

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Abschlussarbeit

Im Rahmen der Weiterbildung zum staatlich anerkannten
Praxisanleiter

**Beurteilung der Schmerzen bei kognitiv
eingeschränkten Menschen
durch Auszubildende
in der Altenpflege im ersten Ausbildungsjahr**

Nils Wommelsdorf
geboren am 12.03.1979 in Celle

18.Januar 2017

www.nilswommelsdorf.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Inhalt	Seite
1. Einleitung	1
2. Die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege	4
3. Anleitung zur Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Menschen durch Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr	5
3.1. Lernziel	5
3.2. Rahmenbedingungen	5
3.2.1. Voraussetzungen der Einrichtung	5
3.2.2. Voraussetzungen des Auszubildenden	6
3.2.3. Voraussetzungen des Anleitenden	6
4. Didaktische Möglichkeiten	7
4.1. Unterweisung im Rahmen eines kurzen Vortrags	9
<i>Teilziel</i>	9
4.2. Anleitung anhand der Leittextmethode	10
4.2.1. Leittextmethode – Leitfragen	11
4.2.2. Leittextmethode – Leitsätze	11
4.2.3. Leittextmethode – Arbeitsplan	11
4.2.4. Leittextmethode – Kontrollbogen	12
<i>Teilziel</i>	13
4.3. Demonstration der Anwendung	13
<i>Teilziel</i>	14
4.4. Anwendung in der Praxis als Beobachtender	14
4.5. Selbständige Durchführung unter Aufsicht	14
<i>Teilziel</i>	14
5. Ausblick	15
6. Resümee	15
Literaturverzeichnis	
Anhang 1: „BESD – BEurteilung von Schmerzen bei Demenz“	
Anhang 2: „Hinweise zur Verwendung von BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)“	
Selbstständigkeitserklärung	

www.nilswommelsdorf.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. Einleitung

„Das Erleben von akuten Schmerzen hat Auswirkungen auf das physische, psychische und auch das soziale Befinden von Patienten / Bewohnern. Die negativen Auswirkungen von nicht oder nicht ausreichend gelinderten Schmerzen reichen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis zu lang andauernden Einschränkungen der Qualität der gesamten Lebenssituation.“

(DNQP, 2011, S. 22)

Diese Aussage aus der Präambel des „Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ in der Aktualisierung von 2011 umschreibt den Einfluß, den unzureichend oder nicht behandelte Schmerz auf das Leben und Erleben eines Menschen haben kann.

In der Versorgung von pflege- und/oder behandlungsbedürftigen Menschen kommt dieser Aussage insofern noch mehr Gewicht zu, da es sich oft um schon im Voraus durch Erkrankungen belastete Menschen handelt. Deshalb ist das Erkennen von Schmerz und Diagnostik und Therapie anzuregen eine zentrale Aufgabe der Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit.

„Schmerz ist das, was immer die an Schmerz leidende Person darunter versteht und liegt vor, wann immer diese Person ihn wahrnimmt.“

(McCaffery, 1968, S. 95)

Wie McCaffery impliziert, ist Schmerz ein vielschichtiges Phänomen, das nicht nur den „von außen“ nachvollziehbaren Schmerz (Gewebedefekte, Frakturen etc.) bezeichnet, sondern auch Schmerzen, die nur bedingt aufgrund von diagnostizierten Erkrankungen nachvollzogen werden können. Schmerzen, die also nur der betroffene Mensch selbst als solche erlebt. Menschen ohne kognitive Einschränkungen können ihre Schmerzen, wie auch andere Stimmungen oder Gemütslagen, klar und deutlich artikulieren.



Doch wie steht es um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen?

Wie können Menschen mit gestörter „Informationsverarbeitung“ ihre Schmerzen artikulieren, wenn sie selbst das Gefühl „Schmerz“ nicht einordnen können? Wenn die Möglichkeit, sich überhaupt zu artikulieren oder durch willkürliche gestische oder mimische Äußerungen verständlich zu machen fehlt?

Die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten respektive chronischen Schmerzen fordern folgerichtig „aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung“ von Pflegefachkräften (DNQP, 2011, S. 25 Strukturkriterium S1a, ebenso sinngemäß DNQP, 2015, S. 27 Strukturkriterium S1a). Desweiteren müssen Einrichtungen der Pflege „aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung“ stellen (DNQP, 2011, S. 25 Strukturkriterium S1b und DNQP, 2015, S. 27 Strukturkriterium S1b).

