

Ergebnisbericht zum Qualitätsförderungsprogramm des TGF

Projektname: Praxisorientiertes Projekt zur Optimierung der Versorgung von PatientInnen mit Demenzerkrankungen im Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätskliniken, fokussierend auf eine ausgewählte Pilotstation unter Einbezug der Patientenbewegungen im Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Anliegen von Angehörigen, Selbsthilfegruppen und extramuralen Pflege- und Betreuungseinheiten sollen in dieses Projekt mit einfließen.

Datum der Bewilligung:	11.12.2013
Datum der Berichterstellung:	3.12.2015
Einreichende Stelle:	Pflegedirektion, Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätskliniken (LKI)
Projektleitung:	Mag. Aloisia Angermair, PD Stv. LKI
Projektkooperation:	AZW, fhG und Department für med. Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie (<i>Publikation in Vorbereitung</i>)
Projektzeitraum:	Jänner 2014 – November 2015

1. AUSGANGSSITUATION

Für PatientInnen mit Demenz und deren Angehörigen bedeutet ein Krankenhausaufenthalt häufig eine sehr belastende Ausnahmesituation. Der Wegfall des gewohnten Betreuungssettings führt in der Interaktion zwischen den PatientInnen, Angehörigen und dem pflegerischen Personal häufig zu beachtlichen Schwierigkeiten, Konflikten und auch Missverständnissen (vgl. Schaefer/Wingenfeld, 2008 in Ernst/Seeger, 2012).

Die Initiative für dieses Projektes ist begründet durch die Belastungssituation die eine Krankenhausaufnahme für betroffene PatientInnen und Angehörige mit sich bringt sowie, durch die vielfachen Überforderung des Pflegepersonals im Umgang und in der Versorgung der PatientInnen im Akutkrankenhaus.

1.1 Datenlage Prävalenzdaten

Im Österreichischen Demenzbericht 2014 wird auf die Schwierigkeit der Prävalenzermittlung Bezug genommen. Die Demenz wird als Nebendiagnose nur selten erfasst, wenn PatientInnen mit Demenz wegen internistischer und chirurgischer Akutindikationen aufgenommen werden. Daraus ergibt sich ein „Underreporting“ dieser „Nebendiagnose“.

Die Anzahl von PatientInnen mit Demenz im Krankenhaus wird Ende der 90-er Jahren mit ca. 12% beziffert. Inzwischen wird in der Literatur bereits von einem durchschnittlichen Anteil von 20% gesprochen (vgl. Österreichischer Demenzbericht, 2014). Auf Grundlage kausaler Faktoren wie z.B. der demografischen Entwicklung, Versorgungsstrukturen, spezieller Risiken welche zu Hospitalisierung führen können und einer Befragung von Stations- und Ambulanzleitungen aus dem Jahr 2014 schätzt das Deutsche Institut für Pflegeforschung den Anteil der PatientInnen mit Demenz im Krankenhaus für Deutschland auf 23,3% (vgl. Pflege-Thermometer, 2014). Entsprechend der Prognosen in der Literatur wird auch für das LKI im Hinblick auf die Altersverteilung ($\geq 65 = 36,4\%$) künftig ein steigender Anteil von PatientInnen mit Demenz angenommen.

2 ZIELE DES PROJEKTS

Vor dem Hintergrund von Stationsabläufen die primär auf die Versorgung einer Akutstation ausgerichtet sind, sollten in diesem Projekt, in das zwei Pilotstationen eingebunden waren, Unterstützungskonzepte für die professionelle Pflege und Betreuung von Demenzkranken im Akutbe-

reich erarbeitet werden. Schulungen der Pflegepersonen und Personen aus dem multiprofessionellen Team sollten eine zentrale Grundlage für die notwendige Sensibilisierung darstellen um das notwendige Verständnis für die PatientInnen und deren Angehörigen zu erlangen und darüber hinaus die bedarfsgerechte poststationären Versorgung bzw. Unterstützung zu sichern.

3 METHODE

Als Pilotstationen wurden die MZA Notfallaufnahme und die Neurologie 4 Station ausgewählt. Der Einbezug einer zentralen aufnehmender Abteilungen wird für eine durchgängige Qualitätssicherung aus den Erfahrungen anderer Krankenhäuser empfohlen.

