



Gut leben mit
DEMENZ

Eine Strategie im Auftrag des Sozialministeriums

Demenzkompetenz im Spital

Eine Orientierungshilfe

Demenzkompetenz im Spital

Eine Orientierungshilfe

Autor/in:

Brigitte Juraszovich
Elisabeth Rappold

Projektassistenz: Alexandra Mayerhofer

Layout und Grafik: Klaus Kellner

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im Oktober 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des Sozialministeriums

Zitiervorschlag: Juraszovich, Brigitte; Rappold, Elisabeth (2017): Demenzkompetenz im Spital.
Eine Orientierungshilfe. Gesundheit Österreich, Wien

ISBN 978-3-85159-215-3

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at, www.demenzstrategie.at
Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Präambel	1
1 Ausreichend und adäquat geschultes Personal	4
2 Partnerschaftlichkeit	6
3 Assessment und Risikoidentifikation	8
4 Individualisierte Betreuung und Versorgung	10
5 Demenzgerechte Umgebung und Ausstattung	12
6 Steuerungsmechanismus „Dementia Governance“	14
Gremium der Expertinnen und Experten.....	16

Präambel

Hintergrund und Zielsetzung

Wenn Menschen mit Demenz im Krankenhaus wegen anderer Erkrankungen behandelt werden, können zahlreiche Probleme auftreten. Für **Menschen mit Demenz** stellt der Aufenthalt in einem Krankenhaus eine **schwierige und beängstigende Situation** dar – häufig auch für ihre **Angehörigen**. **Ältere Menschen** können durch einen Ortswechsel wie etwa die Aufnahme in ein Krankenhaus destabilisiert werden. Insbesondere **Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen** weisen somit auch ein höheres Risiko auf, während des Krankenhausaufenthaltes ein Delir zu entwickeln. Häufig ist bei ihnen eine Nebendiagnose Demenz nicht bekannt bzw. die Diagnose (noch) nicht gestellt, oder **Demenz, Delir und/oder Depression** werden nicht richtig bzw. rechtzeitig erkannt oder verwechselt.

Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt aber auch die **Mitarbeiter/-innen** der Krankenhäuser vor zunehmende Herausforderungen. Derzeit ist der Klinikalltag kaum auf Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen eingestellt.

In der **Österreichischen Demenzstrategie *Gut leben mit Demenz*** wird empfohlen, die Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anzupassen (Handlungsempfehlung im Rahmen des Wirkungsziels 5 der Demenzstrategie).

Die vorliegende Orientierungshilfe soll die **Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen** für demenzkompetente Krankenhäuser unterstützen. Sie wurde gemeinsam mit Expertinnen und Experten entwickelt, welche bereits über Erfahrungen in der Umsetzung entsprechender Maßnahmen verfügen. Die Auseinandersetzung mit **Demenzdiagnostik** und **Demenzbehandlung** ist **nicht Ziel** dieser Orientierungshilfe.

Das **Delir** (nichts substanzbedingt) stellt in diesem Zusammenhang im Krankenhausalltag eine der größten interprofessionellen Herausforderungen dar. Das Vorliegen einer Demenz erhöht das Risiko der Entwicklung eines Delirs, viele Symptome sind ident (siehe oben Schwierigkeit bzw. Bedeutung der Differentialdiagnose) – das **Delir kann jedoch auch ohne Vorliegen einer Demenz entstehen**. Viele der in der Folge angeführten Handlungsempfehlungen stellen auch Maßnahmen einer gelingenden Delirprävention dar. Deshalb sollten auch bei Menschen **ohne** Demenz die Gefahr und Prävention eines Delirs gleichrangig gesehen werden. Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen für ein demenzkompetentes Krankenhaus stellen daher immer auch eine Maßnahme für die Delirprävention / das Delirmanagement (Synergieeffekte) im Krankenhaus dar, unabhängig davon, ob eine Demenz vorliegt oder nicht.

An wen richtet sich die Orientierungshilfe?

Demenzkompetent zu sein bedeutet, in Hinblick auf die Anliegen und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aufmerksam zu sein, auf deren veränderten Lebensstil, deren Geschwindigkeit, deren Auffassungsvermögen und deren Bedürfnisse einzugehen und Abläufe entsprechend zu adaptieren und anzupassen. Dies gelingt dann gut, wenn **die gesamte Krankenhausführung** hinter dem Thema steht.

Deshalb richtet sich die Orientierungshilfe an die **obersten Verantwortungs- und Entscheidungsträger/-innen eines Krankenhauses**: die Rechtsträgervertretung, die Gesamtleitung und die kollegiale Führung sowie an die **Führungskräfte aller Berufsgruppen** im Krankenhaus.

Der Status eines demenzkompetenten Krankenhauses trägt zum Image der Einrichtung bei und hat strategisch weitreichende Konsequenzen.

Was soll mit der Orientierungshilfe erreicht werden?