Laut den Expertenstandards sind auch bei kognitiv eingeschränkten Menschen „einfache“ Zahlenskalen (beispielsweise von 0-10) anzuwenden (vgl. DNQP, 2011, S. 71 und 74 sowie DNQP, 2015, S. 104), diese sollten jedoch, gerade bei stärker eingeschränkten Personen, mit einer Fremderfassungsskala ergänzt werden (vgl. DNQP, 2011, S. 74 und DNQP, 2015, S. 104).

Auch in verschiedenen medizinischen Leitlinien wird eine spezielle Schmerzerfassung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen explizit gefordert (vgl. beispielsweise Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH), 2015, S. 61f, ebenso Deutsche Gesellschaft für Neurologie / Wasner, 2017, S. 7).

Dieser Umstand zeigt, dass auch Ärzte nach einer Fremderfassungsskala den Schmerz bei Menschen mit Demenz erfassen müssen, wenn sie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft versorgen wollen.

In den oben genannten Expertenstandards, hier jetzt exemplarisch im Standard zum Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, werden auf den Seiten 74 und 75 exemplarisch die Schmerzassessmentinstrumente BESD, BISAD, ZOPA sowie



einige andere genannt, die zur Erfassung des Schmerzes bei kognitiv beeinträchtigten Menschen ausreichend validiert sind. Diese Skalen sind insofern für die Ausbildung in der Altenpflege relevant, da Menschen mit kognitiven Einschränkungen, hier vor allem Demenz, in der Altenpflege ein zunehmend großes Klientel sind. Laut der aktuellen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 9) werden bereits 59,1% der stationär versorgten Menschen und 25,1% der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung der Gruppe der „Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (siehe dort) zugerechnet. Geht man nun von einer zunehmend älteren Gesellschaft aus (Bundesministerium des Innern, 2011, S. 11), verbunden mit einer mit zunehmendem Alter stark steigenden Inzidenz von Demenzerkrankungen (vgl. Sütterlin et al, 2011, S. 20) , wird dieses Klientel nur noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Im Rahmen der Recherche habe ich im Zeitraum 25.11. - 31.12.2016 eine große Umfrage zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz initiiert, in der ich unter anderem zu dem Ergebnis kam, dass in den meisten Pflegeeinrichtungen das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz lediglich durch dreijährig ausgebildetes Personal durchgeführt wird (vgl. Nils Wommelsdorf, 2017) . In den Anleitungen der am stärksten verbreiteten Fremderfassungsskalen wird aber eine Erfassung durch alle an der Pflege beteiligten Personengruppen gefordert (vgl. Anhang 2, S. 2 und Fischer, keine Jahresangabe, S. 1).

In der Umfrage stellte sich ebenso heraus, dass, sollte ein entsprechendes Schmerzerfassungsinstrument implementiert sein, dies in den weitaus meisten Fällen die BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) ist (Anhang 1).

Ich werde in dieser Hausarbeit also das Hauptaugenmerk auf die Anleitung in der Arbeit mit der BESD legen, die im deutschsprachigen Raum geläufig und vielen Pflegekräften aus der täglichen Arbeit bekannt sein dürfte.



2. Die Expertenstandards zum Schmerzmanagement in der Pflege

Die schon eingangs erwähnten Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ sind evidenzbasierte Qualitätsinstrumente, die „nach erfolgreicher Implementierung [...] im Bundesanzeiger veröffentlicht und [...] somit für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für zugelassene Pflegeeinrichtungen verbindlich“ (Verband der Ersatzkassen, keine Jahresangabe) sind.

Die bisherigen Expertenstandards wurden durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück von fachspezifischen Konsensusgruppen erarbeitet.

Laut § 630a, Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist „die Behandlung [...] nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ durchzuführen, also ergibt sich auch gerade in Bezug auf Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder etwaige Gerichtsprozesse eine absolute Notwendigkeit, die in den Expertenstandards empfohlenen Assessmentinstrumente zu nutzen.

In der Erfassung und Behandlung von Schmerzen sind der „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011“ und der „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ von 2015 Maßstab für eine fachliche Arbeit auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen ist für die Erfassung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz zweitrangig, für die Behandlung aber natürlich von enormer Wichtigkeit. Im Rahmen dieser Hausarbeit sollen die verschiedenen Arten von Schmerzen nicht differenziert, sondern allein das Erkennen eines, wie auch immer gearteten, Schmerzes für Auszubildende am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn ermöglicht werden.



