



Übergangspflege

Transitional care



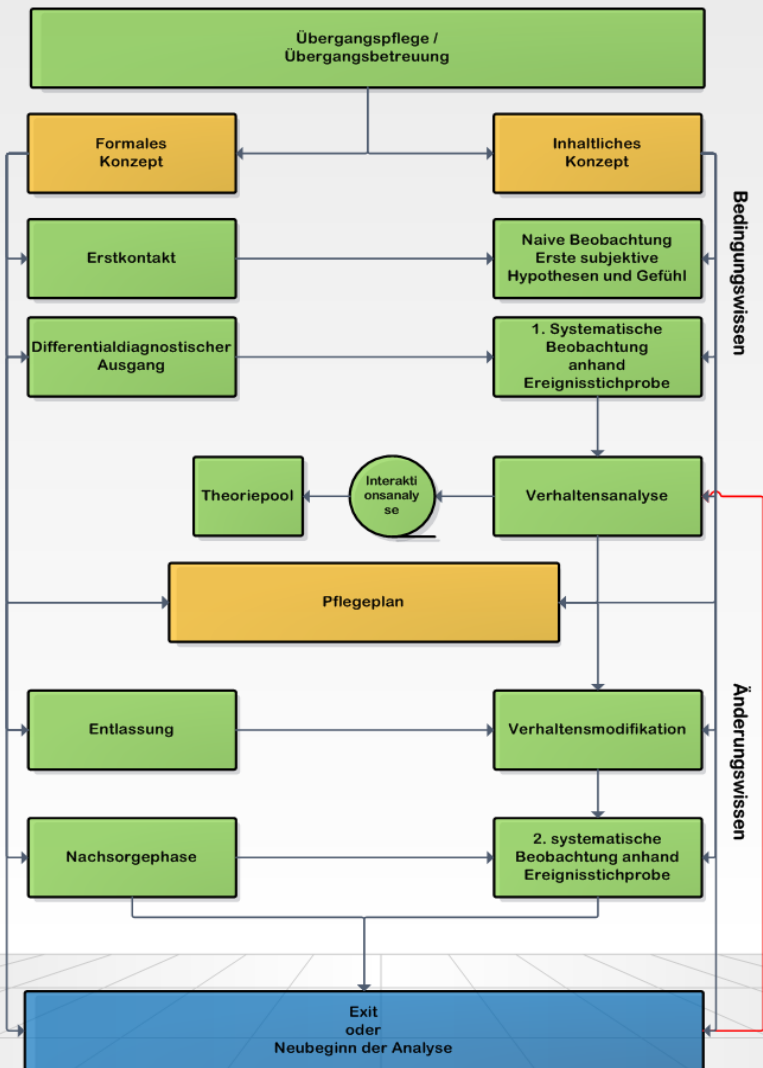
Ziele von Übergangspflege

- Drehtürentlassungen zu vermindern bzw. verhindern
- Einweisung in beschützende Einrichtungen zu minimieren
- Entlastung der Akutkrankeinstationen von Asylierungs- bzw. Pflegefällen
- Serviceleistung für die zuweisende Station
- Hospitalisation verhindern oder vermindern
- Entgegenwirkung eines First month Syndroms (Saup, 1993)
- Systemischer Ansatz und somit ein Einigungsgespräch mit dem sozialen Micro- u. Macrosystems.



Ablauf der Betreuung

- Zuweisung durch den Arzt
- Berichte kommen an die Station/Abteilung
- nach Entlassung – Nachbetreuung bis Selbständigkeit oder Organisation von Hilfen
- maximale Betreuungsdauer ist 60 Stunden oder 3 Monate



(vgl. Schulte 1974)
mod. Kessler 2007

Übergangspflege

ist eine Methode und kein Pflegemodell

- **Übergangspflege hat einen hermeneutischer Ansatz**
- **Übergangspflege hat einen empirisch – analytischer (probabilistischen) Ansatz**
- **Übergangspflege hat einen marxistischen Ansatz**
- **Übergangspflege hat einen strukturalistischen Ansatz, Pflege** bedeutet immer das Wahrnehmen von Phänomenen