Dieses Dokument soll **Entscheidungsträger/-innen und Führungskräfte** für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen **sensibilisieren**. Es werden **Maßnahmen aus der Praxis** aufgezeigt, die den Krankenhausaufenthalt für Patientinnen/Patienten mit demenziellen Beeinträchtigungen so gestalten können, dass **belastende Situationen** für diese, deren Angehörige und für Mitarbeiter/-innen **reduziert** werden können. Die konkrete Umsetzung und Detailplanung obliegt dem jeweiligen Krankenhaus.

Das Thema Demenz ist in **Zielvereinbarung, Leitbild oder Mission-Statement der kollegialen Führung** und der Abteilungen **mit aufzunehmen**, entsprechende messbare Indikatoren und Kennzahlen sind zu formulieren, zu bewerten und transparent zu machen.

Was bringt es einem Krankenhaus, diese Empfehlungen umzusetzen?

Die Wissenschaft sowie Erfahrungen aus der Praxis in Österreich und in anderen Ländern zeigen, dass mit demenzsensibler Gestaltung von Abläufen und Strukturen positive Auswirkungen verbunden sind, insbesondere:

Risikominimierung für die Patientinnen/Patienten, vor allem:

- Verringerung der Gefahr des Entwickelns eines Delirs
- Verringerung der Sturzgefahr
- Verhinderung von Mangelernährung/Dehydratation
- Reduktion der Polypharmazie
- Reduktion der peri- und postoperativen Komplikationen

Erhöhung der Sicherheit von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sowie, damit verbunden, die Steigerung der Qualität der Versorgung und der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Imagegewinn)

Verminderung der physischen und psychischen Belastung der Mitarbeiter/-innen und, damit verbunden, höhere Arbeitszufriedenheit, weniger Fluktuation und Erhöhung der Attraktivität des Berufes

Ökonomische Effekte

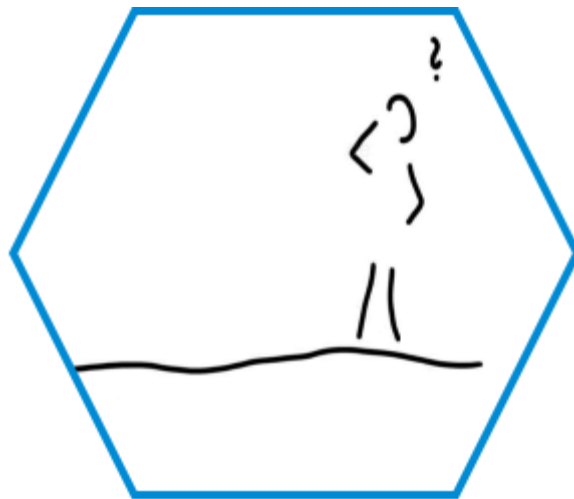
- weniger Komplikationen
- kürzere Aufenthaltsdauer
- Entlassungen bei besserer psychischer und physischer Gesundheit der Patientinnen/Patienten
- weniger Pflegeheimeinweisungen
- weniger Wiederaufnahmen

Die SPACE-Systematik der Demenzsensibilität – Kriterien für ein demenzkompetentes Krankenhaus

Für die systematische Darstellung von Demenzsensibilität in einem Krankenhaus wird die in England entwickelte SPACE-Systematik¹ herangezogen. Diese Systematik enthält Kriterien der Demenzsensibilität anhand von fünf Kategorien:

- » **Staff** (ausreichend und adäquat geschultes Personal)
- » **Partnership** (Partnerschaftlichkeit)
- » **Assessment** (Assessment und Identifikation des Risikos von Patientinnen/Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen)
- » **Care** (individualisierte Betreuung und Versorgung)
- » **Environment** (Umgebung und Ausstattung)

Dieser Systematik folgen auch die nachfolgenden Kapitel. Abschließend wird in einem Abschnitt über „Dementia Governance“ das Ziel des Aufbaues eines systematischen demenz- bzw. delirbezogenen Qualitätentwicklungssystems basierend auf Daten und Kennzahlen beschrieben.



¹ RCN (2013): Commitment to the care of people with dementia in hospital settings;
https://my.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/480269/004235.pdf

1 Ausreichend und adäquat geschultes Personal

Zielsetzung

Eine demenzkompetente Versorgung und Betreuung braucht ausreichend Mitarbeiter/-innen in allen Bereichen des Krankenhauses, welche je nach Aufgabenbereich entsprechend ausgebildet sind. Damit kann **inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation** erleichtert und Unverständnis reduziert werden, und die Patientinnen/Patienten können auf Basis unterschiedlicher Sichtweisen in ihrer Vielfaltigkeit betreut werden.

Durch **Wissen** entsteht **Sicherheit** im Umgang mit Menschen mit Demenz, so können **Belastungen** für alle Mitarbeiter/-innen **reduziert** werden. Derart wird die Arbeitszufriedenheit gewahrt bzw. gehoben, und belastende Situationen können reduziert werden.