Projektschritte:

- Literaturrecherche – zur Ableitung von Handlungsempfehlungen
- Workshop beim 7. Tiroler Demenztages zur Erhebung der Situation betroffener Angehöriger
- Quantitative Ist-Standerhebung (MitarbeiterInnen der Pilotstationen)
- Qualitative Ist-Standerhebung (MitarbeiterInnen des PatientInnentransportes)
- Hospitationen
- Schulungskonzept
- Maßnahmen auf den Pilotstationen – Abteilungskonzept – LKI Konzept
- Projektevaluierung durch Followup Erhebung vor Projektabschluss
- Folgeprojekte und Implementierungskonzept

3.1 Literaturrecherche

Methode: ausgewählte Recherchen in Datenbanken (PubMed, MEDLINE, DIMDI) Stichwort „Demenz im Krankenhaus“, sowie in anerkannten Zeitschriften. In der Literatur finden sich zahlreiche Empfehlungen für den Umgang mit dementiell beeinträchtigten Menschen. Prinzipiell werden Empfehlungen zur Anpassung des Verhaltens, sowie zur Anpassung der Umgebung ausgesprochen.

Exemplarisch werden die Handlungsempfehlungen des dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung) aus der Veröffentlichung „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ (2012) angeführt:

- Handlungsempfehlung Sensibilität fördern – die Kompetenzförderung unterstützt die Erlangung einer achtsamen Haltung sowie des notwendigen Verständnisses gegenüber PatientInnen und Angehörigen. Leitungspersonen nehmen eine zentrale Rolle dabei ein um auch in weiterer Folge die Umsetzung von strukturellen und ablaufbezogenen Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren.
- Handlungsempfehlung Demenzbeauftragte benennen – speziell qualifizierte MitarbeiterInnen werden mit der nachhaltigen Umsetzung eines Verbesserungskonzepts für die gesamte Einrichtung betraut.
- Handlungsempfehlung Angehörigen Einbezug stärken – Informationen über Unterstützungsangebote, den möglichen Einbezug von Angehörigen in die Pflege, sowie innerklinische Angebote wie z.B. „rooming in“ und das Bereitstellen von Informationsbroschüren tragen wesentlich dazu bei Angehörigen und den betroffenen PatientInnen Sicherheit zu vermitteln.
- Handlungsempfehlung Ehrenamt ausbauen – bestehendes Ehrenamt zu pflegen und dies nach Möglichkeit auszubauen ist eine Empfehlung die auf Erfahrung vieler Krankenhäuser beruht in denen dies bereits umgesetzt wird. Es gibt vielfache ehrenamtliche Unterstützungsan-

gebote mit denen sehr positive Effekte im Sinne von Sicherheit und Wohlbefinden erzielt werden können.

- Handlungsempfehlung Bildungsmaßnahmen verstärken – für den Kompetenzerwerb werden Fachthemen und Zielgruppen für die Schulungen aufgeführt. Empfohlen werden Schulungen zu den Themen: Fachwissen zur Demenz, Kommunikationsstrategien und Symbolik der Sprache von Menschen mit Demenz, Rechtliche Aspekte in der Versorgung von Patienten mit Demenz, Ernährung und Ernährungsunterstützung bei Patienten mit Demenz, Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie von Menschen mit Demenz.

3.2 Workshop mit Angehörigen beim 7. Tiroler Dementages

Im Fokus des Workshops stand die Frage „Demenzerkrankung Verunsicherung und Stress im Krankenhaus, muss das sein?“. Im Workshop wurden die Fragen welche Erfahrungen im Krankenhaus gemacht wurden und welche Faktoren zu Verunsicherung und Ängsten führen diskutiert und auch Wünsche und Anregungen an das Landeskrankenhaus Innsbruck aufgegriffen.

Die Erfahrungen die im Krankenhaus gemacht wurden bezogen sich auf einen individuellen Umgang mit Patienten aber auch Zeitstress des Personals und mangelnde Mitbetreuung von Angehörigen wurde angesprochen. Ängste werden verursacht durch den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wie Fixierungen, auch die mangelnde Information zur Medikation verursacht Unsicherheit oder auch die fehlende Information zu neu aufgetretenen Einschränkungen wie dies z.B. am Beispiel einer Inkontinenz erzählt wurde. Außerdem führen rechtliche Aspekte zu Unsicherheit z.B. bzgl. Patienteneinwilligungen und auch die Frage der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.

Die Wünsche an das Landeskrankenhaus Innsbruck richteten sich an den Einbezug von Angehörigen in die Pflege, die Ermöglichung individueller Besuchszeiten und auch die Anfrage nach „Patientenbegleitung – rooming in“. Es hilft, wenn vertraute Gegenstände in das Krankenhaus mitgenommen werden können, wenn die Angehörigen Informationen über Unterstützungsangebote z.B. über Vereine und Selbsthilfegruppen und auch Hilfestellungen im persönlichen Umgang mit herausfordernden Situationen mit ihren Angehörigen erhalten. Ein funktionierendes Entlassungsmanagement ist von großer Bedeutung dazu muss auch ein laufender und zeitgerechter Austausch mit anderen Einrichtungen erfolgen.