Theorien der Übergangspflege

- erlernte Hilflosigkeit (learned helplessness) – (Seligman, 1999) - Kontrollverlust
- Reaktanztheorie (Brehm)
- Kausalattribution (Weinert)
- Alienation - Entfremdung (Kuhl, 2001)
- Motivationstheorien - Leistung, Bindung, Macht (Mc.Clelland, Aktinson)
- Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit (Mc.Clelland, Mc. Adams) - Form der sozialen Anschlussmotivation (Affiliation).
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura)
- Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan)
- Ungleichgewicht zwischen Person und System (K. Lewin)
- Entwicklungstheorie (E. Erikson) - z. B. Negative Bilanzierungen
- Sekundärer Krankheitsgewinn (Mayer)
- Verstärkertheorien (operante Konditionierung) – Intermittierendes Training



Gedächtnis – schematische Darstellung

- Das Gedächtnis ist die Fähigkeit, Erfahrungen zu speichern und später wieder zu reproduzieren oder wieder zu erkennen.
- Daneben bezieht sich "Gedächtnis" auch auf das, was behalten wird - sowohl auf die gesamte erinnerte Erfahrung als auch auf den Abruf einer spezifischen Erfahrung. Der Begriff Erinnern wird sowohl für das Speichern als auch für das Reproduzieren von Ereignissen benutzt.
- An den Gedächtnisvorgängen ist in erster Linie die Großhirnrinde (Neocortex) beteiligt. Dort werden sämtliche Informationen gespeichert.



Gedächtniseinteilung nach Graichen & Markowitsch

1. Zeitabhängige Prozesse

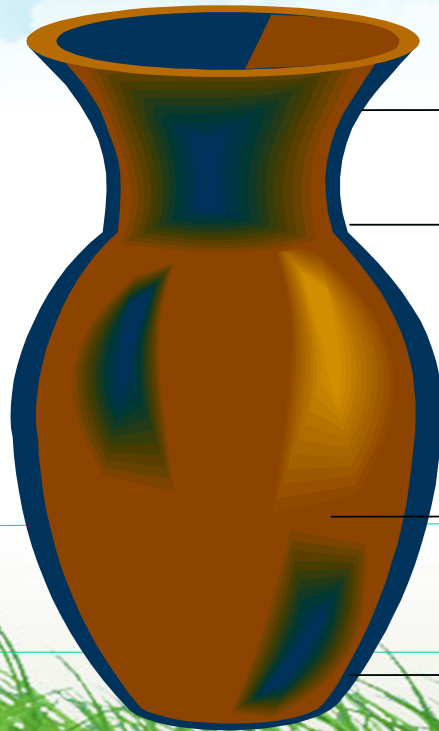
- Ultrakurzzeitgedächtnis
- Kurzzeitgedächtnis
- Intermediate Memory
- Langzeitgedächtnis

2. Inhaltsabhängige Prozesse

- auditiv-sprachlich
- visuell-figürlich
- taktil - kinästhetisch - körperschematisch - räumlich
- rhythmisch - zeitlich motorisch



Gedächtnis (vereinfachte Darstellung nach Graichen & Markowitsch)



UKZ – Millisekunden – rein elektrische Übertragung

KZ – 24 h – elektrische Übertragung

Altzeitgedächtnis – über Jahre –
chemische Botenstoffe und Assoziation

Tertiärgedächtnis – Jahrzehnte –
andauernde Wiederholung



Kurrent - die Schrift des LZG's (gültig für die Generation 80+)

Wandkammern nimmfurn
nicht 1011091111





Die Pflegekraft als Pralinée – Starthilfe zur Lebensbewältigung

*an ein phänomenologisches Menschenbild zu
denken*

- keine Trennung zwischen „res cogitans“ und „res externa“
- Nicht der Isolierte Umgang mit der diagnostizierten Krankheit, sondern wie geht sie/er damit um.

