



universität
wien

Fakultät für
Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

Krankheits- und Verhaltensspezifische Versorgungs- und Betreuungsaspekte von PatientInnen mit Demenz im Akutkrankenhaus

Eine Pilotstudie zur aktuellen Situation aus der Sicht
der professionell Pflegenden



ENDBERICHT

Juli 2013

Dieses Projekt ist im Rahmen des „Dialog Universität und Praxis in der Pflege“ zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien und vier Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes entstanden:



Dialog
Universität & Praxis in
der Pflege



Teilnehmende Krankenanstalten des Projekts

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
- Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
- Sozialmedizinisches Zentrum Süd
- Wilhelminenspital

Projektstab und Berichtverfassung

Projektleitung: Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
Wiss. Planung und Mitarbeit: Mag. Eva Faul
Studienassistentz: Mag. Julia Zottl, BA, MA

Kontaktadresse

Institut für Pflegewissenschaft
1080 Wien, Alserstraße 23/12
Telefon: +43/1/4277- 49801, Fax: +43/1/4277-9498
E-Mail: pfi@gewissenschaft@univie.ac.at

Dieses Projekt wurde aus Mitteln des Felix-Mandl Fonds finanziell unterstützt.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Projektbeschreibung und –architektur | 1 |
| 2. Definitionen..... | 2 |
| 2.1 Demenz..... | 2 |
| 2.1.1 Schweregrade der Demenz | 2 |
| 2.1.2 Begleitsymptome der Demenz | 3 |
| 3. Ausgangslage und theoretischer Hintergrund | 4 |
| 4. Begründung der Studie und Studienziel | 8 |
| 5. Studiendesign..... | 9 |
| 5.1 Datenerhebung | 9 |
| 5.2 Datenauswertung..... | 10 |
| 6. Ergebnisse..... | 12 |
| 6.1 Versorgungs- und betreuungsspezifische Problembereiche aus der Sicht Pfleger und entsprechende Strategien aus der Pflegepraxis | 12 |
| 6.1.1 Kommunikation und Information | 13 |
| 6.1.2 Demenzverdacht / -erkennung..... | 15 |
| 6.1.3 Stationsaufenthalt | 15 |
| 6.1.4 Spezielle medizinische Problemstellungen/Zusammenarbeit mit Ärzten | 17 |
| 6.1.5 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)..... | 18 |
| 6.1.6 Demenzassoziiertes Verhalten älterer Menschen..... | 19 |
| 6.1.7 Beobachtung – Beschäftigung - Zeit | 20 |
| 6.2 Ideen und Vorschläge von Pflegenden zur Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation | 22 |
| 7. Zusammenfassung und Ausblick..... | 23 |
| 8. Literaturverzeichnis | 24 |
| 9. Anhang - Fokusgruppenübersicht | 27 |

1. Projektbeschreibung und –architektur

Die vorliegende Untersuchung stellt die Perspektive und Erfahrung von Pflegenden bezüglich der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation Demenzkranker in Krankenhäusern in den Fokus des Interesses. Die Erkenntnisse der zur Verfügung stehenden Untersuchungen (Kirchen-Peters 2005, 2009; Isfort 2011) bieten die Möglichkeit, die aktuelle Datenlage um den Bereich der gängigen Pflegepraxis zu erweitern. Pflegenden wird somit die Möglichkeit geboten, einen entscheidenden Beitrag zur Auffindung institutionsspezifischer Versorgungsprobleme zu leisten. Darüber hinaus können erste, aus der Praxis stammende Lösungsansätze neue Wege in der Versorgung Demenzerkrankter im Akutbereich aufzeigen.

Bei der Studie handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen vier Krankenanstalten des Krankenanstaltenverbundes der Stadt Wien und der Universität Wien.

- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
- Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
- Sozialmedizinisches Zentrum Süd
- Wilhelminenspital

Als Kooperationspartner wurde das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien mit der wissenschaftlichen Durchführung der Studie betraut.

Dem Projekt liegt ein Förderantrag zu Grunde, der beim Felix Mandel Fonds eingereicht wurde. Antragstellerin an den Felix Mandel Fonds war Frau Direktorin Mag. Evelyne Kölldorfer-Leitgeb, Pflegedirektorin des Sozialmedizinischen Zentrums Süd.

2. Definitionen

Nachfolgend wird der zentrale Schlüsselbegriff „Demenz“ definiert und erklärt.

2.1 Demenz

Der Begriff „Demenz“ beschreibt eine „erworbene, meist chronische und fortschreitende Verminderung kognitiver Leistungen, die zu funktionell relevanten Einbußen der Alltagsaktivität führt“ (Gasser & Förstl, 2006, S. 97). Begleitet werden diese Veränderungen meist durch Störungen des Affektes, des Verhaltens und der Persönlichkeit (ebd.).

Eine detaillierte Definition der Demenz lässt sich in der 10. Revision der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), zu Deutsch der Internationalen Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, der World Health Organization (WHO) (2010) finden. Diese definiert Demenz als ein Syndrom, hervorgerufen durch eine Gehirnerkrankung (meist chronischen oder progressiven Charakters), bei der es zu Störungen höherer Hirnfunktionen kommt. Dies inkludiert Störungen des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, des Verstehens, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache und des Urteilsvermögens, schließt eine Bewusstseinsstörung jedoch aus. Diese Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen sind meist begleitet (oder werden vorangegangen) von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des sozialen Verhaltens oder der Motivation (ebd., www). Der von der WHO verwendete Begriff „Syndrom“ verweist bereits darauf, dass Demenz nicht eine einzelne Krankheit, sondern viel mehr das Auftreten verschiedener Krankheitszeichen (auch Symptome genannt) meint, womit sich auch der in der Literatur (Falk, 2004, S. 32; Schlegl, 2005, S. 43) oftmals erwähnte Begriff „dementielles Syndrom“ erklären lässt (Grillparzer, 2010, S. 2).

2.1.1 Schweregrade der Demenz

In der Literatur (Grond, 2005, S. 46; Weyerer & Bickel, 2007, S.59) wird eine Einteilung der Demenz in drei Schweregrade vorgenommen.

Grond (2005) beispielsweise benennt diese folgendermaßen: Das Früh- oder Vergessensstadium (z.B. Schwierigkeiten beim Erlernen neuer Inhalte oder zu urteilen, in Folge Depressivität, Inaktivität), das mittlere oder Verwirrtheitsstadium (z.B. zeitliche, örtliche und situative Verwirrungen, Vernachlässigung von Alltagsaktivitäten, sozial auffälliges Verhalten, in Folge Ungeduld und Aggressivität) und das fortgeschrittene Hilflosigkeits- oder Spätstadium (Kompletter Verlust der Alltagsfunktionen) (S.46). Je nach Stadium nimmt auch die Hilfebedürftigkeit der Betroffenen zu, wobei das Mittlere- oder Verwirrtheitsstadium die

Einweisung in ein Pflegeheim unumgänglich macht und im fortgeschrittenen Hilfslosigkeits- oder Spätstadium der Bedarf an Palliativpflege besteht.

2.1.2 Begleitsymptome der Demenz

Eine umfassende Beschreibung der Begleitsymptome einer Demenz lassen sich bei Kastner und Löbach (2007) finden, wobei sie eine Symptomeinteilung in folgende drei Gruppen vornehmen:

1. Kognitive Symptome
2. Psychische Störungen und Verhaltensänderungen
 - a) Psychische Symptome
 - b) Verhaltensänderungen
3. Körperliche Symptome

Kognitive Symptome

Kognitive Symptome treten bei dementen PatientInnen dann auf, wenn die kognitive Beanspruchung die kognitive Leistungsfähigkeit übersteigt.

Im Anfangsstadium einer Demenz lassen sich erste Veränderungen in der Merkfähigkeit beobachten. Gefolgt werden diese von Sprachstörungen (Aphasie) und in späteren Stadien von Wortfindungsstörungen bis hin zur Verwechslung mit klangähnlichen Wörtern und der Unfähigkeit, das Gedachte in Worte zu fassen (Falk, 2004, S. 82). Auch Störungen der Handlungsabläufe (Apraxie), Wiedererkennungstörungen (Agnosie) sowie allgemeine Veränderungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit, der Urteilsbildung sowie der Orientierungsstörung kommen im Spätstadium hinzu (Kastner & Löbach, 2007, S. 10-12).