3. Anleitung zur Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Menschen durch Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr

3.1 Lernziel

Das Lernziel ist das kontrollierbare, eindeutige Ziel der praktischen Anleitung, das nach dem „Kölner Lernzielkatalog“ („Wer tut wieviel was bis wann?“) formuliert werden kann (Studiendekanat der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, keine Jahresangabe, S. 2):

Der Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr kann nach Abschluß einer mehrteiligen Anleitung die Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz mittels BESD in der pflegerischen Versorgung selbständig und sicher durchführen.

3.2 Rahmenbedingungen

3.2.1 Voraussetzungen der Einrichtung

Laut den vorgenannten Standards zum Schmerzmanagement in der Pflege sind Einrichtungen verpflichtet, „aktuelle, zielgruppenspezifische Assessment- und Dokumentationsmaterialien“ vorzuhalten (DNQP, 2011, S. 25 und DNQP, 2015, S.27). Insofern sollte davon auszugehen sein, dass jede Einrichtung in der Altenpflege ein Instrument zur speziellen Schmerzerfassung bereithält. In der Realität ist dies leider häufig nicht der Fall (Wommelsdorf, 2017).

Die Einrichtung sollte in der Dienstplanung einen Zeitkorridor von mindestens 60 Minuten für Vortrag und Leittextarbeit einrechnen und im Anschluss, spätestens jedoch am Folgetag, die pflegerische Versorgung von 2-3 Menschen mit Demenz ermöglichen, um das Erlernete in die Praxis umzusetzen. Im Rahmen der Praxisumsetzung ist natürlich noch zusätzliche Zeit zur Vor- und Nachbereitung der Anleitung (je ca. 15 Minuten) einzurechnen.

Vortrag und Leittextarbeit sollten in einem lärmgeschützten Raum ohne Publikumsverkehr oder andere störende Einflüsse stattfinden können. Die praktische Anleitung findet dann, je nach Setting, in der Wohnung der zu behandelnden Menschen oder deren Räumlichkeiten in der Pflegeeinrichtung statt.



3.2.2 Voraussetzungen des Auszubildenden

Auszubildenden im ersten Lehrjahr ist die Versorgung von Menschen mit Demenz in der Theorie nicht bekannt. Wie oben erwähnt, ist ein Kontakt mit diesem Klientel in der Praxis gleichwohl sehr wahrscheinlich.

Während im zweiten Lehrjahr im Lernfeld 18 („Demenzkranken Menschen pflegen“) und Lernfeld 21 („Schwerkranke und sterbende Menschen pflegen“)

Schmerzerfassung im Allgemeinen und speziell bei Menschen mit Demenz behandelt wird (vgl. Behörde für Schule und Berufsbildung, Hamburger Institut für Berufliche Bildung, 2013, S. 28 und 31) kann im ersten Lehrjahr nur auf wenige theoretische Ressourcen zurückgegriffen werden.

Am Anfang der Altenpflegerischen Ausbildung werden im Lernfeld 4 („Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege alter Menschen“) Wahrnehmung und Beobachtungsgabe geschult und mögliche Fehlerquellen aufgezeigt (vgl. Behörde für Schule und Berufsbildung, Hamburger Institut für Berufliche Bildung, 2013, S. 14). Hierbei wird besonderes Augenmerk auf den ersten Eindruck, Vorurteile und Stereotypen gelegt, was einer erfolgreichen Fremdeinschätzung zum Vorteil gereicht. Gerade am Anfang der Ausbildung, wenn theoretisches Wissen zu bestimmten Erkrankungen fehlt, können Vorurteile, ob nun aus dem beruflichen oder privaten Umfeld, zu Fehleinschätzungen führen. So können Aussagen wie „Demente Menschen haben weniger Schmerzen“ ein gefährliches Vorurteil bei einer solchen Schmerzerfassung sein.

3.2.3 Voraussetzungen des Anleitenden

Dem Praxisanleiter sollten, wie auch bei jeder anderen anzuleitenden Tätigkeit, das Vorgehen und die theoretischen Hintergründe bekannt sein. Um in diesem Fall tiefgehendes Wissen zu besitzen und damit Fragen zu den theoretischen Grundlagen beantworten zu können, ist eine fachlich versierte Fortbildung, ein Seminar oder Ähnliches von Vorteil. Hier bieten sich deutschlandweit anerkannte Fortbildungen wie die „Pain Nurse“ oder die „algesiologische Fachassistenz“ nach den Curricula der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS) oder der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) an, in deren Curricula explizit die verschiedenen Schmerzerfassungsinstrumente behandelt werden (vgl.