3.3 Ergebnis Quantitative Ist Standerhebung

Vollerhebung (Pflegepersonen Pilotstationen) mittels adaptiertem Fragebogen des dt. Instituts für angewandte Pflegeforschung aus dem Jahr 2014 – Original FB-Titel: „Einschätzung zur Situation von Menschen mit Demenz in deutschen Krankenhäusern“. Adaptierter Fragebogen mit 101 Items zum Thema Demenz und 12 Items zum Thema Delir, Rücklaufquote: 54,8% (Fragebogen und Begleitschreiben im Anhang).

Die Erhebung zeigte, dass im Bereich des Aufnahme- und Entlassungsmanagements auf den Abteilungen bereits viele Maßnahmen umgesetzt werden aber für manche Themen auch ein Potential für Verbesserungen besteht. Strukturen und Abläufe entsprechen nur bedingt den Anforderungen. Möglichkeiten der Optimierung wurden im Projektverlauf dazu aufgezeigt. Die Einschätzung über die Häufigkeit des Auftretens vielseitiger Problemstellungen im Umgang mit den PatientInnen vermittelte ein Bild aus der Praxis mit den verbundenen Herausforderungen für die Pflege. Die Form der Erfassung und der abteilungsbezogene Umgang im Schmerzmanagement

zeigte einerseits die vorhandene Sensibilisierung in der Pflege aber auch die Notwendigkeit der interprofessionellen Kooperation z.B. bei Verwendung von speziellen Schmerzskalen. Der mögliche Einbezug von Angehörigen ist in einem hohen Ausmaß gegeben. In Bezug auf die geplante Einbindung z.B. als Begleitung bei Untersuchungen wurden Potentiale aufgezeigt. Konkrete Unterstützungsangebote für Angehörige werden teilweise schon angeboten und umgesetzt jedoch wurden auch weitere Angebote gesehen die im Zuge des Projekts ermöglicht werden sollten. Belastungssituationen für das Pflegepersonal beziehen sich u.a. vor allem auf die Gefahr des unbemerkten Verlassens der Abteilung, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht verhindert werden können, dass man den Menschen mit Demenz nicht gerecht wird oder auch die zeitliche Bindung wenn eine andere Arbeit ansteht. Die Versorgung von PatientInnen mit Demenz und den Umgang mit bestimmten Problemstellungen wurde in einigen Bereichen als gut eingeschätzt. Für manche Themenbereiche wurde eine Optimierung aufgezeigt z.B. bzgl. Schmerzmanagement, Kompetenzen der Pflege, kontinuierliche Betreuung sowie den Einbezug von Angehörigen und den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Festgelegte Maßnahmen zur Delirprävention ab einem definierten Alter werden kaum umgesetzt. Die Ergebnisse zeigten für die Delirprävention Verbesserungsmöglichkeiten bzgl. Struktur, interprofessioneller Kooperation und konkreter Pflegemaßnahmen sowie des Schulungsbedarfs auf. Konkrete Fortbildungswünsche wurden erhoben und wurden bei der Schulungskonzeption entsprechend berücksichtigt.

3.4 Qualitative Ist-Standerhebung

MitarbeiterInnen des PatientInnentransports (PTS) wurden in einem Fokusgruppeninterview nach ihren Erwartungen befragt damit Transporte von Menschen mit dementiellen Veränderungen oder verwirrten Menschen erfolgreich verlaufen, sowie nach besonders belastenden Situationen beim Transport dieser genannten PatientInnen.

Als belastende Situationen wurden organisatorische Probleme z.B. mangelnde Information genannt. Probleme im Team bezogen sich auf die mangelnde Wertschätzung der MitarbeiterInnen des PTS als Angehörige der Gesundheitsberufe. Weiters wurde die dementielle Veränderung selbst als Belastung angeführt wenn es darum geht Geduld zu haben, mit konkreten Problemen umzugehen (z.B. Fluchtintendenzen), wenn Flexibilität im Umgang gefragt ist. Hier wurde von Herausforderungen gleichzeitig aber auch von „natürlichen Vorkommnissen die ein Gesundheitsberuf mit sich bringt“ gesprochen.

Wünsche zur Optimierung bezogen sich auf eine konstante Bezugsperson für Transporte von PatientInnen mit einer Demenzerkrankung und den Einbezug von Angehörigen. Organisatorischer Verbesserungsmaßnahmen z.B. Sicherstellung des Informationsflusses aber auch das Thema Wertschätzung (Bedeutung der Patientenbegleitung) und Kooperation wurden auch dazu festgehalten.

