches Forum kann als Erfahrungspool dienen, wo auch weitere Informationen, wie beispielsweise Fachartikel oder Konferenzbesuche ausgetauscht werden können. Damit besteht die Möglichkeit, diese Thematik fest in die Arbeitskultur aufzunehmen und auf langfristiger Sicht ‚critical incidents‘ zu identifizieren.

5 Schlussfolgerung und weiterführende Handlungsempfehlungen

Im Zuge des Projektes hat sich deutlich die Breite und die damit einhergehende Komplexität des Themenfeldes der Selbstbestimmung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz herauskristallisiert. Es zeigte sich, dass eine solche Thematik nicht als abgeschlossen oder als standardisierbares Konstrukt angesehen werden kann. Vielmehr bedarf es einer kontinuierlichen Reflexion und Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich, welcher als stetig variables Konstrukt angenommen und werden muss. Diesbezüglich ist auf einer übergeordneten Ebene eine Kontinuität dieser Thematik in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zu befürworten. Auf Basis der Projektergebnisse und dieser Schlussfolgerung lassen sich folgende konkrete Möglichkeiten der Weiterarbeit empfehlen:

Weiterführende Evaluation und Implementierung des Handlungspfades

Mit dem Ziel einer praxisrelevanten Anwendung der Projektergebnisse kann die Evaluation und mögliche Implementierung des erarbeiteten Handlungspfades als zentrales Element weiterführender Arbeiten genannt werden.

Im Zusammenhang mit den bereits erläuterten mangelnden zeitlichen Projektressourcen gilt dabei unter anderem die Verwendung der Hitzetafel in der Pflegepraxis innerhalb eines ausreichenden zeitlichen Rahmens, welcher eine genauere Auseinandersetzung der Pflegepersonen mit dem Instrument erlaubt, als zentrale weiterführende Handlungsempfehlung.

Bereichsübergreifendes Austausch- bzw. Diskussionsforum

Empfohlen wird die Einführung eines bereichsübergreifenden Austauschforums zur Etablierung der Thematik innerhalb der bereits bestehenden Arbeitskultur und dem kontinuierlichen Austausch über Möglichkeiten und Grenzen innerhalb sich auftuender Spannungsfelder (siehe 4.4.3). Die Einrichtung eines Forums innerhalb des Intranets der Caritas Socialis, welches von einer festen Projektgruppe verantwortet wird, stellt beispielsweise eine effektive Möglichkeit dar. Empfehlenswert wäre darüber hinaus, eine Projektgruppe, die sich aus verschiedenen Qualifikationsbereichen zusammensetzt und weiterhin partizipativ die Thematik bearbeitet, zu bilden.

Weiterführende Strukturierung und Darstellung der Risikofaktoren

Wie bereits im Rahmen der Entscheidungsorientierung (Punkt 4.4.2) erläutert, wurde die Einschätzung des Risikos im Rahmen des Handlungspfades als schwierig erlebt. Als Hauptgrund wurde dabei der Mangel an Strukturiertheit etwaiger Risikofaktoren genannt. Als Antwort darauf wurde eine erste mögliche Grobstruktur potenzieller Risikofaktoren erarbeitet. Die Basis dafür bildete die vorhergehende Erarbeitung durch eine Projektteilnehmerin, deren Ergebnisse im letzten Workshop aufgegriffen, im Plenum diskutiert, bearbeitet und erweitert wurden.

Räumliche Gegebenheiten

- Bodenbeschaffenheit (Rutschgefahr, (un-)eben, Farben)
- Beleuchtung/Helligkeit
- Orientierungshilfen (vorhanden?)
- Türen, Fenster (sperrbar?)
- Lage des Wohnbereichs (Straßennähe, Innenhof, Garten, Balkon)
- Gliederung der Bereiche
- Raumklima (Möglichkeit des Lüftens durch offene Türen, angenehmer Aufenthalt in den Räumen)
- Brandschutz
- Mobiliar
- Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen

Den/die BewohnerIn betreffende Faktoren

- Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ) → Zugänglichkeit zu potenziellen Gefahren
- Ausdrucksmöglichkeit
- Biographie (Schmerzen, Wärmeempfinden)
- Erkrankungen (Inkontinenz, reversibel/irreversibel)
- (Momentane) emotionale Befindlichkeit
- Mobilität (Sturzvorgeschichte)
- Medikamente (als freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen)

Die MitbewohnerInnen betreffende Faktoren

- Beteiligung am Geschehen (unfreiwillig – freiwillig)
- Reaktion (Aggression, Provokation, ‚Ausgeliefert-Sein‘)

An- und Zugehörige

Personal

- Anwesenheit (Betreuung, Pflege- und Betreuungskonzept)
- Erfahrung
- demenzspezifische Aus- und Fortbildungen
- Personalschlüssel/-ressourcen

Mit dem Ziel der besseren Einschätzung eines möglichen Risikos in Spannungsfeldern kann die entstandene Struktur mit ihren Hauptrisikofaktoren und den jeweiligen Einzelaspekten als Grundlage für eine weiterführende Ausarbeitung und konkrete Strukturierung herangezogen werden.

Literatur

- Baltes, M. M., & Wahl, H. W. (1992). The dependency-support script in institutions: generalization to community settings. *Psychology and aging, 7*(3), 409-418.
- Bolmsjö, I., Edberg, A.-K. & Sandman, L. (2006). Everyday Ethical Problems in Dementia Care: A Teleological Model. *Nursing Ethics, 13* (4), 340-359.
- Christen, M., Osman, C. & Baumann-Hölzle, R. (2010). *Herausforderung Demenz. Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen*. Verlag Peter Lang: Bern.
- Department of Health. (2010). *Nothing Ventured, Nothing Gained. Risk Guidance for people with dementia*. Verfügbar unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215960/dh_121493.pdf [21.05.2015]
- Graneheim, U. H., Isaksson, U., Ljung, I. M. P. & Jansson, L. (2005). Balancing between contradictions: The meaning of interaction with people suffering from dementia and "behavioral disturbances". *International Journal of Aging and Human Development, 60*(2), 145-157.
- Hahn, S., Klie, T. & Becker, S. (2012). Risiken eingehen, Ziele erreichen. Die Kunst, Sicherheit und Autonomie zu gewährleisten. *Psych. Pflege Heute, 18*(4), 177-182.
- Jakobsen, R. & Sorlie, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics, 17*(3), 289-300.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues, 2*(4), 34-46.
- Lindberg, C., Fagerstrom, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs, 70*(10), 2208-2221. doi: 10.1111/jan.12412
- London Borough of Newham. (2009). LBN Risk enablement panel., 2015, from London Borough of Newham. Retrieved 29 July 2010 from <http://www.dhcarenetworks.org.uk/Personalisation/Topics/Browse/Risk/?parent=3151&child=5007>.
- Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Finch, T., Hughes, J., Brittain, K., & Bond, J. (2007). Balancing rights and risks: Conflicting perspectives in the management of wandering in dementia. *Health, Risk & Society, 9*(4), 389-406. doi: 10.1080/13698570701612774
- Zojer, E., Faul, E. & Mayer, H. (2013). Aktionsforschung – ‚Be part of it‘. Gemeinsam die Praxis durch Forschung verändern. *Pro Care, 18*(9), 12-16.