Wommelsdorf, 2015). Aber auch ohne entsprechende Vorbildung kann eine effiziente Anleitung stattfinden, sofern praktische Erfahrung mit dem Assessmentinstrument vorhanden ist.

4. Didaktische Möglichkeiten

Um die Anwendung der speziellen Schmerzerfassung für Auszubildende ohne theoretische Vorkenntnisse im 1. Ausbildungsjahr zu ermöglichen sollte, wie auch bei jeder anderen Art der Anleitung der Lerntyp des Auszubildenden berücksichtigt werden.

Um diesen zu bestimmen, sollte der Auszubildende im einfachsten Fall selbst Auskunft geben können, über welche didaktischen Kanäle er gut zu erreichen ist. Eine Aussage wie: „Ich muss das auf einem Whiteboard sehen, dann kann ich es mir gut merken“, gibt dann beispielsweise einen Hinweis auf einen visuell geprägten Lerntyp.

Sollte so keine Informationsgewinnung möglich sein, lassen sich eventuell aus vorherigen Anleitungen, durch Nachfragen an Mitarbeiter, die mit dem Betreffenden zusammengearbeitet haben oder aus der ausbildenden Berufsschule weitere Anhaltspunkte gewinnen, die zu einer besseren Einschätzung der passenden Methode führen. Hierbei kann natürlich nur ein grober Anhalt zu passenden Methodiken erarbeitet werden, da Lernende nicht nur einem einzigen Lerntypen zugeordnet werden können, sondern Mischformen der verschiedenen Typen in der Realität der Normalfall sind.

Andererseits können Auszubildende, die nach einem mündlichen Vortrag des Ausbilders Inhalte gut verinnerlicht haben, als auditiv geprägte Lernende angeleitet werden.

Ist geplant, die Unterrichtung für eine Gruppe von Auszubildenden gemeinsam stattfinden zu lassen, sollte versucht werden, verschiedene Lernoptionen im Verlauf des Unterrichts anzubieten.

Im Folgenden erläutere ich die Schwerpunkte der Anleitung gegliedert nach den verschiedenen Lerntypen (vgl. Vester, 1989, S. 201 ff):



Visueller Lerntyp

In der Einarbeitung in ein Assessmentinstrument, welches naturgemäß schriftlich als Fragenkatalog vorliegt, wird ein visueller Lerntyp, der mit verschriftlichten Inhalten gut lernt, angesprochen. Hier bietet sich die Leittextmethode an, der dann die BESD als Arbeitsmaterial zugrundeliegt.

Auditiver Lerntyp

Menschen, die am besten auditiv, also durch das Zuhören, Dinge erfassen können, sind durch „klassisches“ Unterrichten gut erreichbar. Der mündliche Vortrag des Anleiters bietet hier einen guten Einstieg, jedoch sollten auch im Rahmen der Auswertung der Leittextarbeit und der anschließenden Demonstration der Erfassung erklärende und erläuternde Worte des Lehrenden nicht fehlen.

Kommunikativer Lerntyp

Um kommunikativ Lernende zu erreichen, sollte im Rahmen des einführenden Vortrags, der Leittextmethode und der Demonstration genug Raum gegeben sein, um Rückfragen zu stellen. Der Auszubildende hat so die Möglichkeit über das Gespräch mit dem Anleiter und in der Gruppe Sachverhalte zu erfassen.

Haptisch-motorischer Lerntyp

Haptisch-motorisch Lernende können am besten durch praktische Aufgaben erreicht werden. Hier bieten sich Methoden wie die Arbeit am Modell oder das Rollenspiel an.

Um die praxisorientierte Anwendung der BESD an Auszubildende im 1. Lehrjahr zu vermitteln bietet sich folgende Struktur an:

1. Unterweisung im Rahmen eines kurzen Vortrags
2. Anleitung mittels der Leittextmethode



3. Demonstration der Anwendung (Arbeit am Modell, Rollenspiel)
4. Anwendung in der Praxis als Beobachtender während pflegerische Handlungen durch den Praxisanleiter durchgeführt werden
5. Selbstständige Durchführung unter Aufsicht während pflegerischer Handlungen durch den Auszubildenden

4.1. Unterweisung im Rahmen eines kurzen Vortrags

Im Rahmen einer kurzen Einführung in die Thematik (ca. 20 Minuten) sollten am Anfang der Anleitung folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Warum ist Schmerzerfassung wichtig?