Psychische Störungen und Verhaltensänderungen

Für diese Art von Symptomen hat sich der englische Begriff BPSD, die Abkürzung zu „Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia“, zu Deutsch Verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz, durchgesetzt, wobei sich in der Pflegewissenschaft vor allem den Begriff „Herausforderndes Verhalten“ wiederfindet (ebd., S. 13).

Psychische Symptome werden bei dementen Personen über längere Phasen beobachtet, wobei diese vor allem Angst, Depressivität, Halluzinationen, Verkennungen und Wahnvorstellungen umfassen (ebd., S. 13-14; Pace, Treloar & Scott, 2011, S. 17). Zu den Verhaltensänderungen zählen Unruhe und Agitiertheit, Aggressivität sowie inadäquates Sexualverhalten (Kastner & Löbach, 2007, S. 16-19).

Psychische Störungen und herausfordernde Verhaltensweisen können auf Basis pathologischer Prozesses, auf Basis der Persönlichkeit sowie auf der Reaktion der

Mitmenschen auf die Demenz gründen (Pace, Treloar & Scott, 2011, S. 17). Psychische Störungen und herausfordernde Verhaltensweisen werden also nicht als zum Krankheitsbild notgedrungen dazugehörig, sondern oft als menschliche Reaktion auf unerwartete oder überfordernde Situationen, verstanden (Haberstroh, 2010, S. 461). In der Vergangenheit wurden Bemühungen unternommen, Erklärungsmodelle für die Entstehung des herausfordernden Verhaltens zu entwickeln, mit dem Ziel wirksame Maßnahmen diesbezüglich ergreifen zu können (Halek & Bartholomeyczik, 2006, S. 47). Vor allem die internationale Pflegeforschung hat demenzspezifische Verhaltensweisen seit den Neunzigern in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. In diesem Zusammenhang wurden von WissenschaftlerInnen verschiedene Forschungsansätze zusammengeführt, dessen Ergebnis ein Modell zur Erklärung demenzspezifischer Verhaltensweisen darstellt mit dem Namen „Bedürfnis bedingtes Verhaltensmodell bei Demenz“, auch bekannt unter dem englischen Ausdruck „need driven dementia-compromised behaviour model“/ NDB-Modell (ebd. S. 49-50). Die Basis des NDB-Modells bildet die Annahme, dass herausforderndes Verhalten ein Indikator für unerfüllte Bedürfnisse ist. Herausforderndes Verhalten entsteht unter dieser Annahme, wenn Pflegende und Angehörige die Bedürfnisse der dementen Person nicht erkennen (ebd. S. 51).

Körperliche Symptome

Körperliche Symptome betreffen alle dementen PatientInnen und bei den meisten Demenzformen deutet deren Auftreten auf einen Übergang in ein nächstes Schwerestadium hin (Kastner & Löbach, 2007, S. 20). Meist stellen auftretende körperliche Symptome, neben Aggressivität und starker Unruhe, Gründe für die Einweisung in ein Pflegeheim dar (ebd.). Zu den körperlichen Symptomen zählen ein gestörter Schlaf-Wachrhythmus, Mobilitätseinschränkungen, Schmerz- und Sensibilitätsstörungen, Harninkontinenz sowie Schluck- und Essstörungen (ebd.).

3. Ausgangslage und theoretischer Hintergrund

Bereits seit geraumer Zeit weisen Ergebnisse demografischer Untersuchungen auf eine anteilmäßig hohe Zunahme älterer Menschen in der Bevölkerung hin, so zum Beispiel die Statistik Austria (Statistik Austria, 2012, www): Während die Zahl der Menschen ab dem 60. Lebensjahr im Jahr 2000 in der österreichischen Bevölkerung noch 1.651.399 Personen umfasste, waren es im Jahr 2011 bereits 1.967.858 Personen, was einem Anstieg von rund 19 % entspricht. Ein mit dem Alter einhergehendes Problem ist die Morbidität, wobei vor allem chronische Krankheiten in dieser Altersklasse im Steigen sind. So leiden Menschen ab dem 75. Lebensjahr bereits zu 91,5 % an mindestens einer chronischen Krankheit (ebd.,

2009, www). Das hohe Alter und die damit häufig verbundenen Krankheiten führen wiederum zu einem gehäuften Spitalsaufenthalt dieser Personengruppe. So verzeichnete die Statistik Austria (ebd., 2011) für das Jahr 2010 für die Altersgruppe 40-60 rund 130.000 bis 178.000 Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten, während es bei den 60 – 89 jährigen bereits rund 202.000 Entlassungen waren (www).

Daten der Statistik Austria (2011) zeigen weiters, dass demenzerkrankte Menschen oft Krankenhäuser aufsuchen, wobei im Jahr 2011 bei rund 11.000 Personen über 65 Jahren die Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen aus einer Akutkrankenanstalt „Demenz“ lautete (www). Besonders jene Abteilungen, in denen der Großteil der PatientInnen ältere Menschen sind (z.B. Innere Medizin, Chirurgie), sind mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie der Demenz, konfrontiert (Kirchen-Peters, 2005, S. 11). Dabei ist nur selten die Demenzerkrankung an sich der Grund für die Krankenhausbehandlung (Pinkert & Holle, 2012, S. 729). Die Einweisungsgründe liegen meist bei Stürzen (mit/ohne Fraktur), Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Ernährungszustandes, Herz-Atemwegs- oder gastrointestinalen Erkrankungen und Infektionen (ebd.). Die Demenz kommt dann bei der Behandlung der Akutsituation meist als „Störfaktor“ hinzu (Kirchen-Peters, 2005, S. 11). Der Grund dafür kann in den Symptomen einer Demenz angenommen werden, die die Pflege dieser Personengruppe enorm erschweren.

Die Literatur bietet Hinweise, dass die Abläufe in Akutkrankenhäusern den Bedürfnissen demenzkranker PatientInnen nicht gerecht werden. So beschreiben Pinkert und Holle (2012) beispielsweise das Krankenhaus als eine Organisation die darauf ausgerichtet ist, vorwiegend PatientInnen mit somatischen Erkrankungen zu behandeln, wobei die Versorgungsabläufe größtenteils standardisiert ablaufen (S.728). Auch Kirchen-Peters (2012) identifiziert das Krankenhaus als Ablauf,- anstatt PatientInnenorientiert, erwähnt eine angespannte Personalsituation, enorme Hektik und hohen Druck (www). Diese Rahmenbedingungen eignen sich nicht für die Versorgung Demenzkranker, da diese Menschen vor allem Vertrautheit und Orientierung benötigen (Pinkert & Holle, 2012, S.728).

Die speziellen Anforderungen an die Pflege Demenzkranker, verbunden mit fehlendem gerontopsychiatrischen Wissen bei ärztlichem und pflegerischem Personal, der Charakteristik und den Handlungsabläufen eines Akutkrankenhauses birgt die Gefahr einer Krisensituation für die demenzkranken PatientInnen, die in weiterer Folge zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führt (Kirchen-Peters, 2005, S. 12). So ist die Behandlung Demenzkranker im Akutkrankenhaus mit erheblichen psychischen Belastungen für sie verbunden (Angerhausen, 2008a, S. 461): Aufgrund der neuen Umgebung und den ungewohnten Abläufen werden sie zunehmend ängstlich und unruhig (ebd.). Um die PatientInnen ruhig zu halten und den üblichen Routinetätigkeiten folgen zu können, werden

meist Fixierungsmaßnahmen und sedierende Medikamente eingesetzt (ebd.), die jedoch mit einer Verschlechterung des Zustandes einhergehen (Kleina&Wingenfeld, 2007, S. 6). Auch wird von der erhöhten Wahrscheinlichkeit nosokomialer Infekte und dem Auftreten eines Delirs berichtet (ebd., S. 7).