Ziel ist die Entwicklung und Implementierung eines **interprofessionell** ausgerichteten **abgestuften Sensibilisierungs- und Schulungskonzepts**, welches in das **Fortbildungsprogramm** des Krankenhauses einfließt, im **Führungskonzept** verankert und in **Zielvereinbarungsgespräche** aufgenommen wird.

Maßnahmen

Die Maßnahmen betreffen alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, wobei sie niederschwellig und abgestuft je nach Qualifikation, Vorwissen und Einsatzbereich gesetzt werden sollen. Die Maßnahmen – beruhend auf einem für jedes Krankenhaus erstellten Gesamtkonzept – sind als laufendes Angebot zu gestalten.

1. Demenzbeauftragte / Expertinnen/Experten für Demenz und Delir – multiprofessionelle spezialisierte Teams / Konsiliar- bzw. Liaisondienste

Im Krankenhaus gibt es auf Demenz spezialisierte, fachlich qualifizierte Expertinnen/Experten in unterschiedlichen Berufsgruppen, die über weiterführende Qualifikationen für die Betreuung von Menschen mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen verfügen. Sie bieten fallbezogene kollegiale Beratung an und unterstützen die inter- und transdisziplinäre sowie multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Aufbau geriatrischer Expertise/Konsiliardienste/Liaisondienste in unterschiedlichen Bereichen: im Ethikboard, beim Pflegepersonal im Rahmen des Assessments, beim medizinischen Personal

2. Niederschwellige Fortbildung und Schulung medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Personals – Etablierung eines Multiplikatorensystems

Die unter Punkt 1 angeführten Expertinnen/Experten aller Berufsgruppen üben eine Multiplikator- und Vorbildfunktion in ihrem Bereich aus: Sie entwickeln für die anderen Mitarbeiter/-innen Handlungsempfehlungen, vermitteln Grundkompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz und sind dafür verantwortlich, dass der aktuelle Wissensstand in der Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen gewährleistet ist.

3. Sensibilisierung aller Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus und in dessen Partnerbetrieben

Alle Beschäftigten in einem Krankenhaus, auch jene, die nicht unmittelbar in die Betreuung und Behandlung von Patientinnen/Patienten eingebunden sind (z. B. Reinigungspersonal, Personal in der Cafeteria bzw. anderen Partnerbetrieben, Verwaltungspersonal, Portierinnen/Portiere) erwerben ein Grundverständnis für Patientinnen/Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Grundkompetenz im Umgang mit diesen. Treffen sie auf Menschen mit demenztypischen Verhaltensweisen, sollen sie daran denken und entsprechend handeln.

Folgende Projekte bzw. Unterlagen bieten Informationen über Maßnahmen zur Sensibilisierung bzw. Ausbildung von Mitarbeiter/-innen in Hinblick auf die Bedürfnisse kognitiv beeinträchtigter und/oder verwirrter Menschen:



Delir und Demenz: Delirsensibles und demenzfreundliches Krankenhaus

Ziel dieses Projektes der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) ist es, Patient/-innen mit Demenz oder einer Tendenz zu einem Delir frühzeitig zu erkennen und diesen ihren Bedürfnissen entsprechend zu begegnen. Dazu wurden Lernmodule zu den wesentlichsten Themen interdisziplinär erarbeitet und nun systematisch implementiert; zukünftig kommen dabei auch E-Learning-Module zum Einsatz.

Fragen zu diesem Projekt und den geplanten Umsetzungsmaßnahmen können an demenz_delir@kages.at gestellt werden.



Mehrstufiges Curriculum für 14- bzw. 160-stündige Fortbildung

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. stellt ein in der Praxis erprobtes und angepasstes Curriculum kostenfrei unter <http://www.alzheimer-niedersachsen.de/krankenhausprojekt.htm> zur Verfügung.

Die 14-stündige Fortbildung ist für eine möglichst große Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, einschließlich Hauswirtschaft und Verwaltung, gedacht, die 160-stündige Fortbildung für Demenzbeauftragte.

2 Partnerschaftlichkeit

Zielsetzung

Die Betreuung und Versorgung von Patientinnen/Patienten mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen benötigt – mehr als jene anderer Zielgruppen – eine verstärkte und abgestimmte Kooperation unterschiedlicher Akteurinnen/Akteure.

Dazu zählen insbesondere An- und Zugehörige, Ehrenamtliche, Rettungsdienste, Hausärztinnen/-ärzte, Pflegeheime und mobile soziale Dienste, Ambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen bzw. andere Krankenhäuser.

Das Einbinden von Partnern – insbesondere von An- und Zugehörigen – erleichtert das Schnittstellenmanagement sowie die Pflege und Betreuung während des Aufenthalts. Bekannte und vertraute Personen reduzieren Verwirrtheit und geben Sicherheit. Dadurch wird die Behandlung positiv beeinflusst, die Sicherheit von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern gewährleistet und im Idealfall die Aufenthaltsdauer verkürzt.