- Folgen von Schmerzzuständen für Betroffene und Behandelnde / Pflegende
- Folgen von fehlender und falscher Schmerzerfassung für Einrichtungen und Pflegekräfte in rechtlicher Hinsicht

2. Warum muss für Menschen mit Demenz eine spezielle Erfassung genutzt werden?

- Folgen von Demenzerkrankungen (Kognition etc.)
- Warum ist hier eine „übliche“ Schmerzerfassung nicht sinnvoll?
- Welche Möglichkeiten der speziellen Schmerzerfassung gibt es?

Es empfiehlt sich, hierzu am Whiteboard, der Pinnwand oder dem Smartboard im direkten Anschluß an den Kurzvortrag die zwei vorgenannten Fragestellungen durch den / die Auszubildenden oder selbst schriftlich in kurzen Stichpunkten zu beantworten.

Dementsprechend lautet hier das Teilziel:

Der Auszubildende im ersten Lehrjahr kann nach einer halbstündigen Unterweisung die Notwendigkeit von Schmerzerfassung im Allgemeinen nachvollziehen und Besonderheiten der Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz aufzählen.



4.2. Anleitung anhand der Leittextmethode

Um diese spezielle Schmerzerfassung in der praktischen Arbeit der Auszubildenden zu implementieren, ist eine Anleitung mittels der Leittextmethode zweckdienlich.

Die Leittextmethode setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen:

- Leitfragen
- Leitsätze
- Arbeitsplan
- Kontrollbogen

(vgl. Koch und Selka 1991: S. 41)

Im Rahmen der Leittextmethode werden die 6 Schritte der „vollständigen Handlung“ bearbeitet:

1. Information: Die Recherche in den vorgegebenen Quellen auf Grundlage der Leitfragen

2. Planung: Einen strukturierten Arbeitsablauf auf Grundlage des vorgegebenen Arbeitsplans festlegen

3. Entscheidung: In der Gruppe den Arbeitsablauf besprechen

4. Ausführung: Diesen Arbeitsablauf durchführen

5. Kontrolle: Die erarbeiteten Antworten anhand des Kontrollbogens überprüfen und eventuell korrigieren

6. Auswertung: In einem abschliessenden Gespräch mit dem Anleitenden die eigenen Ergebnisse kontrollieren. Fehler und Probleme können besprochen werden und die Ergebnisse gegebenenfalls berichtigt werden

(vgl. Koch und Selka 1991: S. 41)

Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten dieser Leittextaufgabe genauer beleuchtet.



4.2.1 Leittextmethode - Leitfragen

Zuerst werden Leitfragen formuliert, deren Beantwortung zum erwünschten Lernziel führen soll:

Frage 1: Bei wem und durch wen kann die BESD genutzt werden?

Frage 2: Skizzieren sie in kurzen Stichworten die einzelnen Schritte der Durchführung:

1. In welchen Situationen findet die Erfassung statt?
2. Wie wird die Erfassung durchgeführt?
3. Wie erfolgt die Auswertung?
4. Was lassen sich für Rückschlüsse ziehen?

4.2.3 Leittextmethode – Leitsätze

Leitsätze sind zusätzliche Hinweise, die die Beantwortung der Fragen unterstützen oder oft erst ermöglichen. In diesem Fall sind solche ergänzenden Informationen nicht notwendig beziehungsweise durch den mündlichen Vortrag bereits im Vorwege erfolgt.

4.2.3 Leittextmethode - Arbeitsplan

Der Arbeitsplan ist die Arbeitsanweisung, die den Weg beschreibt, wie die Leitfragen zu beantworten sind. Hier werden mögliche Quellen (Medien etc.) genannt und der Ablauf der Bearbeitung beschrieben.

Beantworten Sie auf Basis der vorliegenden Texte in Gruppenarbeit die vorgenannten Fragen.

Bitte lesen Sie sich die Texte „BESD - BEurteilung von Schmerzen bei Demenz“ und „Hinweise zur Verwendung von BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)“ sorgfältig durch.

Beantworten Sie dann in der vorgegebenen Reihenfolge die Fragen.

Die Beantwortung erfolgt schriftlich in Stichworten.

Sie haben für den gesamten Arbeitsauftrag 30 Minuten Zeit (10 Minuten



Lesezeit und 20 Minuten Bearbeitungszeit).

Haben Sie den Arbeitsauftrag erledigt, erhalten Sie bei mir den Kontrollbogen, anhand dessen Sie in den folgenden 10 Minuten Ihre Antworten überprüfen können. Bei Fragen und Problemen rufen Sie mich bitte hinzu.