Jedoch sieht sich vor allem das Pflegepersonal erheblichen Belastungen in der Pflege dieser PatientInnengruppe ausgesetzt. Herkömmliche Pfl egetätigkeiten werden durch kognitive Einschränkungen und demenzspezifische Verhaltensweisen beeinflusst, die die Planung und Durchführung der Pflege erschweren (ebd., S. 8). Wird den individuellen Bedürfnissen der DemenzpatientInnen nicht nachgegangen, nehmen die herausfordernden Verhaltensweisen zu und die Pflegenden stoßen auf Abwehrverhalten. In einem Akutkrankenhaus, in dem auch noch weitere PatientInnen versorgt werden müssen und die gegebenen Strukturen nur wenig Handlungsspielraum ermöglichen, ist davon auszugehen, dass der Aufenthalt der DemenzpatientInnen für die Pflegenden eine besonders hohe Belastung darstellt und erhöhten Pflegebedarf fordert.

In einer, parallel zur Pilotstudie, von Zottl (2013) an der Universität Wien (Institut für Pflegewissenschaft) verfassten Diplomarbeit wurden die zu diesem Thema (hauptsächlich international) vorliegenden Forschungsergebnisse (anhand vordefinierter Keywords sowie Ein- und Ausschlusskriterien) systematisch zusammengefasst. Mit der dabei vorgenommenen Literaturanalyse konnte der bestehende (zum großen Teil unsystematische) Forschungsstand zur Pflege Demenzkranker im Akutkrankenhaus um eine systematische Komponente erweitert und als zusätzliche Argumentationsgrundlage für die Pilotstudie hinzugezogen werden. Im Fokus der Diplomarbeit standen die besonderen Aspekte in der Pflege Demenzkranker, wobei fünf Hauptkategorien identifiziert werden konnten: Gefühle und Einstellungen der Pflegenden, Kompetenz der Pflegenden sowie besondere Aspekte in der Pflegepraxis sowie auf der Organisations- und Führungsebene eines Akutkrankenhauses.

Pflegende berichten von unterschiedlichen Gefühlen, die sie bei der Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus verspüren: Mitgefühl (aufgrund der besonderen Vulnerabilität der PatientInnen), geringes Mitgefühl (bei chirurgischem Personal), Angst (bei aggressiven PatientInnen), „Frustgefühle“, Gefühle des „Missverhaltens“, der „Machtlosigkeit“ sowie „Versagensängste“ (aufgrund des Wissens, keine demenzadäquate Pflege bieten zu können) (ebd.).

So wie die Gefühle, variieren auch die Einstellungen, die das Pflegepersonal den DemenzpatientInnen gegenüber einnehmen (z.B. prinzipiell positive Einstellung oder prinzipiell negative Einstellung).

Die Literaturanalyse erbrachte weiters das Ergebnis, dass Pflegende in Akutkrankenhäusern ein generell sehr geringes Demenzwissen (u.a. auch Probleme bei der Unterscheidung zwischen Demenz und Delir) aufweisen, was in weiterer Folge zum Nicht-Erkennen früher Demenzsymptome sowie zur Fokussierung auf die physische anstatt psychosoziale Pflege führt, um dennoch gewissen Pflegestandards gerecht werden zu können. Auch wurde darauf hingewiesen, dass jene Pflegende, die über ein theoretisches Wissen in der Demenzpflege verfügen, Probleme bei der praktischen Umsetzung dessen aufweisen. In den meisten der Studien, in denen ein fehlendes Demenzwissen der Pflegenden genannt wurde, wurde auch der Wunsch nach mehr Schulungsmöglichkeiten zur Verbesserung des Wissensstandes ausgesprochen (ebd.).

Die Pflegepraxis dementer Personen ist durch eine exzessive Überwachung, den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen sowie die Fokussierung der Akutsituation charakterisiert. Der Einsatz dieser Maßnahmen konnte vor allem in jenen Studien nachgewiesen werden, in denen auch die geringe Kompetenz der Pflegenden in der Demenzpflege thematisiert wurde.

Neben exzessiver Überwachung, dem Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen und der besonderen Betrachtung der Akutsituation, ist die Pflegepraxis jedoch auch durch eine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der DemenzpatientInnen charakterisiert. Diese Zusammenarbeit wird als wichtig erachtet, um die Gewohnheiten der PatientInnen ausfindig machen, eine Beziehung mit ihnen aufbauen und in Folge den Pflegeprozess optimieren zu können. Angehörige sind auch vor dem Hintergrund, dass sie durch ihre Anwesenheit den Aufenthalt für die Betroffenen erleichtern, als wichtige Ressource zu sehen (ebd.).

Bezogen auf die Organisations- bzw. Führungsebene wurde vom Pflegepersonal einerseits von einem Desinteresse des Managements bezüglich der von den DemenzpatientInnen entgegengebrachten Aggressivität (in Folge Enttäuschung beim Pflegepersonal) berichtet. Andererseits wurde darauf hingewiesen, dass die für die Pflege dementer Personen als wichtig erachtete personenzentrierte Pflege, in einem Akutkrankenhaus, aufgrund dessen Organisationscharakteristik, der politischen Ziele und der Altersdiskriminierung, schwer durchführbar scheint (z.B. aufgrund des Vorherrschen eines biomedizinischen Modells, festgelegte Ziele wie zum Beispiel Bettenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der PatientInnenzahl, Fokus auf der Linderung akuter Symptome und einer damit einhergehenden, wenn auch nicht immer gleich sichtbaren, Altersdiskriminierung) (ebd.).

Neben diesen besonderen Aspekten in der Pflege Demenzkranker konnten im Rahmen der Literaturanalyse auch Empfehlungen identifiziert werden, nämlich das schnellstmögliche Einholen von Informationen über die PatientInnen, einen Beziehungsaufbau, eine adäquate Milieugestaltung, eine Qualifizierung des Personals, sowie organisationsspezifische

Veränderungen im Akutkrankenhaus (Hinweise auf eine angemessene Pflegende-PatientInnen Ratio, Fokussierung auf Qualität statt auf Kosten, forcieren einer demenzfreundlichen Kultur) (ebd.).

4. Begründung der Studie und Studienziel

Im Rahmen einer länderübergreifenden Studie (Deutschland, Österreich, Schweiz), die sich gerade im Planungsstadium befindet, soll die Prävalenz der „demenzspezifischen“ Versorgungs- und Betreuungsprobleme im Akutkrankenhaus“ erhoben und damit eine Quantifizierung der Problemlage in ihrem Ausmaß und der thematischen Differenzierung ermittelt werden.

Im Vorfeld dazu stellt die Sichtweise der Pflegenden, neben bestehender Literatur und einer ersten Vorstudie in Deutschland, eine wichtige Quelle zur Identifizierung und Benennung der spezifischen Pflegesituationen und Problemlagen dar. Diese ist weitgehend unbekannt und bildet eine zentrale Säule der Entwicklung eines validen und umfassenden Erhebungsinstruments zur Quantifizierung der Problemlagen.

Auch ist es noch weitgehend unbeachtet geblieben, zu erfassen, welche Strategien Pflegende im Akutkrankenhaus im täglichen Umgang mit Menschen mit dementiellen Veränderungen entwickelt haben und wie sie diese einschätzen. Dies stellt eine Forschungslücke dar, ist es doch die Pflegepraxis selbst, welche seit längerem gezwungen ist effiziente Lösungen zu generieren bzw. wirksame Strategien zur Bewältigung der aktuellen Versorgungssituation zu entwickeln.

Konkrete und praktische Erfahrungen sind wesentliche Voraussetzungen zum Erwerb bzw. zur Weiterentwicklung von Wissensinhalten, welche aufgrund der täglichen unbewussten Anwendung oftmals nur schwer verbalisiert werden können und folglich als implizites Wissen zu bezeichnen sind (Büssing, Herbig, & Ewert, 2000).