Ziel ist, die richtigen Informationen so rasch wie möglich zu erhalten, richtig zu interpretieren und an die relevanten Stellen weiterzuleiten.

Maßnahmen

1. Aktives Nahtstellenmanagement, insbesondere bezüglich niedergelassener (Fach-)Ärzte und (Fach-)Ärztinnen, mobiler sozialer Dienste / Pflegediensten sowie Pflegeheimen

Von zuweisenden Stellen wie niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen oder Pflegeheimen / mobilen Diensten werden Standardinformationen inklusive dokumentierter Gewohnheiten des Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen übermittelt oder müssen seitens der Demenzbeauftragten proaktiv eingefordert werden.

Eine verbesserte Kommunikation mit diesen Stellen trägt auch dazu bei, dass diese das Bewusstsein entwickeln, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

Elektronische Systeme wie ELGA werden so umfassend wie möglich genutzt.

Relevante Informationen sollen neben dem stationären Bereich insbesondere auch aus Ambulanzen (z. B. Diabetesambulanz) nachfolgenden Versorgungseinheiten Hinweise auf eine notwendige Weiterbetreuung geben (z. B. Entlassungsdokumente, Entlassungsbericht).

2. Zusammenarbeit und Kommunikation mit Rettungsdiensten

Bei Entlassungen und beim Transport durch Rettungsdienste werden die Sanitäter/-innen hinsichtlich individueller Präferenzen und anderer für den Transport relevanter Sachverhalte informiert.

3. Einbinden von An- und Zugehörigen

An- und Zugehörige werden systematisch in die Betreuung von Patientinnen/Patienten mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen einbezogen. Sie können Auskunft über Gewohnheiten und Besonderheiten der Patientinnen/Patienten geben. Eine Einbindung in die Pflege sollte allerdings unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Ressourcen erfolgen. Die Möglichkeit der Begleitung bei (ambulanten) Untersuchungen (Diagnostik) und Behandlungen wird gefördert.

Die An- und Zugehörigen sollen so oft und lange wie möglich beim Patienten / bei der Patientin bleiben können. Dafür sind flexible Besuchszeiten, Rooming-in (rund um die Uhr) oder Rückzugsmöglichkeiten vorzusehen. Insbesondere für Tagesrandzeiten sind entsprechende Angebote zu schaffen.

Ressource 24-h-Betreuungsdienste: An- und Zugehörige sollen darauf hingewiesen werden, dass 24-h-Betreuungsdienste auch aktiv in die Betreuung und Begleitung während des Krankenhausaufenthaltes eingebunden werden können (anstelle oder in Ergänzung zu den An- und Zugehörigen), insbesondere wenn das Betreuungsverhältnis schon länger besteht bzw. die Patientin / der Patient die 24-h-Betreuungsperson erkennt und zwischen ihnen ein gutes Verhältnis besteht.

Entlassungsmanagement: So früh wie möglich (das kann bei geplanten Aufnahmen schon vor dem Krankenhausaufenthalt sein) soll das Entlassungsmanagement eingebunden werden, um die Patientin / den Patienten bzw. die An- und Zugehörigen rechtzeitig zu beraten und Entscheidungen, die eine Entlassung in die gewohnte Umgebung verzögern (z. B. Wohnraumadaptierung, Bestellung sozialer Dienste ...) zu verhindern. Wenn eine Entlassung in die Wohn-/Betreuungssituation vor dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr möglich ist, sind rechtzeitig die alternativen Möglichkeiten zu besprechen und zu organisieren. Da es sich dabei um tiefgreifende (existenzielle) Entscheidungen für die Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige handelt, die das Krankenhauspersonal nicht übernehmen kann, muss ausreichend Zeit für die Beratung und Auseinandersetzung mit den Alternativen eingeplant werden.

4. Einbinden von ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen

Geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen werden in die Betreuung von Patientinnen/Patienten mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen systematisch mit einbezogen. Sie tragen zur besseren Orientierung bei und entlasten so auch Angehörige und Mitarbeiter/-innen. Einsatzmöglichkeiten für sie sind z. B. ein regelmäßiger Besuchsdienst mit individuellen angepassten Maßnahmen, welche die Kognition fördern und fördern, Begleitungen bei Untersuchungen und Behandlungen und die Funktion als Ansprechpartner/-innen für Angehörige.

