



Modellprojekt

Doppelt hilft besser bei Demenz

Werden Menschen mit Demenz wegen einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen, kann dies leicht zur Überforderung für alle Beteiligten führen. Um die Situation für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zu verbessern, wurde im Krankenhaus Lübecke ein besonderes Projekt entwickelt: „Doppelt hilft besser bei Demenz“. Im Folgenden werden erste Erfahrungen des Projekts vorgestellt.

Das Problem ist länger bekannt, die Suche nach tragfähigen und praxisnahen Lösungen hat an vielen Stellen erst jetzt begonnen: Menschen mit Demenz bedürfen einer besonderen Pflege und Aufmerksamkeit. Sie sind dabei nicht länger eine alleinige Herausforderung für den stationären Altenhilfebereich, wo man

davon ausgehen kann, dass in der Mehrzahl der Einrichtungen mittlerweile zirka 50 Prozent der Bewohner demenzerkrankt sind. Auch sie werden akut krank, ihr Allgemeinzustand verschlechtert sich und sie benötigen eine Versorgung im Krankenhaus.

Das Krankenhaus aber ist wie kein anderer Versorgungsbereich

in den letzten Jahren dahingehend optimiert worden, dass Prozesse schneller laufen und dass Patienten aktiv mitarbeiten müssen. Dazu müssen sie aber verstehen, was wann und durch wen mit ihnen durchgeführt wird. Genau dies aber kann von Menschen mit Demenz nicht geleistet werden – sie sind besonders auf Unterstützung und

Hilfe von Pflegenden angewiesen.

Verwirrte Patienten werden oft nicht angemessen überwacht

Vielerorts wurde das Pflegepersonal in den bettenführenden Bereichen reduziert, und die ohnehin hohe Arbeitsbelastung droht die Besonderheiten der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz immer weniger zu ermöglichen. Im Pflege-Thermometer 2009 wurde durch über 10 000 Pflegenden in Krankenhäusern in Deutschland festgestellt, dass sich insbesondere Probleme bei der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten ergeben. Dies war den Aussagen der Pflegenden zufolge der Problembereich Nummer eins. 93,5 Prozent gaben hier Schwierigkeiten innerhalb der letzten sieben Arbeitstage an. 78,5 Prozent äußerten sogar, dass die Beobachtungsmängel auch zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen führten – Werte, die alarmierend sind.

Spezifische Projekte und Ansätze zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ gibt es bereits einige. Das Projekt „Blickwechsel Demenz“ hat im Zusammenschluss mit mehreren Krankenhäusern unterschiedliche Anforderungen ermittelt und Ansätze entwickelt – darunter das Projekt im Allgemeinkrankenhaus in Viersen oder die Tagesbetreuung am Krankenhaus in Herdecke.

Wichtige Ansätze zeigen sich auch beim Projekt im St. Franziskus-Hospital in Münster, wo eine besondere Begleitung die Entstehung postoperativer Delire vermindern hilft. Viel beachtet wird zu Recht auch das GISAD-Projekt des Bethanien-Krankenhauses in Heidelberg mit einer Geriatrie-Station für Akuterkrankte Demenzpatienten.

Ebenso sind in Aachen oder in Köln spezielle Projekte bei Einrichtungen der Alexianer und der Malteser implementiert wor-

den. Im Rahmen einer Recherche wurden über 18 weitere wichtige Projekte von Hamburg über Essen bis Kaufbeuren gesichtet. Auch in den Niederlanden lassen sich Anregungen finden: Die „Huiskamer“ am Laurentius Krankenhaus in Roermond gleicht einem Wohnzimmer, in dem Patienten aus dem Krankenhaus besonders begleitet werden, in der Memory Clinic der Universität Nijmegen werden Beschäftigungstherapien angeboten. Hier werden die Betroffenen im Umgang mit Hilfsmitteln beziehungsweise Strategien zum Ausgleich ihres kognitiven Abbaus geschult.

Das Ziel: Bessere Versorgung unter Alltagsbedingungen

Auch im Krankenhaus Lübbecke wird versucht, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Das Projekt hat zum Ziel, unter Alltagsbedingungen einer allgemeinversorgenden Klinik zu erproben, welche Ansätze sich für Pflegekräfte und Angehörige sowie Patienten realisieren lassen und als unterstützend bewertet werden. Dazu wurden drei Stationen (Innere/Chirurgie/Urologie) in das Projekt einbezogen.

Unterstützt wird das Projekt mit Mitteln der Robert Bosch Stiftung und weiterer Stifter (Lions Club Lübbecke-Espelkamp, Privatbrauerei Barre, private Stifter). Das Krankenhaus hat keine zusätzlichen Finanzmittel, um durch Umbauten einen spezialisierten Bereich einschließlich besonderer Therapieräume einzurichten, zum Beispiel Snoozelenräume/Wohnzimmer. Im Gegenteil: Auch hier mussten Einsparungen im Personalbereich vorgenommen werden, die auch die Pflege und damit direkt das Projekt betroffen haben. Bei zwei im Projekt beteiligten Pflegenden konnten auslaufende Arbeitsverträge nicht verlängert werden. Das hat das Projekt empfindlich gestört, beendet hat dieser Rückschlag es aber nicht. Das Urteil der Pflegekräfte auf

den Modellstationen war eindeutig: Wir wollen trotzdem weiter an der Thematik arbeiten.