So stellt die Untersuchung der Perspektive und Erfahrungen von Pflegenden eine einmalige Chance dar, die ermittelte Datenlage um den Bereich der angewandten Pflegepraxis zu erweitern. Dies könnte einen wertvollen Beitrag zur Auffindung institutionsspezifischer Versorgungsprobleme leisten bzw. erste Lösungsansätze aufzeigen.

Die Hauptfragestellungen lauten:

Welche demenzassoziierten Versorgungs- und Betreuungsprobleme im Akutkrankenhaus gibt es aus der Sicht von Pflegenden?

Welche impliziten Strategien werden von den Pflegenden aufgrund der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation im Akutkrankenhaus bei demenzerkrankten PatientInnen angewandt?

5. Studiendesign

Die Pilotstudie folgte dem qualitativen Forschungsansatz und wurde multizentrisch angelegt. Zur Evaluation der Problemlage aus der Perspektive der Pflegenden wurden Fokusgruppen-Interviews durchgeführt.

Das Focus-Group-Interview ist ein Verfahren qualitativer Forschung, das unter anderem dazu eingesetzt wird, eine informelle Gruppenmeinung herauszuarbeiten bzw. Bedeutungsmuster über einen „interpretativen Aushandlungsprozess“ zu erschließen. Gruppendiskussionen von Realgruppen als „repräsentative Prozessstrukturen“ (Loos & Schäffer, 2001, S. 27) können sehr gut dazu dienen, prozesshafte Abläufe von Kommunikationen, in denen sich Muster dokumentieren, zu erforschen.

5.1 Datenerhebung

Vor Projektstart wurden die Verantwortlichen aller an der Studie teilnehmenden Krankenanstalten im Rahmen des Arbeitskreises „Dialog Universität und Praxis“ über den konkreten Projektinhalt, den Ablauf und das Ziel der Untersuchung sowohl schriftlich als auch mündlich informiert.

Parallel zur Terminfindung der Fokusgruppen mit den jeweiligen Krankenanstalten wurde eine themenspezifische Literaturrecherche durchgeführt und eine Literaturdatenbank erstellt. Auf diese Weise konnten Referenzprojekte aus dem deutschsprachigen Raum recherchiert und internationale Studien analysiert werden. Auf Basis dieser Recherche wurde ein Leitfaden zur Gesprächsführung mit den TeilnehmerInnen der Fokusgruppen konzipiert, wobei die vorbereiteten und vorformulierten Fragen in ihrer Abfolge offen waren. Die für den Leitfaden entwickelten Interviewfragen sind als ein, aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen, abgeleitetes Informationsbedürfnis zu verstehen (Gläser & Laudel, 2009, S. 115).

Des Weiteren wurde zur besseren Veranschaulichung und Vermittlung des Projektinhaltes bzw. -zieles eine Übersicht bezüglich der spezifischen PatientInnengruppe erstellt und mit Hilfe einer Flipchart sämtlichen FokusgruppenteilnehmerInnen präsentiert.

Insgesamt wurden 9 Fokusgruppen (siehe Anhang) durchgeführt, wobei in Summe 57 Pflegende an den Fokusgruppen teilnahmen. Die Diskussionen wurden, nach abgegebener Einverständniserklärung der TeilnehmerInnen, digital aufgezeichnet und zusätzlich von einer anwesenden zweiten Mitarbeiterin des Institutes protokolliert. Die Erstellung einer „Focusgroup Illustration Map“ (Abb.1) ermöglicht einen ersten Überblick bzgl. potentieller Problembereiche (Pelz et al., 2004).

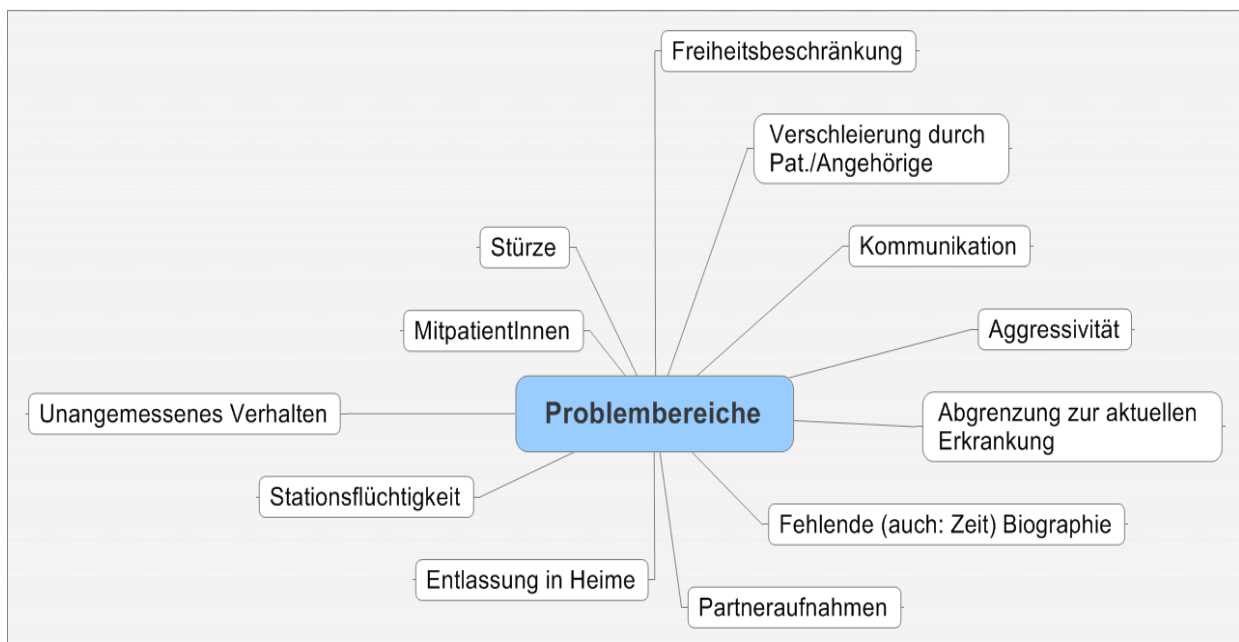


Abbildung 1 Focusgroup Illustration Map zur ersten inhaltlichen Darstellung

5.2 Datenauswertung

Die Fokusgruppen wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei als Basis die Transkriptionen der Digitalaufzeichnungen dienten. Die Inhaltsanalyse ist eine wissenschaftliche Methode, um Kommunikationsinhalte zu untersuchen (Atteslander, 2006, S. 181). Der Vorteil der Inhaltsanalyse liegt darin, dass sie ein Material, streng methodisch kontrolliert, schrittweise analysiert (Mayring, 2002, S. 114).

Laut Cropley (2002) beginnt eine qualitative Inhaltsanalyse in der Regel mit einem Dokument, wie z.B. der Transkription eines Interviews (S. 127). Diese Transkription der gesprochenen Sprache ist unabdingbar, da sie eine vollständige Textfassung verbal

erhobenen Materials ermöglicht und zugleich die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bildet (Mayring, 2002, S. 89).

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht immer die Entwicklung eines Kategoriensystems am Material (ebd. S. 114). Durch dieses Kategoriensystem werden bestimmte Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen (ebd.).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) umfasst drei Grundformen (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung) wobei auf Basis theoretischer Vorüberlegungen die Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt wurde. Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse besteht darin das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben (ebd. S. 115). Am Anfang der Inhaltsanalyse muss dabei eine Festlegung des Ausgangsmaterials vorgenommen werden (Mayring, 2007, S. 47), wobei die Transkriptionen der Fokusgruppen-Interviews als Ausgangsmaterial festgelegt wurden.

Das weitere Vorgehen folgte den Schritten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, wobei diese Folgende sind: Bestimmung der Analyseeinheit, Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen, Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau, erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen, zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau, Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem, Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (ebd. S. 60).

6. Ergebnisse

Der folgende Abschnitt dient der Darstellung der Untersuchungsergebnisse entsprechend der formulierten Fragestellungen. Die detaillierte Beschreibung der jeweiligen Kategorie wird ergänzt durch das Anfügen ausgewählter Zitate aus den Gesprächsbeiträgen der FokusgruppenteilnehmerInnen. In einem gesonderten Punkt werden Ideen und Vorschläge von Pflegenden betreffend der Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation zusammengefasst.