3.5 Hospitationen

3.5.1 Langzeitpflegebereich LPK, Hall und ISD Heim am Lohbach, Innsbruck

Im Langzeitpflegebereich wurden Beispiele für die bedarfsgerechte Ausstattung, den Einsatz von Orientierungshilfsmitteln, Beschilderung, sowie der Verwendung von Hilfsmitteln z.B. speziellen „Demenzstühlen“ die sehr zur Beruhigung und zum Wohlbefinden beitragen können, gezeigt. Besondere Lichtsysteme sorgen für eine angenehme Atmosphäre, Desorientiertensysteme geben abteilungsintern Freiräume und zugleich Sicherheit. Beschäftigungsprogramme und Validation wurden als zentrale strukturelle Säulen bzw. als grundlegende Konzepte für den erfolgreichen

Umgang mit den PatientInnen genannt. Im direkten Austausch zwischen der Schnittstelle Heim und Krankenhaus konnten für einige Problemstellungen unmittelbare Lösungen gefunden und konkrete Maßnahmen für die Versorgungskontinuität abgeleitet werden. So wurde z.B. die obligatorische telefonische Information der Heime über die aktuelle Situation zur Aufnahme einer/eines HeimbewohnerIn durch die Notfallaufnahme (Pflegeperson oder ÄrztInnen) festgelegt. Zu diesem strukturierten Ablauf gibt es bereits positive Rückmeldungen. Auch für Wochenendentlassungen werden aktuell Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungskontinuität bearbeitet. Andererseits wurde auch klar, dass für manche Schwierigkeiten keine Lösung auf Ebene der Pflegekooperation möglich ist. Wenn Aufnahmen in die Notfallaufnahme vermeintlich nicht notwendig wären, ist dies durch strukturelle Gegebenheiten oft unvermeidbar. Das Wissen um strukturelle Besonderheiten der Heime z.B. ärztliche Versorgung trägt zum gegenseitigen Verständnis bei, um die Kooperation zwischen den Bereichen zu verbessern und zur Sicherung der durchgängigen Patientenversorgung beizutragen.

3.5.2 Hamburg – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Eine Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz koordiniert das Demenzmentorenkonzept und führt Schulungen am UKE durch.

Schulung zur/zum DemenzmentorIn: Vier Module à zwei Schulungstage und ein Hospitationstag auf einem Wohnbereich für besondere stationäre Dementenbetreuung, Durchführung eines Kleinprojekts zu konkreten Fragestellungen, Präsentation des Projekts und verbindliche Teilnahme an regelmäßigen Netzwerktreffen (vier mal jährlich).

DemenzmentorInnen befassen sich neben der direkten Unterstützung auf den Abteilungen mit der Aufbereitung konkreter Fragestellungen für die Abteilung bzw. UKE weit.

Für die Unterstützung von Angehörigen wurde u.a. ein Wegweiser „Demenz — Pflegebedürftig was nun?“ erstellt (Informationsposter auf den Abteilungen). Zum Thema Ernährung wurde der vielfältige Einsatz von Hilfsmitteln dargestellt (z.B. spezielles Geschirr und Trinkgefäße, selbst hergestellte Tischsets – ansprechende Bilder wurden dazu laminiert, sehr beliebt ist die Verwendung von speziellem cremigen Speiseeis). Für die Pflegepersonen am UKE wurde eine Informationsmappe für die Pflege ein sog. „Demenzknigge“ angelegt. Ergänzend dazu ist eine E-learning Plattform in Planung.

Weiters werden Themen wie der Umgang mit Schluckstörungen, mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, Milieugestaltung und Beschäftigung bearbeitet.

Unter dem Titel „Familiale Pflege“ finden eigene Angehörigenschulungen am UKE statt.

3.5.3 Hamburg Evang. KH Alsterdorf

An der, durch die Robert Bosch Stiftung geförderte Abteilung DAVID, sind neben Beschäftigungsangeboten sehr viele räumliche Gestaltungselemente die zur Orientierung, Wohlbefinden und Sicherheit beitragen können, umgesetzt. Ein Farbkonzept für die Türen (jede Tür mit einer anderen Farbe) hat sich zur Orientierung z.B. sehr gut bewährt. Der Erfolg des besonderen Lichtkonzepts (sehr „helle freundliche“ Beleuchtung) hat sich durch die praktischen Erfahrungen und mittlerweile auch in einer Studie bestätigt.