Folgende Projekte bzw. Unterlagen erleichtern die Begegnung zwischen Patienten/Patientinnen und Personal im Krankenhaus:

Krankenhauspass Vorarlberg



Im Krankenhauspass werden wichtige Informationen über den Patienten / die Patientin in kurzer und prägnanter Form dargestellt. Gleichzeitig hat der Pass Signalwirkung und macht Angestellte im Krankenhaus auf die besonderen Bedürfnisse der Inhaberin / des Inhabers aufmerksam. Weitere Informationen: <http://www.krankenhaus-pass.at>

Verein Klinikbrücke



Die Ehrenamtlichen der Klinikbrücke begleiten Patientinnen und Patienten während des Aufenthaltes im Krankenhaus: von der Orientierung auf dem Gelände bis zum Kauf einer Zeitschrift. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage <http://www.klinikbruecke.at>

3 Assessment und Risikoidentifikation

Zielsetzung

Ein **geriatrisches Basisassessment** für einen klar definierten Personenkreis (empfohlen für Menschen ab 75 Jahren bzw. jüngere Menschen, bei denen der Verdacht auf demenzielle und/oder kognitive Beeinträchtigungen vorliegt) ist Voraussetzung dafür, dass die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weiterführend gut betreut und behandelt werden und das Risiko der Destabilisierung möglichst gering gehalten wird. Auch hilft es, eine eventuell vorliegende nichtbekannte kognitive Einschränkung frühzeitig zu identifizieren.

Erst nach dem Assessment können Behandlungspfade bzw. pflegerische Maßnahmen adäquat und personengerecht ausgestaltet werden sowie die Krankenhausabläufe an die Bedürfnisse der Menschen angepasst werden.

Zu den wichtigsten Zielen des Basisassessments zählen die Erfassung des **Rehabilitationspotenzials** des einzelnen Menschen, um dieses in der Folge so weit als möglich auszuschöpfen, sowie das **rechtzeitige Erkennen und Erfassen** demenzieller Beeinträchtigungen und damit das **Erleichtern vorausschauender Planung** („advance care planning“) und die **bestmögliche Begleitung der Patientinnen/Patienten bei allen Behandlungspfaden**.

Maßnahmen

1. Geriatrisches Basisassessment durch ein multiprofessionelles Team

Die Kompetenz zur Durchführung eines geriatrischen Basisassessments muss vorhanden sein. Es wird empfohlen, dieses bei jedem Patienten und jeder Patientin ab dem Alter von 75 Jahren bei der Aufnahme standardmäßig anzubieten.

Das Assessment erfolgt durch ein geriatrisch qualifiziertes multiprofessionelles Team.

Dabei wird auf valide und erprobte/etablierte Instrumente für den deutschsprachigen Raum zurückgegriffen. Sie basieren auf einfachen und nachprüfbar Fragen, um den kognitiven Zustand einzuschätzen (siehe Beispiele).

Dazu gehört auch die systematische Erhebung etwaiger Vorbefunde im Krankenhaus und bei anderen relevanten Stellen.

2. Routinemäßige Aufnahme personenbezogener Informationen bei Patienten/Patientinnen mit demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen

Individualisierte Informationen bei bereits bekannter oder diagnostizierter Demenz werden routinemäßig erhoben. Dabei werden An- und Zugehörige als Ressource gesehen und mit einbezogen.

Sprachliche und kulturelle Besonderheiten sind zu berücksichtigen, genauso wie ein frühzeitiges Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen für die letzte Phase des Lebens und die diesbezügliche Planung.

Bereits bei der Aufnahme erfolgt die Entscheidung, ob eine individuelle (1:1-)Begleitung notwendig ist. Diese kann durch geschulte Ehrenamtliche bzw. An- und Zugehörige erfolgen.

3. Sicherung einer durchgängigen bereichsübergreifenden multiprofessionellen Dokumentation/Information

Diese bezieht sich auf alle Abteilungen und alle Professionen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg (z. B. bei Wiederaufnahmen), und erfolgt bei Entlassung auch nach außen.



Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Die ÖGGG-Broschüren fördern die Gewinnung und Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Geriatrie und Gerontologie. Publikationen wie das Österreichische Basisassessment oder die Broschüre *Delir 2017. Ein häufiges Syndrom im Alter – eine interdisziplinäre Herausforderung* mit einschlägigen Screening- und Assessmentinstrumenten können von der ÖGGG bezogen werden: <https://www.geriatrie-online.at/publikationen>



Basler Demenz-Delir-Programm

Das Basler Demenz-Delir-Programm ist ein Multimethoden-Forschungs-und-Praxisentwicklungsprogramm. Es zielt auf die Prävention, frühe Erkennung und frühe Behandlung von Delirien. Weitere Informationen sind auf der Homepage <https://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/pflege-mtt/angebot/praxisentwicklung/advanced-nursing-practice-anp/basler-demenz-delir-programm> zu finden.

4 Individualisierte Betreuung und Versorgung

Zielsetzung

Mit Menschen demenzkompetent umzugehen bedeutet, Behandlung, Therapie und Pflege personenzentriert zu gestalten, d. h. zentrale Werte, Präferenzen, biografische Kernelemente zu kennen und zu berücksichtigen, Zu- und Angehörige in diese Informationssammlung einzubinden und alle Beteiligten zu informieren (z. B. durch gemeinsame Dokumentation).