6.1 Versorgungs- und betreuungsspezifische Problembereiche aus der Sicht Pflegender und entsprechende Strategien aus der Pflegepraxis

Basierend auf einer umfassenden Auswertung der Daten können folgende sieben Problembereiche (siehe Abb. 2) definiert bzw. entsprechende Strategien von Pflegenden beschrieben werden.

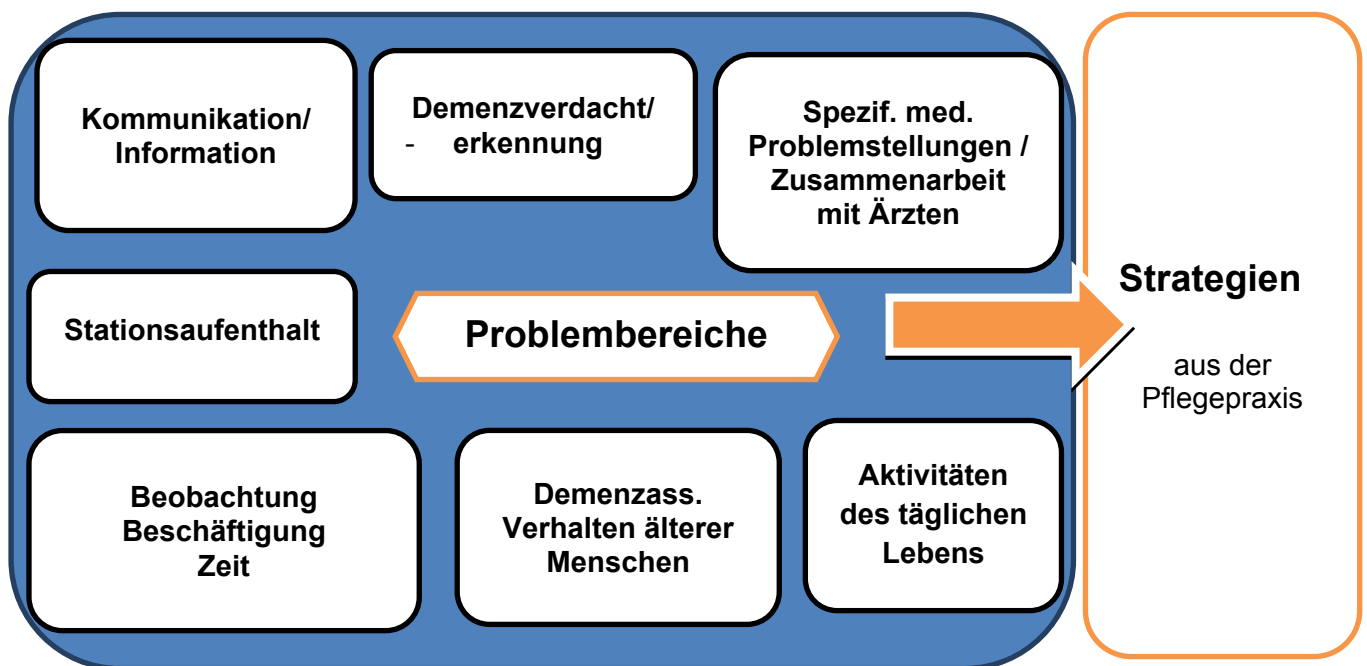


Abbildung 2 Problembereiche in der Betreuung Demenzerkrankter im Akutkrankenhaus

6.1.1 Kommunikation und Information

Dieser Bereich umfasst die **Kommunikation mit PatientInnen, Angehörigen** und Kommunikation zur **Einholung von zusätzlich benötigten Informationen**.

Zum Problembereich kann die **PatientInnenkommunikation** aus folgenden Gründen werden:

- Ein umfassendes Anamnesegespräch mit PatientInnen (je nach Schweregrad der Demenzerkrankung bzw. der primären Erkrankung) ist nicht möglich bzw. werden unschlüssige Angaben gemacht und diese müssen hinterfragt werden.
- Andere Auskunftspersonen (Angehörige / Heimhilfen) müssen gesondert einbezogen werden. Dies bedarf einer sehr sensiblen Vorgehensweise, da darauf geachtet wird die Beziehung zwischen den Angehörigen / Heimhilfen und den PatientInnen nicht negativ zu beeinflussen.

Die **Kommunikation mit Angehörigen** stellt einen weiteren Problembereich dar.

- Oftmals gibt es keine Angehörigen bzw. stehen diese zur Kontaktaufnahme nicht zur Verfügung. Mitunter wird der Verdacht geschildert, dass der Kontakt mit Pflegenden bewusst vermieden wird.
- Angehörige sind mitunter aufgrund der bisherigen Betreuungssituation im häuslichen Umfeld erschöpft und überfordert.
- Angehörige werden von Pflegenden erstmalig mit dem möglichen Vorliegen einer demenziellen Erkrankung konfrontiert bzw. bedarf dies einer sensiblen Kommunikations- und Informationsstrategie, um einer Stigmatisierung vorzubeugen.
- Angehörige stellen unrealistische Anforderung an Pflegende bzgl. des Wiedererlangens kognitiver Fähigkeiten.

Zusätzliche Kommunikation zum Informationsaustausch wird nötig wenn ein Informationsdefizit bzw. spezifischer Informationsbedarf vorliegt.

- Transferberichte aus Pflegeheimen liefern nicht umfassend genug Informationen bzgl. der Versorgung- und Betreuung.
- Intensive Rechercharbeit wird notwendig, um telefonisch entsprechende Ansprechpersonen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen zu kontaktieren.
- Informationen bzgl. einer etwaigen Sachwalterschaft müssen eingeholt werden
- Soziale Dienste müssen abbestellt werden.
- Angehörige müssen über den Spitalsaufenthalt informiert werden.

Zitate aus den Interviews:

„ [] die Problematik ist ja auch so oft, dass also von den Pflegeheimen die Pflegedoku die mitkommt sehr dürftig ist wenn überhaupt eine mitkommt das heißt es ist wenig Info da wie war der Patient vorher wenn das oft so in der Nacht passiert hat man auch wenig Möglichkeiten da wirklich jetzt irgendwo gegenzuchecken und ja da wird es mühselig“

„Also, ich hab sogar eine Patientin gehabt, die in der Nacht auf der Straße gefunden worden ist. Keine Angehörigen, nichts. Also sogar der Name war falsch. Dann sind wir auf ihren richtigen Namen gekommen und dann hab ich im Herold nachgeschaut. Hab halt diese Person gefunden, hab gesagt: Ihre Großmutter ist im Spital aufgenommen. Wobei sie dann drauf gesagt hat: Na, die lebt nur in ihrem Bett...“

Strategien:

- Angepasster Kommunikationsstil: keine Zeitangaben machen, auf gleicher Ebene kommunizieren, Vokabular anpassen
- Kommunikation ermöglichen: Telefongespräche mit Angehörigen organisieren
- Beziehungsaufbau: mit dem Patienten über dessen Biographie sprechen ermöglicht Zugang, über eigene Befindlichkeiten reden, generell sprechen bei Pflegehandlungen, über die eigenen Kinder erzählen
- PatientInnenrealität wird akzeptiert und in Handlungen integriert
- Formulierung gezielter Fragestellungen: Vermeidung von Abwehrreaktionen

Zitat:

„ Ja wenn's dann anfangen: „Na Schwester, ich muss jetzt gehen, weil ich muss die Kinder von der Schule abholen“. Dann sag ich: „Nein, die sind schon zuhause, die essen jetzt, machen Sie sich keine Sorgen.“

6.1.2 Demenzverdacht / -erkennung

Das Erkennen (bei nicht diagnostizierter Demenz) kann je nach Schweregrad schwierig sein, da eine akute Erkrankung bzw. onkologische Diagnosen vorerst nicht auf Demenz schließen lassen. Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass Erkrankte sehr geschickt in anfänglichen Phasen demenzielle Veränderungen durch bewusst angepasste Verhaltensweisen verheimlichen können.