Geringere personelle Ressourcen bedeuten aber, dass noch mehr danach geschaut werden muss, was das Team aus Pflegenden, Ärzten und Sozialarbeitern selbst und was andere übernehmen können und müssen. Eine umfassende „Beratung“ durch die Pflegenden oder ein „praktisches Anleiten“ als Vorbereitung für die häusliche Pflegesituation können vor dem Hintergrund knapper Personalressourcen nicht stabil zugesichert werden. Demnach werden sie auch nicht versprochen. Hier spielt umso stärker die Vernetzung mit anderen (z. B. Beratungszentren, Angehörigengruppen, ambulanten Pflegediensten) eine zentrale Rolle bei der Hilfe für Patienten und ihrer Angehörigen.

Im Zeitraum des Projektes wurden bei Menschen mit Demenz keine freiheitseinschränkenden Maßnahmen vorgenommen

Angeboten werden kann jedoch ein „Rooming-in“ für Angehörige. Diese können, wenn sie es möchten, auch über Nacht im Krankenhaus bleiben. Das wird sehr positiv beurteilt, wenn gleich auch eine Reihe von Angehörigen die Zeit der stationären Aufnahme für die eigene Erholung benötigt. Auch das ist möglich. Das Projekt hat bereits viel bewegt. So kann zum Beispiel herausgestellt werden, dass im Zeitraum des Projektes bei Menschen mit Demenz keine freiheitseinschränkenden Maßnahmen vorgenommen wurden.

Erkenntnisse für die Praxis

Wichtig ist vor allem, den Blick auf die Möglichkeiten und Begrenzungen gleichermaßen zu richten. Ein Projekt wie dieses

soll nicht in einer Überforderung und mit zusätzlichen Anforderungen an die Pflegenden enden, sondern zur Stabilisierung einer möglichst guten Versorgung beitragen. Hier lassen sich bereits wichtige Praxiserkenntnisse formulieren, die im Projekte gewonnen wurden.

Von anderen lernen

Der Binsenweisheit, dass man „das Rad nicht neu erfinden muss“, wird auch in diesem Projekt Rechnung getragen. Ein zentraler Aspekt ist auch: Es gibt keine Alternativen zur Bildungsarbeit. So reisten Pflegende daher in einzelne der erwähnten Projektkrankenhäuser, um sich selbst ein Bild zu machen und zu hospitieren.

Das Lernen von Erfahrenen und die Vernetzung der Projekte untereinander heißt aber auch, dass man die vorhandenen Kompetenzen für Bildungsmaßnahmen nutzt. So führte eine Referentin aus dem GISAD-Projekt auch die Basisschulungen und Fortbildungen für die Pflegenden in Lübbecke durch, eine Ärztin berichtete Kollegen von den Erfahrungen im St. Franziskus-Hospital in Münster.

Auch im Bereich einer Fachqualifizierung wurde auf bewährte Strukturen zurückgegriffen: Aktuell haben zwei Pflegende im Projekt zusätzlich zur „Basisschulung Demenz“ und zur Basisschulung „Validation“ eine gerontopsychiatrische Fachweiterbildung begonnen. Sie sollen als Multiplikatoren auf den Modellstationen weitere Ideen einbringen.

Interdisziplinarität leben

Eine Berufsgruppe alleine kann umfangreiche Änderungen nicht initiieren und stabilisieren. Es bedarf des Zusammenwirkens aller. Im Projekt wird derzeit zum Beispiel erprobt, wie und ob Pflegekräfte kontinuierlich ein Screening bei > 75-Jährigen gewährleisten können. Eingesetzt wird ein pflegerischer Beobachtungsbogen mit Leitsymptomen für Demenz oder Delir, der über mehrere Schichten ausgefüllt

und ausgewertet wird. Ergeben sich Hinweise, werden die Infos an den Arzt weitergegeben. Dieser entscheidet, ob er ein spezifisches Screening einsetzt (z. B. den DemTect). Zeigt dieser Hinweise, so wird ein neurologisches Konsil angefragt, und es erfolgt eine Diagnostik innerhalb von 24 Stunden. Hier zeigt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten.

Ein anderes Beispiel für die enge Interdisziplinarität ist die Entwicklung eines speziellen Aufnahmeverfahrens und der Entlasssteuerung. Derzeit haben sich über 60 Menschen aus der Region ins Projekt eingeschrieben. Das heißt, sie haben persönliche Daten am Krankenhaus hinterlegt, das darüber informiert ist, wer im Falle einer elektiven Aufnahme gegebenenfalls in Begleitung ins Krankenhaus kommen möchte (Rooming-in). Dies erfordert die Kooperation zwischen den Sekretariaten der Ärzte, der Pflegedienstleitung und der Station.