Demenzkompetenter Umgang im Allgemeinen, angepasste Behandlung und Pflege tragen dazu bei, Begleiterscheinungen wie Delir und damit Folgekosten zu reduzieren. Wird Demenz ignoriert, stellt dies einen Behandlungs- bzw. Pflegefehler dar. Das ist fahrlässig, widerspricht dem Prinzip des Nichtschadens und verursacht hohe Kosten.

Die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz können nicht verändert werden. Behandlungserfolg stellt sich ein, wenn Pflege und Behandlung individuelle Präferenzen, biografische Aspekte, sensorische Besonderheiten sowie die Expertise der Zu- und Angehörigen beachten und funktionierende Hilfsmittel bereitgestellt werden.

Ziel ist, dass während des Aufenthalts in einem Krankenhaus der **Allgemeinzustand** und die **gesundheitsbezogene Lebensqualität** erhalten und gegebenenfalls verbessert werden und ein **Behandlungserfolg** angestrebt wird.

Maßnahmen

1. Berücksichtigen der demenziellen und kognitiven Beeinträchtigungen in Behandlungspfaden und -abläufen

Demenztypischen Verhaltensweisen wie Herumwandern, Schlaflosigkeit, Anhänglichkeit, Misstrauen/Verdächtigungen, herausforderndem Verhalten usw. soll adäquat begegnet werden. Dazu steht eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Verfügung wie zum Beispiel die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen oder Begleitdienste für Untersuchungen.

Die Stationen sind so gestaltet, dass Tagesaktivitäten durchführbar sind und Möglichkeiten für Gruppenaktivitäten bestehen. Der Einsatz von z. B. Musiktherapie, gemeinschaftlichem Essen oder Spätmahlzeiten schafft Orientierung sowie Beschäftigungen und stiftet Sinn.

Behandlungen (Behandlungspfade), Therapien, Pflege und Versorgungsabschnitte müssen den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz angepasst werden. Das bedeutet auch, diesen die Zeit dafür zu geben, sich auf Neues einzustellen, die Kommunikation und Sprache an die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen anzupassen.

Vermeidung von Umgebungswechseln: Menschen mit Demenz sollten möglichst wenig ihren gewohnten (vertrauten) Bereich verlassen müssen, Konsiliardienste kommen daher auf die Station, Untersuchung und Behandlung stationärer Patientinnen und Patienten sollen nur dann in Ambulanzen und Funktionseinheiten durchgeführt werden, wenn dies auf der Station nicht möglich ist. In diesen Fällen sind Wartezeiten (Abwesenheit von der Station) zu vermeiden, prioritäre Behandlung bzw. fixe Slots für Menschen mit Demenz sollen eingeplant werden.

2. Schaffen von Möglichkeiten zur intensivierten individuellen Betreuung

In ausgewählten Fällen wird empfohlen, eine intensiverte individuelle Betreuung zu ermöglichen. Dazu eignen sich z. B. Rooming-in, die Einbindung An- und Zugehöriger, ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen sowie Angehöriger der Gesundheitsberufe.

3. Persönliche Basisinformationen als Teil der durchgängigen bereichsübergreifenden multiprofessionellen Dokumentation und Information

Persönliche Basisinformationen, die für die Betroffenen von besonderer Bedeutung sind und deren Alltag betreffen, sind niederschwellig zur Verfügung zu stellen.

4. Entwicklung von Fachstandards und Leitlinien

Fachstandards/Leitlinien aller Berufsgruppen werden auf ihre Auswirkungen auf Menschen mit Demenz im interprofessionellen und interdisziplinären Team überprüft und angepasst.

5. Etablierung von Ethikboards bzw. klinischer Ethikberatung

Die Einführung klinischer Ethikberatung vor allem bei Therapiezieländerungen kann dem Krankenhaus Rechtssicherheit und Qualitätssteigerung bringen.

Ethikboards entscheiden insbesondere über Art und Weise der Dokumentation und Weitergabe von Daten bzw. Datensammlungen (z. B. für Forschungszwecke). Dies bildet die Grundlage für die Schaffung einer nationalen Datenbasis.

6. Information und Beratung für An- und Zugehörige

Während des Aufenthaltes oder im Rahmen des Entlassungsmanagements werden An- und Zugehörigen einschlägige Informationen zur Verfügung gestellt. Dies reicht von Broschüren bis zu Einzel- oder Gruppengesprächen. Ziel ist es dabei, die An- und Zugehörigen für die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt vorzubereiten und eine Wiedereinweisung nach Möglichkeit zu verhindern.



Überleitungsbogen DEMENZ (ÜLB-DEMENZ)

Der ÜLB-DEMENZ wird in Kärnten eingesetzt und soll von Angehörigen bzw. Bezugspersonen ausgefüllt und dem Pflege- oder Verwaltungspersonal im Krankenhaus abgegeben werden. Bestenfalls wird der ÜLB-DEMENZ bereits von Angehörigen bzw. bei der Überstellung aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus mitgebracht.