Nach Erledigung des Arbeitsauftrags werden wir die Ergebnisse gemeinsam besprechen.

4.2.4 Leittextmethode - Kontrollbogen

Der Kontrollbogen unterstützt in der Leittextmethode die eigenständige Überprüfung der Ergebnisse und die Fähigkeit zur Selbstkritik. Es soll so dem Auszubildenden ermöglichen, die eigene Arbeit, also hier die Beantwortung der Fragen und damit das Erarbeiten eines Arbeitsablaufs zu evaluieren und selbständig zu korrigieren. Die Selbstkontrolle soll anhand folgender vom Anleitenden erwarteter Ergebnisse erfolgen:

Antwort 1:

- Anwendung bei Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz ist validiert, bei Menschen ohne oder mit beginnender Demenz nicht validiert, aber eventuell möglich
- Nur Anwendung durch Fachpersonal ist geprüft worden, andere sollten jedoch ihre Erkenntnisse miteinbringen

Antwort 2:

Schritt 1: Anwendung möglichst in der immer gleichen Situation, eventuell nur als Beobachter

Schritt 2: Beobachtung für mindestens 2 Minuten, beobachtete Verhaltensweisen in der BESD ankreuzen

Schritt 3: Punkte zusammenzählen

Schritt 4:

- 1 Punkt: Erhöhte Aufmerksamkeit für Schmerzäußerungen
- 2 Punkte oder mehr: Schmerzen wahrscheinlich
- Punktwert bei Aktivität höher als in Ruhe: Schmerzen wahrscheinlich



Dementsprechend lautet hier das Teilziel:

Der Auszubildende im ersten Lehrjahr kann nach 45minütiger Leittextarbeit die Bedingungen und die einzelnen Schritte der Schmerzerfassung mit der BESD sicher aufzählen.

4.3 Demonstration der Anwendung

Um die theoretisch erarbeitete Handlung in die Praxis zu übertragen bietet sich nun eine Demonstration am Modell und, darauf folgend, die eigenständige Durchführung der Schmerzerfassung an.

Eine Demonstration bietet hier insofern den Vorteil, dass sich auch Auszubildende am Anfang der Ausbildung, die in der pflegerischen Versorgung keine lange Erfahrung und damit Sicherheit in pflegerischen Handlungen haben, auf die Durchführung konzentrieren können. Eine Durchführung im Rahmen der alltäglichen pflegerischen Praxis ohne eine vorhergehende Demonstration würde einen Großteil hier eher überlasten und damit zu nicht ausreichender und falscher Beurteilung führen. Bei einer späteren Demonstration und eigenständigen Anwendung im Arbeitsalltag können Erläuterungen und Feedback häufig nicht zeitnah gegeben werden. Außerdem ist durch den Wechsel der Unterrichtsmethoden sichergestellt, dass die Anleitung für alle Lerntypen Angebote bereithält und die Konzentrationsfähigkeit und das Interesse der Lernenden aufrechterhält.

Videos sind hierbei eine naheliegenderes Mittel. So lässt sich ein Video kurzfristig einbinden, und kann auch von unerfahrenen Anleitern mit wenig Vorbereitungszeit genutzt werden, während die Demonstration anhand eines Rollenspiels ein intensives Auseinandersetzen mit den Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz und schauspielerische Fähigkeiten voraussetzt.

Videos, die zur Übung der Arbeit mit der BESD genutzt werden können finden sich sowohl frei nutzbar von mir (<http://nilswommelsdorf.de/besd-uebungsvideos/>), als auch nur restriktiv nutzbar von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (DGSS) (<http://www.dgss.org/besd-videos/>) im Internet. Diesen Schritt der Anleitung kann man mit 15 Minuten je Übungsvideo bearbeiten.

In der Demonstration kann so während oder nach der Vorführung eines Videos das Verhalten des gezeigten Menschen anhand der 5 Kategorien der BESD beobachtet



und die entsprechenden Zahlenwerte erfasst werden. Der Vergleich der Beobachtungen findet im Anschluß gemeinsam mit dem Anleiter statt. Es ist davon auszugehen, dass die gewonnen Ergebnisse differieren, was aber insofern für das Verständnis des Instruments förderlich ist, als dass es hilft, das eigene Wissen zu hinterfragen und das Verständnis zu vertiefen.

Hier lautet das Teilziel:

Der Auszubildende im ersten Lehrjahr kann nach fünfzehn- bis fünfundvierzigminütiger Demonstration am Modell die Schmerzerfassung mit der BESD am Modell sicher ausführen.