3.5.4 Hamburg Albertinen Krankenhaus

In dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekt „Starke Angehörige starke PatientInnen“ befassen sich unterschiedlichste Berufsgruppen gemeinsam mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen damit Unterstützungsangebote umzusetzen. Für Angehörige wurde z.B. eine eigene Bera-

tungsstelle eingerichtet. Ehrenamt ist bei vielseitigen Themen sehr präsent. So gibt es z.B. im KH-Foyer einen eigenen Informationsschalter für ehrenamtliche Unterstützungsmöglichkeiten. Beratung von Pflegepersonen und Angehörigen von PatientInnen mit Demenz sowie eine direkte, begleitende Betreuung von betroffenen PatientInnen „am Bett“ wird durch eine Demenzexpertin umgesetzt. Weiters werden lfd. Schulungen für die Pflege durchgeführt. Zusätzlich wurden Demenzexperten ausgebildet die Aufgaben im Rahmen ihrer regulären Beschäftigung auf der Abteilung durchführen.

An der Notfallaufnahme des Albertinen KH werden Maßnahmen für die frühzeitige und durchgängige Delirerfassung pilotiert (Verwendung eines adaptierten ISAR Score).

Vom zuständigen ärztlichen Leiter der Notfallaufnahme wird eine eigene interdisziplinäre Notfall und kurzfristige Aufnahmestation (INKA) mit einer durchschnittliche Verweildauer von 2,5 Tage versorgt. Dieses Konzept wurde 2012 mit dem deutschen Innovationspreis ausgezeichnet und stellt inzwischen auch für andere Häuser ein wegweisendes Konzept dar. Aufnahmeindikation – absehbare kurze Verweildauer, Alter, Symptombezogene Behandlung unter dem Motto „High-touch statt Hightech“.

3.6 Schulungskonzept

Die Fortbildungsreihe „Demenz“ wurde basierend auf den Ergebnissen der Ist-Standerhebung und der Empfehlungen „aus der Literatur konzipiert.

Insgesamt wurden die Schulungen von 594 Personen besucht. TeilnehmerInnen waren MitarbeiterInnen der Pilotstationen und anderer Abteilungen aus dem Bereich der Pflege, des PatientInnentransports, Abteilungshilfen, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen, MTD`s und RTA`s.

Fortbildungsreihe Demenz – Themen / Titel der Veranstaltungen:

- Demenzdiagnostik Neurologische und kognitive Aspekte, Psychopathologie der Demenz, Delirante Verwirrtheit bei PatientInnen mit Demenz
- Pflege von PatientInnen mit Demenz, „Tipps und Tricks“ für den Umgang mit demenziell veränderten PatientInnen, „Herausforderndes Verhalten“ Demenzerkrankter durch Musik und Bewegung, Erinnerungs- und milieuthérapeutische Aspekte vorbeugen bzw. reduzieren, Validation zum Kennenlernen
- Rechtliche Belange im Umgang mit dementiell erkrankten PatientInnen – Spannungsfeld Selbstbestimmung vrs. Fremdbestimmung
- Ethik - „Pflege - Patienten Beziehung: Ethische Aspekte aus dem klinischen Alltag“
- Empathie und Umgang „Perspektivenwechsel als Basis der Kommunikation in der Pflege“
- Umgang mit beruflichen Anforderungen und Belastungen des Pflegepersonals

Außerdem absolvierten Pflegehelfer der Pilotstationen die WB Pflege bei psychiatrischen Erkrankungen. Im Lehrgang Sturzprophylaxe wurden Schulungsmaterialien erarbeitet, welche für abteilungsinterne Fortbildungen zur Verfügung stehen.

Für die Förderung des Verständnisses und der Sensibilisierung für die Verhaltensweisen älterer Menschen und damit der Förderung der Empathie wurde ein Alterssimulationsanzug aus dem Blickwinkel verschiedener PflegeexpertInnen getestet und für abteilungsinterne Fortbildungen angekauft.

Vier MitarbeiterInnen des LKI absolvieren aktuell die WB zur Memory Nurse.

3.7 Maßnahmen auf den Pilotstationen

In Workshops wurde eine Maßnahmenplanung für die Abteilungen auf Grundlage der Projektziele erarbeitet. Auf diesem Ergebnis wurde ein LKI Abteilungskonzept und auch ein LKI Konzept abgeleitet (Kap. 3.10). Maßnahmen auf den Pilotstationen:

3.7.1 Maßnahmen für die Milieugestaltung und Einsatz von Orientierungshilfen

Kalender, Merkhilfen, Uhren, Beschilderungen werden tlw. sogar flexibel gestaltbar eingesetzt. Auf der Abteilung wurde ein Zimmer in Stützpunktnähe als „Demenzzimmer“ definiert in dem ein Lichtbewegungsmelder installiert wurde und u.a. auch zwei Niederflurbetten zur Verfügung stehen. Auf die Anwendung wichtiger persönlicher Gegenstände (z.B. Brillen und Hörgeräte) wird besonders geachtet und auch über die Möglichkeit der Verwendung diverser persönlicher Gegenstände, soweit dies möglich ist, wird informiert. Die Anbringung eines Identifikationsbandes im ambulanten Bereich (Notfallaufnahme) trägt zur Sicherheit zusätzlich bei.