Erhärtet sich ein Demenzverdacht durch bestimmte Anzeichen bedarf es primär einer differentialdiagnostischen Abklärung (z. B. in Abgrenzung zu einem Durchgangssyndrom) durch Ärzte.

Zitat aus den Interviews:

„Wobei ich sagen muss in den ersten 24 Stunden bis 48 Stunden das weiß man oft nicht zum Beispiel die mit einer Elektrolytengleichung kommen die etliche Symptome macht in so 24 bis 48 Stunden kristallisiert sich das meistens heraus “

Strategien:

- Keine Erwähnung vor Angehörigen und Patienten bzgl. des Demenzverdachtes, sondern sofortige Weiterleitung über die Stationsschwester zu den Ärzten.
- Ein Demenzverdacht muss sofort abgeklärt werden bzw. darf nicht die Entwicklung abgewartet werden.

6.1.3 Stationsaufenthalt

Folgende Punkte stellen im Rahmen des Stationsaufenthaltes Problembereiche dar:

- Zimmerwahl
- MitpatientInnen
- Sozialindikation (Mitaufnahme Demenzerkrankter)
- Wiederaufnahmen (72 Std. Regelung)
- Lange Aufenthalte (Procura Antrag)

Zimmerwahl: Die Unterbringung in einem Einzelzimmer bzw. Zweitbettzimmer kann aufgrund eines notwendigen Beobachtungsbedarfs (durch MitpatientInnen bzw. oftmalige Anwesenheit von Pflegenden bei MitpatientInnen) problematisch sein. Zusätzlich beschreiben Pflegende ein Beschäftigungsbedürfnis bei demenziell erkrankte PatientInnen, da ansonsten Langeweile entsteht bzw. die PatientInnen mitunter in unbeobachteten Momenten die Station verlassen.

MitpatientInnen: Aufgrund erkrankungsbedingter Verhaltensweisen können Konflikte entstehen. Dies ist beispielsweise der Fall wenn Demenzerkrankte Gegenstände von MitpatientInnen entwenden oder diese mit PartnerInnen verwechseln. Ebenso kann es vorkommen, dass versucht wird an Drainagen oder Verbänden von MitpatientInnen zu hantieren bzw. Demenzerkrankte durch nächtliche Unruhe den Schlaf der MitpatientInnen stören. Die Folge sind massive Konflikte mit sofortigem Handlungsbedarf, da einerseits die Gefahr der Zimmer- bzw. Stationsflucht des demenziell erkrankten Patienten besteht bzw. die Konfliktsituation eskalieren kann.

Sozialindikation: Zu ähnlichen Problematiken, wie die zuvor geschilderte kann es aufgrund der Mitaufnahmen von Demenzerkrankten (Sozialindikation) kommen. Zusätzlich erhöht das Herumwandern und das Betreten von Infektionszimmern das Risiko des Erwerbs eines Spitalskeims.

Wiederholte Wiederaufnahmen (72 Std. Regelung): Die Überforderung von Heimhilfen und lange Aufenthalte, mitunter 6 Monate und mehr (aufgrund eines Procura Antrages) tragen zur Verschärfung des Problems bei.

Zitate aus den Interviews:

„Zum Beispiel, ein Mann – die Frau ist krank, hat Fieber - er dement. So das haben wir schon hundertmal gehabt. Aber er ist nicht so dement, dass er jetzt nicht weiß, dass er im Spital ist und er will unbedingt nach Hause. Und da beginnen die Probleme.“

„Es ist eine Gefahr. Also für jeden Patienten, der länger im Krankenhaus bleibt, besteht eine Infektionsgefahr, ja. Denn wir haben sehr viele Patienten, die körperlich dann wirklich schon so sind, aber im Krankenhaus einen Pflegeheimplatz abwarten. Weil die Angehörigen meinen, zuhause mit dreimal täglich Heimhilfe oder mit Diensten - den Angehörigen ist es nicht möglich, die warten bis zu einem Jahr.“

Strategie:

Pflegende präferieren die Unterbringung von demenziell erkrankten PatientInnen in anfänglichen bis mittleren Erkrankungsstadien in Mehrbettzimmern bzw. in der Nähe des Stützpunktes. Dies ermöglicht eine intensivere Beobachtung des Patienten aufgrund des oftmaligen Aufenthaltes von Pflegenden im Patientenzimmer bzw. die Information durch MitpatientInnen bei etwaigen verhaltensspezifischen Problembereichen (z. B. Zimmerflucht).

6.1.4 Spezielle medizinische Problemstellungen/Zusammenarbeit mit Ärzten

Diese umfassen folgende Bereiche:

- Die keimbedingte Isolierung von mobilen DemenzpatientInnen ist aufgrund eines mitunter sehr ausgeprägten Wandertriebes schwierig.
- Bei Kathetern und Drainagen kann es zur Selbstentfernung kommen.
- Blutabnahmen können aufgrund massiven Abwehrverhaltens nur schwer bzw. gar nicht durchgeführt werden.
- Spezifische Therapien (z. B. Chemotherapien) sind bei DemenzpatientInnen aufgrund fehlender Compliance schwierig durchführbar.

Der Ambulanzbereich stellt aufgrund längerer Wartezeiten einen weiteren, sehr problematischen Bereich dar. Des Weiteren ist die Gabe entsprechender Medikation im Ambulanzbereich nicht indiziert, da die Diagnostik zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten kann durch Missverständnisse belastet sein, da aufgrund des relativ kurzen PatientInnenkontaktes von Ärzten (z. B. bei der Visite) ein gänzlich anderer Eindruck bzgl. des Verhaltens des Patienten entsteht. Auf entsprechende Schilderungen von Pflegenden wird in der Folge mitunter erst mit zeitlicher Verzögerung reagiert.

Zitat aus den Interviews:

„ [] und das ablehnende Verhalten gegenüber pflegerischen Handlungen gegenüber diagnostischen Maßnahmen gegenüber therapeutischen Maßnahmen wo oft die Einsicht fehlt warum muss ich das machen.“

Strategie:

Eine lückenlose Kommunikationskette von Beginn der Aufnahme und gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen bei Demenzverdacht möglichst rasches und effizientes Handeln. Pflegende leiten spezifische Verhaltensweisen unverzüglich an die Stationsleitung weiter bzw. wird von dieser das ärztliche Team verständigt. Nach entsprechender Diagnosestellung werden Angehörige von den Ärzten informiert bzw. entsprechende Maßnahmen beschlossen.

6.1.5 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)

Dieser Bereich umfasst im Speziellen folgende ATLs:

- Essen und Trinken
- Körperpflege
- Ausscheidung (inkl. Verhaltensaspekte die Hygiene betreffend)

Bei der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch den Patienten muss immer wieder angeleitet werden bzw. bedarf es ständiger Aufforderungen. Speziell bei der Nahrungsaufnahme muss beobachtet werden, ob der Patient die Nahrung schluckt bzw. muss gegebenenfalls der Patient entsprechend aufgefordert werden. Ähnliches trifft auch bei der Körperpflege zu, indem wiederholt aufgefordert und angeleitet werden muss. Im Rahmen der Ausscheidung fehlt den PatientInnen die Einsicht bzgl. hygienischer Verhaltensweisen bzw. wird an div. Orten außerhalb der Toilette uriniert oder diese mit Fäkalien verschmutzt.

Strategien:

Zur Erleichterung der Nahrungszufuhr wird mitunter ein/e Diätassistent/in hinzugezogen. Diese bespricht mit dem Patienten persönliche Vorlieben und versucht diese in den Speiseplan zu integrieren. Bei der Einnahme von Mahlzeiten werden Demenzerkrankte, soweit es die Mobilität zulässt, gegenüber von MitpatientInnen positioniert. Aufgrund der Vorbildwirkung müssen die PatientInnen nicht ständig angeleitet werden, sondern essen selbstständig.

