

Pflege von dementiell erkrankten Personen im Krankenhaus Alptraum oder eine der großen Herausforderungen an Alle? Medizin - Pflege – Betreuende – Begleitende

1. Weshalb Konzept?

Die Bevölkerung wird älter – mit ihr steigt die Zahl der an Demenz Erkrankten. (Siehe Rahmen – Quelle Vortrag von Dr. KM Perrar Rhein. Kliniken Düren bei Forum Palliativpflege KJS – 06.11.2007).

Die neuen Möglichkeiten der Medizin führen dazu, das Hochaltrige wegen internistischer oder chirurgischer Behandlung vermehrt im Krankenhaus als „Patient“ aufgenommen werden.

Damit der Aufenthalt sowohl für den Patienten, seine Familie sowie für alle Pflegenden nicht zum Alptraum wird, setzen immer mehr Krankenhäuser auf konzeptgeleitetes Arbeiten. Das Konzept soll die Tragweite des Problems erfassen und notwendige Schritte, vorausschauend planen, damit dem Patienten und den betreuenden Pflegenden keine unzumutbaren, stressigen Situationen entstehen.

Auch die beiden Krankenhäuser in der D.G (das St. Nikolaus-Hospital in Eupen und die St. Joseph-Klinik in St. Vith) möchten im Rahmen von Q+ an der Erstellung eines Konzeptes für die Pflege von „Personen mit Demenz im Krankenhaus“ gemeinsam arbeiten.

Angaben aus Krankenhäuser der DG zu Hospitalisationen der Jahre 2006 + 2007:

Anzahl Aufnahmen nach Altersgruppe:

65-69. J..
70-74 J.
75-79 J.
80-84 J.
85-89J
90- +>J.

Hauptdiagnose Demenz:
Nebendiagnose Demenz: ? Vorhanden?

Häufigkeit der Demenz (Europa)

ca. 2,2% / 1,1%	der 65- bis 69-Jährigen
ca. 4,6% / 3,9 %	der 70- bis 74-Jährigen
ca. 5,0% / 6,7 %	der 75- bis 79-Jährigen
ca. 12,1% / 13,5 %	der 80- bis 84-Jährigen
ca. 18,5% / 22,8 %	der 85- bis 89-Jährigen
ca. 32,1% / 32,3 %	der 90- bis 94-Jährigen
ca. 32,6% / 36,0 %	der 95- bis 99-Jährigen

nach EURODEM, 2007

Demenzen in Belgien (Stand 2005)

- ☛ Menschen mit Demenz:
Eurodem rund 141.000
Ferry et al. rund 127.000
- ☛ Davon Alzheimer rund 80.000
- ☛ Jährliche Zunahme rund 20.000
- ☛ D.h. rund 1,22 % (Ferri et al.) bis zu 1,35% (Eurodem) der belgischen Bevölkerung von rund 10.500.000 Einwohnern sind an einer Demenz erkrankt.

Demenzen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

☛ 65-69	3.757	/	60
☛ 70-74	3.367	/	142
☛ 75-79	2.627	/	156
☛ 80-84	1.924	/	251
☛ 85-89	795	/	172
☛ 90-104	405	/	138
☛ Gesamt 65-104	12.885	/	919

2. Ziel des Konzeptes- DeKo (Demenzkonzept)

Alle Personen und Dienste im Krankenhaus stellen sich auf Demenzkranken ein und nicht umgekehrt! Es wird um Verständnis für die Person geworben und ein positives „Image“ bzw. Verhalten zu der an Demenz erkrankten Person aufgebaut. Die Betreuung und Pflege dieser Person wird als besondere, zusätzliche Leistung anerkannt und berücksichtigt und somit eine „Stigmatisierung“ oder der Gefahr diese Patienten als „Störfaktoren“ zu erleben- vorgebeugt. (Bsp.: Palliativpatient – Kind... andere Grundhaltung ist „normal“)

Daher ist es wichtig dass alle über die „besondere“ Situation Bescheid wissen und im Umgang geschult sind.

Die Praxis hat schon gezeigt, dass die Maßnahmen, die im Rahmen von „DeKo“ getroffen werden (z.B. Gestaltung der Räumlichkeiten, Deeskalationsstrategien...) sich auch auf die Qualität und das Wohlbefinden anderer Patienten und Mitarbeiter auswirken.