3.7.2 Maßnahmen zur Delirprävention

Das Wissen um delirauslösende Faktoren z.B. der eines Blasenkatheters hat zu einer wichtigen Sensibilisierung, geführt. Auf den Abteilungen ist ein Aushang mit prädisponierenden Faktoren sowie delirauslösenden Faktoren ausgehängt. Geschult wurde diesbezüglich auch der Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Möglichkeiten der Verhinderung und rechtliche Rahmenbedingungen. Ein Desorientiertensystem wäre ein wichtiger Beitrag zur Sicherheit und Entlastung – die Möglichkeiten der Umsetzung werden aktuell geprüft.

Die fortlaufende Dokumentation von Auffälligkeiten in der Orientierung im KIS sollte auch als durchgängige Information z.B. bei der Übergabe vermerkt werden.

Die Unsicherheit der Pflege im Rahmen von innerklinischen Transporten durch Wartezeiten an Ambulanzen und mögliche Versorgungslücken wurden aufgegriffen. Inzwischen wird auf die Terminkoordination (z.B. Begleitung mit Angehörigen) und die Information der MitarbeiterInnen des Transportdienstes besonders geachtet. Ein Vermerk auf dem Überweisungsscheinen („Betreuung“) wird für eine durchgängige Information für Transporte geprüft. In einem Folgeprojekt wird dieses Thema noch eigens bearbeitet.

3.7.3 Maßnahmen zur Unterstützung von Angehörigen

Ein multiprofessionell abgestimmter Flyer für Angehörige zum Thema „Demenz – Hilfe für PatientInnen und Angehörige für den Aufenthalt im Krankenhaus“ dient zur Information und Orientierung, zum möglichen Einbezug in die Pflege und unterstützend für die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses.

Um Angehörige in die Erhebung von Ressourcen und Informationen bzgl. Gewohnheiten intensiv einzubeziehen und ihnen dazu ein flexibles Setting (z.B. zu Hause) zu ermöglichen, wird aktuell die Anwendung des Informationsbogen“ der dt. Alzheimer Gesellschaft getestet – abschließendes Ergebnis liegt dazu noch nicht vor.

Neben einer individuellen Gestaltung von Besuchszeiten ist auch das Angebot des „rooming in“, sofern dies abteilungsorganisatorisch ermöglicht werden kann, gegeben.

Auch in der Notfallaufnahme wurden zusätzliche Möglichkeiten des Einbezugs von Angehörigen festgelegt. So soll die Begleitung der PatientInnen im gesamten Aufnahmeprozess prinzipiell ermöglicht werden. Die Information über die Dauer von Wartezeiten auch im Rahmen der Manchester Triage führt spürbar zu mehr Zufriedenheit und Stressminimierung. In der Notfallaufnahme wird bei allen betroffenen PatientInnen und deren Angehörigen vor der Entlassung ein Abschlussgespräch mit Hinweis auf die Möglichkeit der Beratung (EMP und Sozialarbeit) gegeben und auf ausgehängtes Informationsmaterial aufmerksam gemacht. Eine Entlassungscheckliste

für pflegebedürftige PatientInnen wurde bereits vom Entlassungsmanagement Pflege erstellt und diese wird aktuell für PatientInnen mit Demenz erweitert auch um die sog. „Drehtüreffekte“ zu minimieren.

3.7.4 Maßnahmen für den Einbezug ehrenamtlicher MA

Für die Einbindung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen wurde ein Abteilungskonzept erstellt das Tätigkeitsfelder und die Voraussetzungen der praktischen Umsetzung beschreibt. An den Pilotstationen besuchen ehrenamtliche MA bis zu zweimal wöchentlich die Abteilung und leisten wertvolle ergänzende Begleitung für das Wohlbefinden und die Förderung der Orientierung durch das Zeit Verbringen bei PatientInnen, Gespräche, gemeinsame Spaziergänge etc. In der Fortbildung „Basiswissen im Umgang mit dementiell veränderten Menschen“ wurden Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen mögliche praktische Hilfestellungen für den Umgang mit an Demenz erkrankten PatientInnen aufgezeigt. Das vermittelte Wissen trug dazu bei, dass die nötige Sicherheit in der Begegnung mit an Demenz erkrankten PatientInnen gegeben ist.