4.4 Anwendung in der Praxis als Beobachtender

Das Übertragen in die Praxis sollte im Rahmen einer möglichst umfangreichen pflegerischen Versorgung durch den Praxisanleiter stattfinden, bei der der Auszubildende lediglich als Beobachter anwesend ist.

Dies hat den Vorteil, dass der behandelte Mensch durchgehend beobachtet werden kann, ohne dass das Augenmerk auf der durchgeführten pflegerischen Tätigkeit liegt. Nach der Demonstration durch Übungsvideos kann der Auszubildende so schrittweise an die eigenständige Schmerzerfassung herangeführt werden.

4.5 Selbstständige Durchführung unter Aufsicht

Ist der Auszubildende als Beobachter eingebunden gewesen, kann er anschliessend selbst eine Erfassung während der Pflege durchführen. Hierbei steht ihm der Praxisanleiter als Beobachtender zur Seite, der die einzelnen Punkte der Beobachtung des Auszubildenden in einem Abschlußgespräch verifiziert und Anmerkungen und Nachfragen ermöglicht. Dieser Teil der Anleitung sollte wiederholt werden, bis Auszubildender und Ausbilder einen ausreichenden Lernfortschritt feststellen, der eine vollständig selbständige, sichere Arbeit mit dem Instrument zulässt.

Dementsprechend lautet hier das Teilziel:

Der Auszubildende im ersten Lehrjahr kann nach der eigenständigen Schmerzerfassung mit der BESD während der pflegerischen Versorgung von 2-3 Menschen mit Demenz diese selbständig sicher ausführen.



5. Ausblick

Um eine zuverlässige Erfassung auch in der weiteren Berufsausbildung sicherzustellen, sollte weiterhin bei gemeinsamer Versorgung von Menschen mit Demenz ein steter Austausch der gewonnenen Erkenntnisse bezüglich Schmerzzeichen zwischen dem Ausbilder und den anderen an der Berufsausbildung beteiligten Kräften mit dem Auszubildenden stattfinden. Im Anschluss an die gemeinsame pflegerische Versorgung sollte in jedem Falle Raum für Fragen und Kritik gegeben sein. Diese Gespräche sollten auch zum Abgleich der gewonnenen Ergebnisse genutzt werden, da eine Schmerzerfassung auch ohne konkreten Anhalt in „individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt“ werden muss (DNQP, 2011, S. 25 Prozesskriterium P1 und DNQP, 2015, S. 27 Prozesskriterium P1a). Dies kann, gerade bei Menschen mit Demenz, ein mitunter kurzer Zeitabstand sein, da hier die schmerzauslösenden Ursachen oft nicht von den Betroffenen kommuniziert werden und somit Schmerzen ohne von aussen ersichtliche Gründe plötzlich auftreten können.

Wenn im Verlauf der Ausbildung dann im zweiten Lehrjahr im Lernfeld 18 („Demenzranke Menschen pflegen“) und Lernfeld 21 („Schwerkranke und sterbende Menschen pflegen“) Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz im theoretischen Unterricht behandelt wird (vgl. Behörde für Schule und Berufsbildung, Hamburger Institut für Berufliche Bildung, 2013, S. 28 und 31), ist der Auszubildende leicht imstande, eine Verknüpfung zur schon lange erfolgten, rein praktischen Arbeit mit der Schmerzerfassung zu ziehen. Die unterschiedlichen Verhaltensmuster, die kognitive Störungen verursachen können, sind dem Auszubildenden dann bereits wohlbekannt, da auf der Beobachtung derselben schon lange ein Fokus gesetzt worden ist.

6. Resümee

Die Arbeit mit der BESD (oder einem anderen speziellen Schmerzerfassungsinstrument) ist in den meisten Bereichen der Pflege unumgänglich. Abgesehen vom Recht des Behandelten auf Hilfe und eine dem aktuellen Forschungsstand entsprechende Versorgung, also der rechtlichen Verpflichtung, entspricht nur ein adäquates Schmerzassessment dem pflegerischen



Ethos, sei es nun in der kurativen oder palliativen, in der stationären oder ambulanten, in der peripheren oder intensiven Versorgung.