3 Vorgaben seitens Experten: (Siehe Anlage Bericht erschienen in Pflege-Heute 04/2007 – S. 28)

- Arbeitshypothesen der Arbeitsgruppe „Nebendiagnose Demenz“¹

① Wahrnehmen:

↳ Viele ältere Patienten kommen nicht nur mit ihrer akuten Erkrankung ins Krankenhaus – sondern auch mit einer Demenz: Für diese Patienten kann eine Akutbehandlung im Krankenhaus zu einer wahren Irrfahrt werden, wenn man zuwenig über sie weiß.

↳ Die Begleiterscheinungen einer Demenz erschweren Behandlung und Pflege- aber ein angemessener Umgang damit kann unnötiges Leid verhindern.

Einstellungssache: Die gute Versorgung demenzkranker Patienten ist eine Aufgabe, die Krankenhäuser annehmen und mit anderen teilen müssen.

② Annehmen

↳ Nicht der Patient muss sich anpassen – sondern das Krankenhaus
Erst müssen die besonderen Bedürfnisse demenzkranker Patienten berücksichtigt werden, dann kann ein Krankenhaus seine eigentlichen Aufgaben bewältigen: Die Behandlung ihrer körperlichen Erkrankungen.

Einstellungssache: Eine patientenorientierte Versorgung demenzkranker Menschen ist möglich und einfacher als meist angenommen.

③ Veränderung Schritt für Schritt – von der Aufnahme bis zur Entlassung

↳ Die ersten Arbeitsergebnisse im Projekt zeigen, was verändert werden muss:

- Krankenhäuser müssen andere Informationen erfragen, um Strategien für eine patientenorientierte Versorgung entwickeln zu können.
- Pflegekräfte und Ärzte müssen sich das notwendige fachliche und kommunikative Know-How aneignen.
- eine patientenorientierte Versorgung Demenzerkrankter braucht unterstützende Strukturen für das Personal, z. B. Fortbildungen und eine andere Organisation der Pflege.
- Angehörig sind Partner.
- Stationen müssen sich verändern – im Ablauf und in der Milieugestaltung.
- Kooperationspartner außerhalb des Krankenhauses sollten mit einbezogen werden.

¹ – ein Kooperationsprojekt der allgemeinen Krankenhäuser im paritätischen Wohlfahrtsverband NRW, dem Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld und der GSP

- Schwerpunkte:

- Aufnahme
- Pflege in der Abteilung (Station)
- Pflege/Diagnostik/ Behandlung außerhalb der Abteilung
- Tagesstrukturierende Strukturen
- Einbezug Familie
- Einbezug Ehrenamt
- Entlassungsmanagement

**4. Inhaltliche Details /Ziele zu „DeKo“ /Strategieplan
(DeKo – für Patienten bei denen Demenzproblematik im Vorhinein bekannt ist)**

Schwerpunkt	Ziel	Maßnahmen
- Aufnahme des Patienten:	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Informationen zur indiv. patientenorientierten Versorgung sind für jeden Patienten vorhanden - Lebensprojekt /Patientenverfügung /erwünschtes Pflegeniveau bei evtl. Komplikationen ist bekannt. - Bei Aufnahme liegt Einschätzungsinstrument vor /bzw. wird erstellt 	<ul style="list-style-type: none"> - gezielter Überleitungsbogen zwischen Zuhause- MR/MRS wird erstellt aus Sicht Pflege & Schlüsselaspekte für diese individuelle Person – Möglichkeiten der Sinneskontakte - Familie ist informiert (Folder?) wie sie behilflich sein kann und welche persönlichen Gegenstände sie mitbringen soll zur Raumgestaltung und Wohlbefinden. - Hausarzt: gezielter Überleitungsbogen mit medizinischen Angaben - Hausarzt (?) kennt „Lebensprojekt - Patientenverfügung – bzw. bringt es zur Sprache? - Auswahl eines geeigneten Instrumentes mit Ressourcenangaben
Pflege in der Abteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufenthalt ist optimal organisiert – um nicht zusätzliche „Verwirrung“ zu verursachen - Insofern es sinnvoll für Patient ist, Aufenthalt so kurz wie möglich gestalten - Wenn vorhanden bevorzugt Tagesaufenthalt nutzen - Pflege ermöglichen und für alle möglichst „stressfrei“ organisieren - Gesamtes Pflegepersonal kennt Grundhaltungen der Kommunikation bei dementiell erkrankten Personen - - Positive Sinnesreize zur Beruhigung nutzen PP kennt Deeskalationsstrategien 	<p>Besondere Aufmerksamkeit in Pflegeplanung –Pflegediagnose? – und Pflegedoku (quid fokussierte B erichterstattung)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absprache zwischen KPF und Hausarzt, Absprache zwischen Hausarzt und Facharzt optimieren im Sinne Patient - Schulung des PP in Ressourcen orientierte, und personenorientierte Pflege (Person innerlich wecken) - Vorrasschauendes und überlegtes Handeln des PP - Anpassung der Pflegeorganisation - Schulung des PP - Schulung der Versorgenden - Logistik – Unterhalt - 10 Regeln der Kommunikation – auf Plakaten darstellen und aushängen - Durch Schulung /Relaispflg. Kenntnisse haben - Material haben Schulung und evtl. Darstellung durch Plakat