Erklärungstheorien (Auszug):

- Stress und Coping (Lazarus & Folkman 1984)
- Identität und Individualität nach E. Erikson (Abels 2004)
 - Entwicklungstheorie in acht Stufen
- Krankheitsgewinn (vgl. Mayer, 2003)
 - Primär – Flucht in die Krankheit
 - Sekundär – Sozial anerkannte Flucht aus der Rollenerfüllung



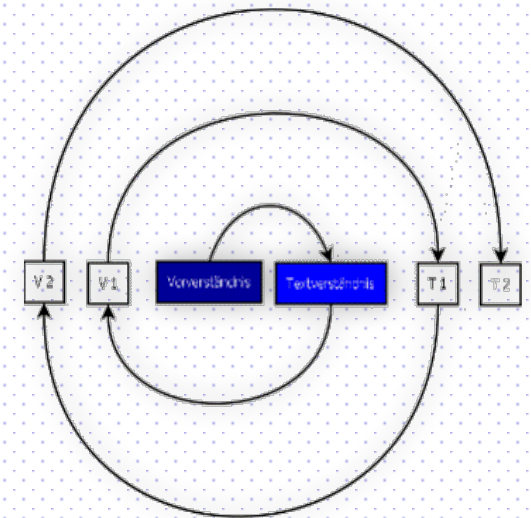
Ressourcenorientierung – nur eine Worthölse ?

- Eine Hilfestellung soll dabei immer davon ausgehen, der betreffenden Person das eigene Erkennen ihrer eigenen Fertigkeiten und die Eigenschaften des Ressourcencharakters zu ermöglichen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 321).
- Thiersch (2003) beschreibt die Ressourcenarbeit als Hilfe im Alltag, wo auch einmal die Vermittlung von materiellen Unterstützungen, sowie das Arrangement von hilfreichen Lebenssettings im Vordergrund stehen können.
- Die „Hilfe zur Selbsthilfe“ als Schwerpunkt unserer Interventionen:
 - Potential der PatientInnen zu fördern und Abhängigkeiten möglichst zu vermeiden.
 - Trainings der Aktivitäten des täglichen Lebens und
 - Theoriegeleitete Pflege



Pflege unter hermeneutischen Gesichtspunkten

- Verstehen im hermeneutischen Sinn ist nie geradlinig sondern zirkelförmig.
- So muss zu aller Erst ein Problem gesehen, erkannt und verstanden werden.
- Beispiel: Herr Kr. wurde in der UK für Neurochirurgie aufgenommen und in Folge an die UK für Geriatrie verlegt.
 - Der Grund war ein neurochirurgischer Eingriff (SAB) nach Sturz, welche durch eine Coxarthrose begleitet wurde. Im Vordergrund stand seine eingeschränkte Mobilität (durch die Coxarthrose) sowie eine depressive Verstimmung.
 - Im Hintergrund manifestiert sich eine Lageorientierung (unfähig selbst zu Handeln, Kuhl 2001) und Grübelkreislauf. Herr Kr. ist in einer Endlosschleife seiner Gedanken, „wo kommt sein Zustand her“, „warum ist alles so“. Gedanken an die Zukunft sind nicht möglich. „**Angst macht dumm**“ Die Folge war - Hr. Kr. ist **HILFLOS**



Hilflos

Menschen sind hilflos, wenn sie menschlicher Hilfe bedürfen, um aufzustehen, um auf die Toilette zu gelangen oder auch Hilfe beim Ankleiden benötigen. So ist im Duden zum Thema Hilflosigkeit zu lesen:

...sich selbst nicht helfen könnend, auf Hilfe angewiesen [ohne sie zu erhalten] "ein hilfloser Greis"

- Was ist aber mit der Hilflosigkeit, die im Krankenhaus daraus entsteht.
Wenn diese Person möchte, aber diese Aktivität verboten bekommt, ändert die Person infolge ihr Verhalten (operante Konditionierung und in Folge - Attribution).
 - Reaktanz (Brehm 1998)
 - Erlernte Hilflosigkeit (Seligman 1999, 2016)



Erlernte Hilflosigkeit – oder haben sie schon mal die Kontrolle verloren ?

Was geht in einem Menschen vor, wenn er die Kontrolle über Situationen, Personen oder Körperfunktionen verliert?

Kontrolle ist dann gegeben, wenn die Kontingenz zwischen Verhalten und Ergebnis gegeben ist.