Die Flüssigkeitzufuhr wird durch die Einbeziehung von Gewohnheiten der PatientInnen unterstützt. So hat sich das Anbieten von alkoholfreiem Bier bewährt.

Sollten die PatientInnen zu Hause von einer Heimhilfe betreut werden, so kommt diese mitunter vormittags auf die Station und unterstützt die Pflegenden bei der Körperpflege des jeweiligen Patienten.

6.1.6 Demenzassoziiertes Verhalten älterer Menschen

Ein Klinikaufenthalt stellt für ältere PatientInnen generell eine Überforderung dar bzw. können aufgrund von oftmaligem Stationswechsel, vielen fremden Menschen und einer großen Menge an Informationen unterschiedlichster Berufsgruppen demenzähnliche Verhaltensweisen bzw. massive Verwirrheitszustände resultieren. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass bereits eine eventuelle Vorstufe einer Demenzerkrankung, in Form des sog. „Mild Cognitive Impairments“ (MCI) vorliegen kann.

So kann es oftmals in den Abendstunden bzw. in der Nacht zu massiven Verwirrheitszuständen, exzessiven Abwehrreaktionen, Desorientierung und resultierender Stationsflüchtigkeit kommen. Das Vorliegen einer Demenzerkrankung verschärft diesen Problembereich zusätzlich.

Zitat aus den Interviews:

„[] sie sind einfach überfordert es muss jeder Patient für jede Handlung im Spital schon bald einen Revers unterschreiben er bekommt eine Unmenge an Informationen von allen Seiten, das sind die Ärzte, die Schwestern, die Physiotherapeuten wie auch immer das ist sehr verwirrend - ja dann glaub ich muss man einen Zugang finden zu dem Patienten - ältere Menschen brauchen halt auch länger bei allen möglichen Dingen“

Strategien:

Unruhige, mitunter herumwandernde PatientInnen werden von den Pflegenden zur Beruhigung auf den Stützpunkt mitgenommen bzw. entsprechende Gespräche geführt. Bei Immobilität wird mit Hilfe eines Leintuches, welches über den Galgen gespannt wird und mehreren Polstern ein geschützter Bereich (sog. „Nestchen“) um den Patienten geschaffen, sodass dieser zur Ruhe kommt.

Generell schildern Pflegende, dass es förderlich ist ältere PatientInnen ehe baldigst in das gewohnte Umfeld zu entlassen.

6.1.7 Beobachtung – Beschäftigung - Zeit

PatientInnen mit Demenzverdacht bzw. vorliegender Diagnose bedürfen ständiger Beobachtung, da es einerseits zu Selbst- bzw. Fremdgefährdung kommen kann. Andererseits besteht bei vorhandener Mobilität die ständige Gefahr von Zimmer- bzw. Stationsflüchtigkeit. Zusätzlich bedürfen DemenzpatientInnen ständiger Beschäftigung und fordern dies vehement von Pflegenden ein. Speziell in stressigen Situationen auf der Station (z. B. Aufnahmen, Notfälle) ist eine umfangreiche Beschäftigung mit Demenzerkrankten nicht möglich, sodass es mitunter unbemerkt zur Stationsflüchtigkeit kommen kann.

Ein zusätzliches Problem stellt der erhöhte Zeitaufwand für die Versorgung dieser PatientInnen dar. Zeit die aufgrund mangelnder Einsicht und mangelnder Kooperation bei Pflegehandlungen nötig ist. Mitunter müssen KollegInnen die Aufgaben von Pflegenden mitübernehmen, da diese aufgrund der zeitintensiven Betreuung eines einzigen Demenzpatienten nicht imstande sind das alltägliche Arbeitspensum zu erfüllen.

Zusätzlich erschwerend ist der Umstand, dass der zusätzliche Zeitaufwand bei anfänglichen bis mittelschweren Demenzstufen in der Pflegepersonalregelung (PPR) nicht erfassbar ist. Erst beim Vorliegen höherer Demenzstufen ist eine Erfassung des Zeitfaktors aufgrund der nötigen Hilfe bei der Ernährung bzw. Ausscheidung möglich.

Zitat aus den Interviews:

„Es gibt auch Patienten die durchaus gute Argumente und Meinungen äußern aber dann nach 2, 3, 4, 5, 6 Stunden man dann schon merkt, dass da eine Demenz mitvorliegen kann die sich dadurch dann verstärken kann wenn man mit dem Patienten nicht wirklich umgehen kann. Weil man ihn nicht einschätzen kann, weil der Patient merkt, dass man da nicht auf ihn eingehen kann in die Richtung. Auch vielleicht nicht wirklich mag, vielleicht aus Zeitgründen und was weiß ich was und dann ist das manchmal so, dass man - also mir ist auch schon passiert, dass ich bei einem Patienten 3, 4 Stunden durchgehend beschäftigt war - ja am Tag nach der Aufnahme weil es einfach nicht mehr ging“

Strategie:

Um eine ständige Beobachtung bei eventuell stationsflüchtigen PatientInnen zu gewährleisten, werden diese von Pflegenden auf dem Stützpunkt mit kleinen Aufgabestellungen (z. B. Servietten falten) beschäftigt. Die Mithilfe beim Schieben des Wagens bei der nächtlichen Pflegerunde wird von den PatientInnen positiv angenommen. Bei intensiver Unruhe wurde das gemeinsame Betrachten eines Musikvideos (Hansi Hinterseer auf Youtube) und gemeinsames kurzes Singen auf dem Stützpunkt als effiziente Maßnahme eingesetzt.

6.2 Ideen und Vorschläge von Pflegenden zur Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation

Im Zuge der Fokusgruppen wurden Pflegende bzgl. eigener Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Betreuungspraxis gefragt. Da diese Frage zusätzlich zu den Hauptfragestellungen der Untersuchung gestellt wurde, ist die folgende Aufzählung als nicht vollständig zu betrachten. Des Weiteren gilt anzumerken, dass die Fragestellung generell sehr positiv von den Pflegenden angenommen wurde und die Mitwirkung an der Optimierung der eigenen Praxis auf großes Interesse stieß. Ein Umstand, welcher möglicherweise für zukünftige Projekte richtungsweisend sein könnte.

Ideen und Anregungen aus der Pflege zur Verbesserung der Versorgungs- und Betreuung Demenzerkrankter im Akutbereich:

- Speziell ausgebildetes Personal (z. B. aus dem Bereich der Altenbetreuung / Heimhilfe) zur Unterstützung bei der Versorgung Demenzerkrankter
- Möglichkeiten zur kognitiven Förderung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung bei DemenzpatientInnen
- Spezifische und kontinuierliche Therapieangebote für Demenzerkrankte auf der Akutstation
- Demenzerkrankte mehrerer Stationen untertags in Gruppen zu sammeln und gemeinsam zu beschäftigen
- Schaffung spezieller Räumlichkeiten mit Beschäftigungsmöglichkeiten bis hin zur Einrichtung spezieller Stationen mit Ausrichtung auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter
- Einbeziehung ehrenamtlicher HelferInnen zur Beschäftigung von DemenzpatientInnen
- Auf dem Spitalsareal eine fiktive Straßenbahnstation (Schild und Wartehäuschen mit Bank) zu errichten, um stationsflüchtige PatientInnen möglicherweise am Verlassen des Krankenhausareals zu hindern
- PatientInnen die Möglichkeit bieten zu können mit Begleitung (z. B. mit ehrenamtlichen HelferInnen) auf dem Spitalsareal spazieren zu gehen

7. Zusammenfassung und Ausblick

Im Rahmen der Pilotstudie gelang es spezifische Problembereiche in der Versorgung und Betreuung Demenzerkrankter im Akutbereich zu identifizieren und zu beschreiben. Diese umfassen einerseits den Bereich der Kommunikation mit Demenzerkrankten bzw. des Erkennens einer vorliegenden Erkrankung. Andererseits stellen der Stationsaufenthalt dieser PatientInnengruppe, spezielle medizinische Problemstellungen, sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten Bereiche mit umfassendem Problempotential dar. In der alltäglichen Pflegepraxis wird das Pflegepersonal im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens bei DemenzpatientInnen vor spezielle Anforderungen gestellt. Pflegende schildern, dass generell ein Krankenhausaufenthalt von älteren Menschen als Ausnahmesituation empfunden wird und eine massive Überforderung der PatientInnen resultieren kann. Liegt zusätzlich eine demenzielle Erkrankung vor, so kann es je nach Erkrankungsstufe zu dramatischen Auswirkungen (z. B. Delir) für die Betroffenen führen. Eine besondere Bedeutung kommt dem umfassenden Aufwand für Beobachtung, Beschäftigung und zusätzlich benötigter Zeit in der Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter zu. Dieser kann als sämtliche Problembereiche übergreifend betrachtet werden. Zusätzlich ist anzumerken, dass notwendige Zeitaufwendungen bei leichten bis mittelschweren Demenzstufen in der aktuellen Pflegepersonalregelung (PPR) nicht erfasst werden können.