Auch die Entlassung ist ein Beispiel interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die in das Projekt einbezogene Sozialarbeiterin bekommt die Infos von den Pflegenden und kümmert sich insbesondere bei den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen um eine weitere Vernetzung. Sie weiß, wann und wo die nächsten Kurse für pflegende Angehörige angeboten werden und informiert mithilfe von erstelltem Informationsmaterial über Treffen der Angehörigengruppen in der Region.

Vernetzung nach innen und nach außen

In enger Verbindung mit der Interdisziplinarität steht der grundsätzliche Vernetzungsgedanke im Projekt. Zur Vernetzung nach außen wurde ein „Netzwerkertreffen“ mit Akteuren in der Region durchgeführt. Ambulante Dienste, regionale Fachberater, Mitarbeiter anderer Kliniken und Angehörigengruppen wurden eingeladen und über das Projekt infor-

miert, um es in der Breite bekannter zu machen. Zahlreiche Artikel wurden in der lokalen Fachpresse platziert, damit über das Projekt gesprochen wird und Patienten und Öffentlichkeit informiert sind. Mittlerweile haben auch Fach- und Hausärzte der Region Flyer und Informationen und vermitteln gezielt Patienten ins Krankenhaus. Eine Vernetzung darf sich vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen aber nicht nur nach außen beziehen – sie muss auch nach innen gedacht werden. Selbst in einem kleineren Krankenhaus sind nicht alle Mitarbeiter gleichermaßen darüber informiert, welche Projekte stattfinden. Werden sie angesprochen, so wissen sie nicht, dass es entsprechende Modellstationen und Informationen gibt. Dies kann sich für Angehörige und Patienten gleichermaßen irritierend auswirken.

Zu bedenken ist dabei, dass die Informationen über das Projekt entlang des Weges der Patientenversorgung in der Einrichtung zu streuen sind. Das heißt, dass notwendigerweise von der Patientenaufnahme bis zu Mitarbeitern im OP oder in den diagnostischen Funktionsabteilungen über das Projekt informiert werden muss und die Mitarbeiter dieser Bereiche gegebenenfalls stärker mit einbezogen werden sollten.

Änderungen in der Behandlung von Menschen mit Demenz bedürfen einer Änderung zahlreicher Arbeitsabläufe. In der zentralen Notaufnahme beispielsweise müssen lange Wartezeiten vermieden werden. Dies aber setzt voraus, dass Ausnahmen von der Regel eingeführt werden, wenn Patienten ansonsten in der Reihenfolge ihrer Anmeldung aufgenommen werden. Hier bedarf es enger Abstimmungsprozesse.

Gleiches gilt auch für die aufnehmenden Ärzte, die nicht nur die Steuerung der Patienten auf die Stationen übernehmen, sondern im Rahmen des Erstkontaktes wesentlich für die Wahr-

nehmung des Projektes sind. Im Projekt wurde diese Vernetzung nach Innen nun stärker in den Fokus genommen. Ein Mitarbeiter der Zentralen Notaufnahme wird dazu konkret in der Projektarbeitsgruppe mitarbeiten.

Es wird weiter gehen

Das Projekt läuft offiziell am Ende des Jahres aus. Eine abschließende Bewertung und Projektevaluation steht noch aus. Fest aber steht: Es wird weiter gehen. Eine Verstetigung der Prozesse braucht auch weiterhin klare Zuordnungen und Strukturen, damit die Erfahrungen gebündelt bleiben können und Rückmeldungen von Angehörigen systematisch zurück in die Projektarbeitsgruppe gegeben werden können.

Ebenso ist ein klares „Ja“ zu den notwendigen Bildungsmaßnah-

men und Schulungen erfolgt, die bereits den Blick der Pflegenden und Ärzte auf die Menschen mit Demenz verändert haben. Auslöser für das Projekt selbst war der Angehörigenrat des Krankenhauses. Dieser arbeitet nicht nur aktiv im Rahmen von Besuchs- und Gesprächsangeboten für Angehörige mit – er hat auch eine zentrale Funktion in der kritischen Begleitung der Arbeit im Projekt. Dafür aber werden feste Strukturen und Gremien benötigt, denn der Angehörigenrat kann sich nicht an Diskussionen beteiligen, wenn sie ausschließlich klinikintern bleiben.

Durch die konsequente Einbindung soll die Vernetzung weiter garantiert werden. Zudem ist der Angehörigenrat ein Sprach- und Hörrohr bei all denen und für all die, die von dem Projekt profitieren sollen: die pflegenden Angehörigen und die Men-

Information

Ansprechpartner für das Projekt:

Cornelus Siero
Klinikpflegedienstleiter
Mühlenkreiskliniken (AÖR)
Krankenhaus Lübbecke
Klinik für Psychiatrie – Psycho-
therapie und Psychosomatik
Virchowstr. 65, 32312 Lübbecke

schen mit Demenz in der Region, die einen Anspruch darauf haben, dass sie im modernen Krankenhauswesen eine angemessene Behandlung erfahren können.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort
Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e.V. (dip)
Abteilungsleiter Abteilung III
(Pflegearbeit und -beruf)
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
E-Mail: m.isfort@dip.de