	<p>PP nutzt evtl vorhandene Tagesstruktur</p> <p>-positive – nützliche Raumgestaltung sowohl des Patientenzimmers , wie der Station wird soviel wie möglich/machbar eingesetzt</p> <p>- Fixierung : a) Vermeidung von Fixierung b) Gestaltung von Fixierung</p> <p>- Zur Sicherung des DeKo: Fallbesprechungen in den Stationen führen zur Sicherheit & Stärkung des Personals in der Anwendung des DeKo und psychischer Entlastung.</p>	<p>Informationsfluss</p> <p>- Kenntnisse der „10 Gebote“ zu Licht- Farben – Kennzeichnung - Worauf zu achten (individualisiert) ... Evtl durch Plakat darstellen?</p> <p>- Überprüfen des Standards FBM der AH/APH auf die Situation von Demenzerkrankten im KH</p> <p>In den Stationen werden durch „Experten“/Referenzpflg. Fallbesprechungen durchgeführt</p>
Pflege /Diagnostik/ Behandlung außerhalb der Abteilung	<p>Empfangende Abteilung kennt Situation des Patienten und stellt sich auf ihn ein</p> <p>- Gesamtes Betreuendes Personal kennt Grundhaltungen der Kommunikation bei dementiell erkrankten Personen</p> <p>- Patient hat Begleitperson dabei (PP/Ang./EA) möglichst während gesamter zeit (insofern Pat. wach)</p>	<p>„Prozedur“ bei Untersuchungsanfrage oder Eingriffsplanung erstellen</p> <p>- Kommunikation +++ von Station zu empf. Abteilung Achten dass nicht Stigmatisierung</p> <p>- Im „Programm“ wird „Zeitfenster“ vorgesehen</p> <p>Station sieht das in Planung vor (Mitarbeit Angehörige – EA)</p>
Tagesstrukturierende Strukturen	<p>- Tagesstrukturierung Krankenhaus prüft was machbar ist –und organisiert entsprechendes Angebot</p>	<p>- Erhebung der Notwendigkeit</p>
Einbezug Familie	<p>-Anwesenheit der Angehörigen als Sicherheitsfaktor für Patienten sehen</p> <p>- Familie als Potential und Hilfe sehen -Grenzen der Familie erkennen, Familie nicht überfordern</p> <p>- Pflege zeigt Präsenz durch Beratung, Schulung, Begleitung</p>	<p>- Vorherige Kommunikation durch Überleitung und Information fördern (Folder – telefonischer Kontakt – Hausarzt – Haus Krankenpflegerin –AH/APH) - Mit Familie in Kommunikation sein</p> <p>– beratende Funktion wahrnehmen - Schulung + Befähigung des PP zur Beratung bzw. der ReferenzpflegerIn</p>
Einbezug Ehrenamtlicher	<p>Der Einbezug der EA wird als „Sicherheitsfaktor“ für den Patienten erkannt (Zeit - Präsenz...)</p> <p>Aufbau einer EA –Equipe die durch Schulung fähig wird die notwendige Hilfeleistung, Präsenz und Strukturierung zu geben.</p>	<p>- Klären des Machbaren - Klären wo Widerstände sind und aus welchen Gründen - Kennen lernen von positiven Modellen</p> <p>Machbarkeit klären</p>
Entlassungsmanagement	<p>Frühzeitige Planung</p> <p>Überleitung gezielt in Bezug auf Demenzaspekte – Erleben usw. anpassen</p>	<p>Angepassten pertinentent Überleitungsbo- gen haben, ergänzt aus Sicht Demenz.</p>