Pflegenden gelang es, aufgrund der vorliegenden Problembereiche Lösungsstrategien zu entwickeln bzw. diese in den Pflegealltag zu integrieren. Zusätzlich formulierten Pflegende zahlreiche Ideen und Anregungen mit Optimierungspotential bzgl. der aktuellen Versorgungs- und Betreuungspraxis.

Das Resultat der Pilotstudie kann, aufgrund der Identifizierung und Benennung, sowohl von Problembereichen, als auch von Lösungsansätzen als richtungsweisend bzgl. der Verbesserung der aktuellen Versorgungs- und Betreuungssituation von Demenzerkrankten im Akutkrankenhaus erachtet werden. Es bedarf jedoch weiterer Untersuchungen, um ein tieferes Verständnis für die jeweiligen Problembereiche zu erlangen bzw. adäquate Lösungsansätze in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln. Ebenso verhält es sich mit den eruierten Problemlösungsstrategien aus der Pflegepraxis. Aktuell existieren diese als Einzelinitiativen bzw. sind dem Engagement von speziell betroffenen Pflegeabteilungen zu verdanken. Die systematische Bearbeitung dieser, aus der Pflegepraxis stammenden Strategien, könnte jedoch schon in naher Zukunft entsprechende fachliche Expertise für alle betroffenen Pflegebereiche bereitstellen.

8. Literaturverzeichnis

Angerhausen, D. (2008a). Demenz- eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (6), 460-466.

Atteslander, P. (2006). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (11. neubearbeitete Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.

Cropley, A. (2002). *Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung*. Eschborn: Klotz.

Deuschl, G. & Reichmann, H. (2006). *Gerontoneurologie*. Stuttgart: Thieme.

Falk, J. (2004): *Basiswissen Demenz: Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*. Weinheim: Juventa.

Gasser, T. & Förstl, H. (2006). Demenz und Delir. In G. Deuschl & H. Reichmann (Hrsg.), *Gerontoneurologie* (S. 97- 115). Stuttgart: Thieme.

Gläser, J. & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3. neubearbeitete Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Grillparzer, F. (2010). Demenz: Der Verstand und die Fähigkeit, ihn zu gebrauchen, sind zweierlei Fähigkeiten. In S. Schmidt & M. Döbele (Hrsg.), *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte* (S. 1-14). Berlin & Heidelberg: Springer.

Grond, E. (2005). *Pflege Demenzkranker* (3. neubearbeitete Aufl.). Hannover: Brigitte Kunz.

Haberstroh, J. (2010). Psychiatrische Fachpflege bei Demenz. In S. Amberger & S. Roll (Hrsg.), *Psychiatriepflege und Psychotherapie* (S. 461-463). Stuttgart: Georg Thieme.

Halek, M. & Bartholomeyczik, S. (2006). *Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Hannover: Schlütersche.

Kastner, U. & Löbach, R. (2007). *Handbuch Demenz*. München: Elsevier.

Kirchen-Peters, S. (2005). *Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes "Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst"* (Institut für Sozialforschung und

Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (ISO), Hrsg.). Saarbrücken. Verfügbar unter: http://www.iso-institut.de/download/Kaufbeurenbericht_2005.pdf [12.11.2012].

Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (9. neubearbeitete Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. neubearbeitete Aufl.). Weinheim&Basel: Beltz.

Pace, V., Treloar, A. & Scott, S. (2011). *Dementia: from advanced disease to bereavement*. New York: Oxford University Press.

Pinkert, C. & Holle, B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus: Literaturübersicht zur Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45 (8), 728-724.

Schlegl, J. (2005). Neuropathologie der Demenzen. In C. Wallech & H. Förstl (Hrsg.), *Demenzen* (S. 43-58). (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.

Schmidt, S. & Döbele, M. (Hrsg.). (2010). *Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte*. Berlin&Heidelberg: Springer.

Wallech, C. & Förstl, H. (2012). *Demenzen* (2. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.

Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Zottl, J. (2013). *Pflege dementer Personen im Akutkrankenhaus: Eine systematische Literaturanalyse*. Wien: Universität Wien (unveröffentlichte Diplomarbeit).

Online-Dokumente

Kirchen-Peters, S. (2012). Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Praesentation_Kirchen-Peters.pdf [05.12.2012].

Statistik Austria (2012). *Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen*. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/031384.html [05.01.2013].

Statistik Austria (2011). *Spitalsentlassungen 2010 aus Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und Standort der Krankenanstalten: Österreich und Bundesländer.* Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html [05.01.2013].

Statistik Austria (2009). *Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit 2006/2007.* Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/022227.html [05.01.2013].

WHO (2010): ICD – 10 Version: 2010. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F00> [02.11.2012].

9. Anhang - Fokusgruppenübersicht

| Fokusgruppe | Teilnehmerzahl / Geschlecht / Abteilungen |
|--|--|
| <p>1. SMZ-Süd 14.11.2012 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege SMZ-Süd /SR 2 Audiodauer: <u>48:11</u></p> | <p>6/6w <i>Rheumatologie/ Osteologie/Interne Kardiologie/Infektiologie/Chirurgie Onkologie/Hämatologie</i></p> |
| <p>2. AKH 15.11.2012 Ebene 14/ 14J Audiodauer: <u>43:32</u></p> | <p>9/8w 1m <i>Angiologie (2) /Pulmologie (1) /Kardiologie (6) - 19J (2)/19H (2)/19I (2)</i></p> |
| <p>3. KHR (Hietzing) 21.11.2012 Direktion/Sitzungs-zimmer Audiodauer: <u>48:58</u></p> | <p>9/7w 2m <i>Chirurg.(1)/ Neuro (3)/Interne (3)/Lunge (1)/Derma(1)</i></p> |
| <p>4. SMZ-Süd 29.11.2012 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege SMZ-Süd /SR 2 Audiodauer: <u>49:40</u></p> | <p>6/6w <i>Rheumatologie/ Osteologie/Interne Kardiologie/Infektiologie/Chirurgie Onkologie/Hämatologie</i></p> |
| <p>5. Wilhelminenspital 12.12.2012 Audiodauer: <u>41:29</u></p> | <p>3/3w 4.Med. (alle)</p> |
| <p>6. Wilhelminenspital 12.12.2012 Audiodauer: <u>54:21</u></p> | <p>5/4w 1 m 5.Med. (alle)</p> |
| <p>7. Wilhelminenspital 12.12.2012 Audiodauer: <u>41:57</u></p> | <p>5/4w 1m <i>Unfallchirg. (alle)</i></p> |
| <p>8. KHR (Hietzing) 13.12.2012 Pav. IV Audiodauer: <u>46:07</u></p> | <p>8/7w 1m <i>1.Med/3.Med/2.Med/Derma/Neuro/Lunge/2.Chirg. /1.Neuro</i></p> |
| <p>9. SMZ-Süd 16.01.2013 Schule für Gesundheits- und Krankenpflege SMZ-Süd /SR 2 Audiodauer: <u>43:24</u></p> | <p>6/6w <i>Alle Akutgeriatrie / WSP(2)/KH Hietzing(2)/SMZ-Süd(2)</i></p> |