Weitere Informationen: http://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/ilmplld_43.htm



„Sand im Getriebe“ – ein Schulungsfilm des AKH Wien

Dieser Film und die einzelnen Schulungssequenzen (Tools) sollen für das Thema sensibilisieren und die Grundprinzipien des Delirs zeigen. Die Schulungstools können je nach Schwerpunkt der Fortbildung auch einzeln genutzt werden. Der Film kann über den Regisseur Helmut Wimmer bezogen werden: helmutwimmer@tele2.at

5 Demenzgerechte Umgebung und Ausstattung

Zielsetzung

Umgebung und Ausstattung sind so zu gestalten, dass das Milieu im Krankenhaus therapeutisch wirkt. Das bedeutet, Stress, Hektik und Lärm zu reduzieren / zu minimieren, Orientierung zu schaffen und Beschäftigung zu ermöglichen. Damit wird auch zu einer Entlastung des Personals beigetragen.

Ziel ist, die räumliche Umgebung den Bedürfnissen des Menschen mit Demenz entsprechend auszugestalten, um **nicht zu einer Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation** beizutragen.

Maßnahmen

1. Bauliche Maßnahmen bei Um- und Neubauten

Bei Neu- und Umbauten werden in die Planung auch Demenzexpertinnen und -experten mit einbezogen. Bauliche Maßnahmen werden (auf Basis von Healing-Environment-Konzepten) so gestaltet, dass sie

- » Orientierung erleichtern,
- » Aktivierung und Mobilisierung ermöglichen,
- » Rückzugsmöglichkeiten vorsehen,
- » Rooming-in gestatten,
- » Zweibettzimmer vorsehen und
- » Hektik und sensorische Überforderung minimieren.

Vor Um- und Neubauten werden spezialisierte Beratungen in Anspruch genommen.

2. Demenzgerechte Gestaltung des Milieus

Innenräume im Krankenhaus sind demenzgerecht ausgestaltet, insbesondere durch

- » Orientierungs- und Leitsysteme wie große Piktogramme, farbliche Kennzeichnung für unterschiedliche Bereiche etc.,
- » milieutherapeutische Gestaltung (Lichtkonzept, Innenraumgestaltung),
- » zeitliche Orientierungshilfen (gut erkennbare Uhren; Wochentag und Datumsangabe),
- » die Möglichkeit, persönliche, vertraute Gegenstände mitzunehmen (z. B. Wecker, Fotos, Lieblingstasse ...) oder für die Patientinnen/Patienten gut sichtbar aufzuhängen (Fotos, Bilder ...), und die Bitte an Angehörige, keine neuen Gegenstände (z. B. Kleidungsstücke, Waschbeutel ...), die die Patientin / der Patient nicht kennt, zu kaufen, sondern vertraute persönliche Gegenstände mitzubringen,
- » örtliche Orientierung – z. B. gut sichtbare Schilder mit Krankenhaus XY, Abteilung, Station anbringen oder in Sichtnähe des Bettes anbringen (Wechselrahmen),
- » Alltagsgegenstände (Waschbecken und Armaturen, Klobrille), die klar (z. B. durch farbliche Kontraste) gekennzeichnet sind und sich voneinander unterscheiden,
- » Desorientiertenschutzsysteme,

- » barrierefreie, behindertengerechte Ausstattung (insbesondere in Hinblick auf sensorische Defizite),
- » Vorhandensein lärmreduzierter Geräte/Hilfsmittel (z. B. adaptierbare Alarmgrenzen),
- » Minimierung von Lautstärke und Lärm,
- » Berücksichtigung der erhöhten Mobilität durch z. B. Endlosgänge mit Sitzgelegenheiten sowie durch
- » Aufenthaltsräume und Beschäftigungsangebote für Menschen mit Demenz.

3. Gestaltung der Tagesabläufe

Tagesabläufe (Visiten, Essenszeiten), Behandlungs-, Untersuchungsprogramme (u. U. -abläufe) werden nach Möglichkeit individuellen Besonderheiten/Bedürfnissen und Compliancemöglichkeiten angepasst, Wartezeiten in Untersuchungs- und Behandlungseinheiten reduziert (eigene Slots einplanen), und der Ausfall von Mahlzeiten („nüchtern“ bleiben) wird vermieden.

4. Entwicklung eines speziellen Ernährungskonzepts

Ein Ernährungskonzept liegt vor, welches möglichst selbstständiges Essen fördert (z. B. Buffet, Kost mit unterschiedlichen Konsistenzen, Fingerfood, hochkalorische Kost / Zusatzprodukte) und durchgehenden Zugang zu heißen und kalten Getränken und ausreichend Platz gewährleistet, damit Angehörige oder ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen beim Essen unterstützen können.

Ein Ausfall von Mahlzeiten („nüchtern“ lassen) soll nur erfolgen, wenn dies unbedingt notwendig und nicht vermeidbar ist.