Patienten, entwickeln körperliche Symptome und werden in ihrem pflegerischen Allgemeinzustand immer schlechter. Durch das Schwinden von Perspektiven kommt es zu einem vermehrten Pflegeaufwand (PENNEBAKER, BURNAM, SCHAEFFER und HARPER, 1977 in Herkner 2001, S.120)



Theorie der erlernten Hilflosigkeit

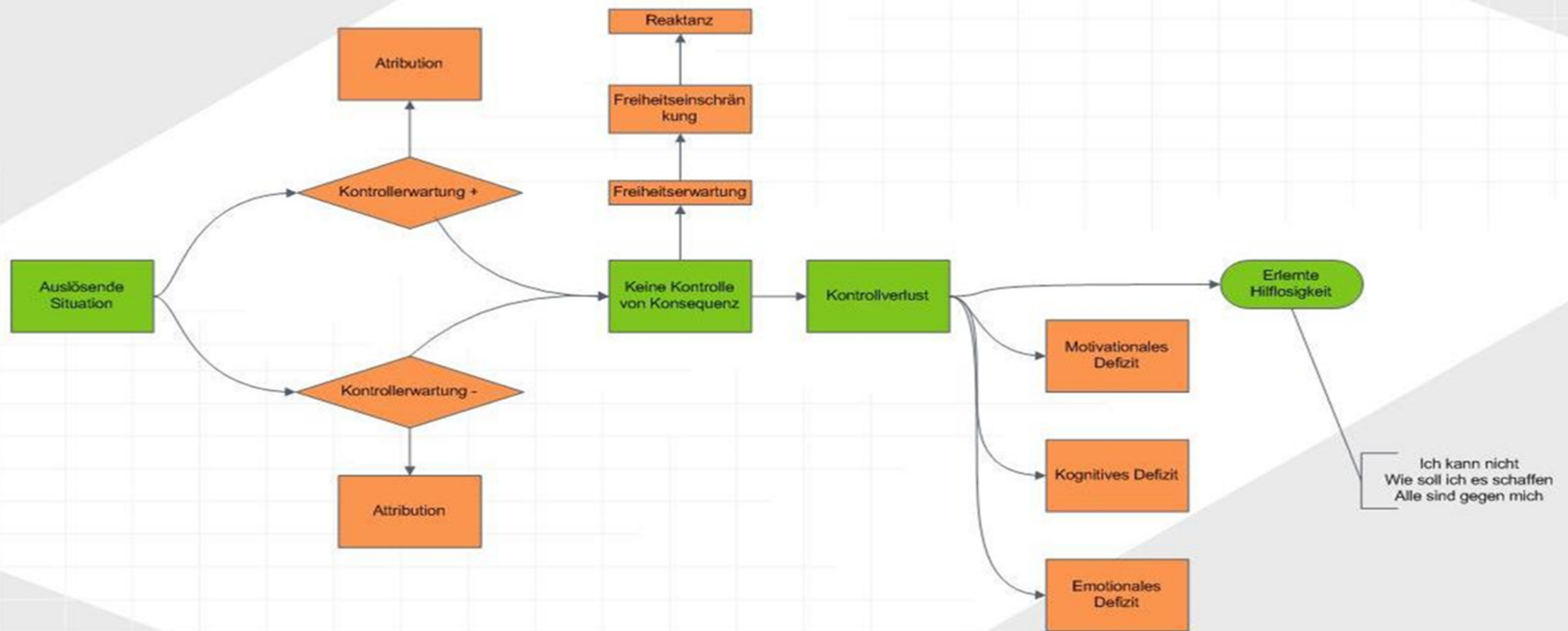
Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit postuliert, dass Menschen, wenn sie unkontrollierbaren Konsequenzen ausgesetzt werden, lernen, dass reagieren zwecklos ist. (STEINER, S.170)

- motivationalem Defizit
- kognitivem Defizit
- emotionalem Defizit

Diese Defizite äußern sich in **Aussagen** wie:

„Ich kann nicht“, „Ich will nicht“ oder „Es geht nicht“





Darstellung erlernte Hilflosigkeit

Schematische Darstellung (Kessler 2018)