3.7.5 Maßnahmen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikose

Die Erhebung von Vorlieben, der nötigen Hilfestellung so dass z.B. vermeintlich selbstständigen PatientInnen auch die nötige Unterstützung (manchmal z.B. nur durch Aufmuntern) erhalten, sowie das regelmäßige Anbieten von Zwischenmahlzeiten und die laufende Beobachtung und Dokumentation in Ernährungs- und Trinkprotokollen wurde ablauforganisatorisch festgehalten. Diverse Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wurden angeschafft. Spezielle Dysphagiebecher sind für das Trinken sehr gut geeignet. Auch die Problematik der Nahrungsaufnahme von Speisen mit unterschiedlichen Konsistenzen wurde vermittelt und wird entsprechend berücksichtigt.

Um Betroffene für Gefahr einer Exsikose zu sensibilisieren (ein häufiger Einweisungsgrund) wurden eigene „Trinkflyer“ auch zur Auflage auf der Notfallaufnahme, erstellt.

Für die sichere Medikamentenverabreichung werden die Medikamente direkt bei den Mahlzeiten, d.h. nicht in Form von Tagesdispenser, verteilt (Farbleuchtmarkierung auf den Med. Dispenser als Hinweis, dass der Dispenser im Stützpunkt bleibt).

3.7.6 Bewegungs- und Beschäftigungsangebote

Durch den Einbezug der Ergo- und Physiotherapie in das Projekt wurden verschiedene Angebote für Bewegung und auch kognitive Anregungen aufgezeigt. Damit diese bedarfsgerecht sind, ist in der Praxis ein Ausloten des idealen Reizangebotes – zwischen Ruhe und Anregung – individuell erforderlich. Idealerweise wird ein Bewegungsdrang in ein konkretes Ziel umgesetzt z.B. gemeinsam die Zeitung kaufen. Die Wahlmöglichkeit und Mitbestimmung der PatientInnen, in diesem Zusammenhang wird auch auf das Tragen von Alltagskleidung hingewiesen, trägt zur Zufriedenheit bei und minimiert Stress. Aktivitätsangebote, dazu zählt auch das Hören von Musik oder das gemeinsame Singen das lt. Untersuchungen stressmindernd wirkt, werden nicht nur zwischen Pflege, Ergo- und Physiotherapie sondern auch mit den einbezogenen Personen – Angehörigen aber auch Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen abgestimmt. Die Erfahrung zeigt, dass Aktivitäten am Tag die Nachtruhe fördern. Darüber hinaus ist die Bewegung ein evidenzbasierter Faktor zur Sturzprophylaxe. Diese Prophylaxe wird u.a. auch durch den Einsatz von Sturzmatten und Niederflurbetten sowie der Durchführung weiterer prophylaktischer Maßnahmen unterstützt.

3.7.7 Kommunikation und Umgang

Grundsätze der Validation werden in der Kommunikation mit betroffenen PatientInnen umgesetzt. Die Effektivität dieser oft einfachen Maßnahmen wurde bereits bestätigt indem es gelang Patien-

Innen zu beruhigen und Sicherheit zu vermitteln. Für die Abteilung wurde auch ein Informationsblatt als Aushang erstellt „Orientierung unterstützen – 25 Tipps zur Kommunikation“. Zudem stehen „Bildkarten“ als Hilfsmittel für die Kommunikation zur Verfügung. Konfliktsituationen können vermieden werden, wenn das nötige Verständnis vorhanden ist – so kann auch Ablenkung in Stresssituationen deeskalierend wirken.

3.7.8 Umgang mit Befindlichkeiten und Schmerzen

Schmerzen können nicht erkannt als Auslöser für „herausforderndes Verhalten“ und für das Auftreten eines Delirs verantwortlich sein. Auf den Abteilungen wird aktiv nach Schmerzen nachgefragt. Neben der gezielten Beobachtung ist auch die milieubezogene Sprache wichtig, so dass die Frage nach Schmerzen auch verstanden wird. Für die Anwendung von speziellen Schmerzskalen (BESD im KIS verfügbar) sind die interdisziplinäre Abstimmung bzgl. Beachtung und daraus resultierender Maßnahmen erforderlich.

Außerdem werden auf der Abteilung Pflegekonzepte die zum Wohlbefinden und zur Schmerzminderung beitragen – die Kinästhetik und die Basale Stimulation – in der Pflege angewandt.

3.7.9 Maßnahmen zur Förderung des Schnittstellenmanagements

Auf die digitale Archivierung sowie die Möglichkeit des Abrufs externer Berichtsdokumente wurde LKI intern erinnert. Im Projekt wurde der Austausch mit externen Einrichtungen sehr forciert. Das jährlich am LKI stattfindende „Vernetzungstreffen“ stellt eine zentrale Plattform für Austausch und Kennenlernen dar.