Das Bayerische Institut für alters- und demenzsensible Architektur

Das Institut arbeitet an der Schnittstelle von angewandter Industrieforschung und evidenzbasierter Grundlagenforschung. Sein Ziel ist immer, eine möglichst verständliche und bedienerfreundliche Umgebung zu schaffen, um die Kompetenzen der Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Demenz möglichst lange zu erhalten. Ein Beispiel ist der *Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus*, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Zusammenarbeit mit der Ingenium-Stiftung Ingolstadt.

Weitere Projekte und Leitfäden finden sich auf der Homepage <https://www.bifada.de>

6 Steuerungsmechanismus „Dementia Governance“

Zielsetzung

Die Umsetzung von Maßnahmen, die zu einem demenzkompetenten Krankenhaus führen, muss geplant und gesteuert werden. Das bedeutet, diese systematisch in die strategischen Ziele, die Qualitätssicherung sowie in das Kennzahlensystem des Krankenhauses zu integrieren. Damit kann langfristig der Erfolg der Maßnahmen dargestellt werden.

Ziel ist der Aufbau eines **systematischen demenz- bzw. delirbezogenen Qualitätsentwicklungssystems**, basierend auf Daten und Kennzahlen. Es bildet die Grundlage für qualitative und quantitative Bedarfs- und Versorgungsforschung auf Mikro- und Makroebene und ist damit eine wichtige Planungsgrundlage sowohl für das eigene Haus als auch die Landes- und Bundesebene.

Maßnahmen

1. Konzept erarbeiten und umsetzen

Die in diesem Papier vorgeschlagenen Maßnahmen müssen auf die individuellen Bedarfe der Organisationen umgelegt werden und auf die Besonderheiten der Einrichtungen fokussieren. Werden bereits in der Entwicklung des Konzepts alle relevanten Gruppen miteinbezogen, erreicht man in der Umsetzung eine hohe Verbindlichkeit.

2. Kennzahlen entwickeln und erheben

Die Wirkung der gesetzten Maßnahmen soll abgebildet werden. Dazu ist es notwendig, für die einzelnen Domänen entsprechende Kriterien zu formulieren und zu überprüfen (beispielsweise, ob Assessments durchgeführt wurden oder ob das Entlassungsmanagement standardisiert eingebunden wird/wurde).

3. Gemeinsames Vorgehen

Über die individuelle Erarbeitung von Kennzahlen hinaus wird empfohlen, eine trägerübergreifende geeignete Vorgangsweise zur Sicherstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit zu erarbeiten. Erstrebenswert ist eine Vereinheitlichung der Datenerfassung und des Datenbestandes.



Gesamtkonzept demenzfreundliches Krankenhaus

Die Barmherzigen Brüder Österreich haben sich der Aufgabe gewidmet und im Krankenhaus Wien ein Programm zum „Demenzfreundlichen Krankenhaus“ gestartet – das umfassende Programm findet sich hier:

<http://barmherzige-brueder.at/unit/ethik/de/aktuelles/blog/article/36453.html>



Demenz braucht Kompetenz

Mit dieser Initiative werden Demenz und Delir in der Tirol Kliniken GmbH verstärkt in den Vordergrund gerückt, damit auch Mitarbeiter/-innen über diese Erkrankungen informiert sind und Patientinnen/Patienten kompetent und sensibel begleiten können. Schulungen, Veranstaltungen und Kommunikationsaktivitäten sollen dazu beitragen, das vorhandene Wissen und die Kompetenz zu stärken, weiterzuentwickeln und allen zugänglich zu machen. Ziel ist es, alle Beteiligten im oft gar nicht demenzgerechten Krankenhausalltag zu entlasten.

Informationen dazu finden sich unter <https://demenz.tirol-kliniken.at>

Gremium der Expertinnen und Experten

ARROUAS Magdalena	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CZEGKA Beate	Tirol Kliniken GmbH, Abteilung Pflegemanagement
FRÜHWALD Thomas	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)
GLARCHER Manela	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
PINTER Georg	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG, LKH Klagenfurt
SCHNEIDER Andreas	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
SCHNEIDER Cornelia	Wiener Krankenanstaltenverbund; Vorstandsbereich Health Care Management
VERDES Dan	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG, LKH Klagenfurt
WALZL Brigitte	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
WALLNER Jürgen	Barmherzige Brüder Österreich, Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien
WEISSENBERGER Monique	Forum Palliative Praxis Geriatrie
ZIEGER Constantin	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen



Medieninhaberin:
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Stubenring 6
1010 Wien

demenz@goeg.at
www.demenzstrategie.at
www.goeg.at

FN 281909y, Firmenbuchgericht:
Handelsgericht Wien
UID-Nr.: ATU 62777178

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

 MINISTERIUM
FRAUEN
GESUNDHEIT

 sozial
MINISTERIUM