Bei meiner Recherche im Rahmen der Hausarbeit, vor allem aber durch die von mir initiierte große Umfrage (siehe Nils Wommelsdorf, 2017), habe ich immer wieder erfahren müssen, wie unzureichend und teilweise unwissend die Schmerzerfassung bei pflegebedürftigen Menschen mit Demenz durchgeführt wird. Wie in den Ergebnissen der Umfrage zu lesen ist, wird in den meisten Einrichtungen das Assessment lediglich durch dreijährig ausgebildetes Personal durchgeführt. Wie auch in der Einleitung beschrieben, sind für eine umfassende Versorgung Erkenntnisse des „nicht-examinierten“ Personals in der Patientenversorgung ebenso wichtig, um eine umfassende Betrachtung des betreffenden Menschen durchführen zu können (vgl. Anhang 2, S. 2).

Wie ich im Rahmen dieser Facharbeit hoffentlich zeigen konnte, ist eine Anleitung in der fachgerechten Nutzung des Instruments auch durch Auszubildende am Anfang der Berufsausbildung trotz fehlender theoretischer Vorkenntnisse möglich und in einer relativ kurzen Zeitspanne durchzuführen. Im Text nicht erwähnt, aber in einem ähnlichen Rahmen anwendbar, sind Anleitungen auch für Pflegeassistenten und in Teilen auch für angelerntes Personal mit Interesse denkbar.

Im Rahmen meiner verschiedenen Tätigkeitsfelder werde ich die Entwicklungen in diesem Bereich sicher weiterverfolgen – und immer wieder insistieren, alle an der Versorgung Beteiligten „ins Boot zu holen“.



Literaturverzeichnis

- Margo McCaffery - Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man- environment interactions, UCLA Students' Store (University of California), Los Angeles, 1968
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) - Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Osnabrück, 2015
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) - Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011, Osnabrück, 2011
- Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) - S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Mai 2015 unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>, abgerufen am 08.11.2016
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie / Prof. Dr. Gunnar Wasner - Diagnostik neuropathischer Schmerzen (S1- Leitlinie), Kiel 2017, unter: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/II_61_2012_diagnostik_neuropathischer_schmerzen.pdf, abgerufen am 16.01.2016
- Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik 2013, Wiesbaden 2015 unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf>, abgerufen am 10.01.2017
- Bundesministerium des Innern (Referat G13) – Demographiebericht, Berlin 2011 unter: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf>, abgerufen am 10.01.2017
- Sabine Sütterlin, Iris Hoßmann, Reiner Klingholz – Demenz-Report, Berlin Institut, 2011 – unter <http://www.berlin->

www.nilswommelsdorf.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

institut.org/publikationen/studien/demenz-report.html#, abgerufen am 17.01.2017

- Nils Wommelsdorf – Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz unter: <http://nilswommelsdorf.de/umfrage-schmerz-demenz/>, abgerufen am 10.01.2017
- Prof. Dr. rer. cur. Thomas Fischer - Hinweise zur Verwendung der BISAD, keine Jahresangabe, unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BISAD_Kurzanleitung_2012_06.pdf, abgerufen am 17.01.2017
- Verband der Ersatzkassen – Expertenstandards in der Pflege, keine Jahresangabe, unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/expertenstandards-pflege.html>, abgerufen am 17.01.2017
- Studiendekanat der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln - Leitfaden zur Erstellung von Lernzielen, keine Jahresangabe, unter medfak.uni-koeln.de/fileadmin/dateien/.../Leitfaden_zur_Erstellung_von_Lernzielen.pdf, abgerufen am 16.01.2017
- Christine Sowinski, Renate Behr – Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung - Materialien für die Umsetzung der Stundentafel (erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2002 unter: www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaeum1962%20-%202012/PDFs/bundeseinheitliche_altenpflegeausbildung_materialien.pdf, abgerufen am 10.01.2017
- Nils Wommelsdorf - Fortbildungen zum Thema Schmerz für Pflegefachkräfte in Deutschland, 5.11.2015 unter <https://docs.google.com/uc?id=0BxnVzl8q4vKd3Znc2tZR0l5dzg&export=download>, abgerufen am 16.01.2017

www.nilswommelsdorf.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

- Frederic Vester - Denken, Lernen, Vergessen - Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn, und wann lässt es uns im Stich?, 1. Auflage, dtv, 1989
- Johannes Koch, Reinhard Selka: *Leittexte - ein Weg zu selbständigen Lernen*, 2. Auflage, Berlin, 1991

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die vorstehende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und mich anderer als der im beigefügten Verzeichnis angegebenen Hilfsmittel nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, den

Nils Wommelsdorf

Ich bin damit einverstanden, dass meine Arbeit verliehen werden kann.

Hamburg, den

Nils Wommelsdorf

www.nilswommelsdorf.de



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)