3.8 Projektevaluierung

Die Evaluierung wurde mit dem Originalfragebogen in gekürzter Form auf den Pilotstationen durchgeführt. Die Ergebnisse (Vergleich Basisbefragung mit Followupbefragung) belegen bei einer Rücklaufquote von 43,1% besonders eine Verbesserung in Bezug auf Aufnahme- und Entlassungsprozesse, das Schmerzmanagement und die Unterstützung von Angehörigen, in der Versorgung von PatientInnen mit Demenz und der Sicherheit im Umgang mit Deliren. Hoch signifikante Detailergebnisse betrafen den Einsatz von Orientierungshilfsmitteln und den Einbezug von Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Zum Einsatz von Niederflurbetten, der Anwendung von Schmerzerfassungsinstrumenten wurde auch ein signifikantes Ergebnis erzielt. Weitere signifikante Ergebnisse bezogen sich auf die Gewährleistung von Kontinuität in der Betreuung, die Kompetenzen der Pflegenden in Bezug auf die Demenzversorgung und den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, sowie auf das Setzen von angepassten Maßnahmen beim Erkennen eines Delirrisikos. 70 – 100% der Befragten gaben an, dass durch das Projekt eine notwendige Sensibilisierung stattgefunden hat und rund 83%, dass wichtige Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Demenz / Delir initiiert wurden (Fragebogen und Begleitschreiben im Anhang).

3.9 Folgeprojekte

Im Projekt wurden zu den unten angeführten Themenstellungen Folgeprojekte abgeleitet:

- „Sicherstellung der durchgängigen Begleitung/Betreuung von PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen z.B. aufgrund dementieller Veränderungen i.R. von Transportprozessen am LKI“
- „Betreuung von PatientInnen im Wartebereich ausgewählter Ambulanzen durch Ehrenamtliche MitarbeiterInnen der Klinikbrücke“
- „Interprofessionelles Projekt zur Delirprävention“ (in Vorbereitungsplanung).

3.10 Implementierungskonzept

Für die Implementierung von Maßnahmen aus dem Projekt gibt ein Abteilungskonzept und ein LKI Konzept die Struktur vor. Die grundlegenden Säulen der Konzepte:

Abteilungskonzept:

- Grundverständnis und Kompetenz im Umgang mit PatientInnen erlangen
- Gestaltung von Kernprozessen: Aufnahme, Entlassung, Untersuchungen, Abläufe der Pflege und tageszeitliche Gestaltungsmöglichkeiten
- Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen
- Milieugestaltung für Orientierung und Sicherheit
- Risikoprävention

LKI Konzept (in Kooperation mit der tirol kliniken Initiative „Demenz braucht Kompetenz“):

- Schulungen
- Rollout-Umsetzung „Demenz – Abteilungskonzept“ (am Bsp. der Pilotstationen)
- Einbezug von Ehrenamtlichen MitarbeiterInnen: Konzept für Ehrenamtliche MA auf definierten Abteilungen sowie Folgeprojekt „Begleitung von PatientInnen in Ambulanzen“
- Einbezug des PatientInnen Transportdienstes: Folgeprojekt „Betreute Transporte“
- Einbezug und Unterstützung von Angehörigen - Broschüren, Alzheimer Informationsbogen, EMP, „rooming in“ ...
- MultiplikatorInnen: vier Memory Nurses LKI weit / Memorybeauftragte auf Abteilungsebene
- Delirmanagement – Projektplanung in Kooperation mit Psych. Liaison Dienst

Für die Implementierung nehmen Memorybeauftragte und Memory Nurses eine zentrale Rolle ein. Die Aufgaben der Memory Nurses sind bereits in einer Aufgabenbeschreibung festgehalten.

10

4 RESÜMEE

Das Projekt hat für den Akutbereich viele Möglichkeiten aufgezeigt um PatientInnen und deren Angehörige zu unterstützen. Auch die Belastungen des Pflegepersonals und anderer Berufsgruppen, sowie Möglichkeiten der Entlastung wurden aufgegriffen und teilweise schon umgesetzt. Es hat sich gezeigt, dass bestimmte Themenbereiche gesondert bearbeitet werden müssen.

Literatur

- Ernst, M. & Seger, W.: Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung pflegebedürftiger Menschen mit Demenz, eine systematische Literaturübersicht, 2012 in Pflegewissenschaft, Heft 1, 2013 S. 17 – 37
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., Griebler, R. (Hg.): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien 2015
- Isfort, M. et al.: Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln 2014
- Isfort, M., et al.: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Köln 2012