

MALTESER-KRANKENHAUS ST. FRANZISKUS HOSPITAL FLENSBURG

Einrichtung einer „Special Care Unit“ für Patienten mit einer akutstationär behandlungsbedürftigen Erkrankung und der Nebendiagnose Demenz

Zusammenfassung

Die Versorgung akutstationär behandlungsbedürftiger Patienten mit der Nebendiagnose Demenz stellt unter den gegebenen Bedingungen eines Akutkrankenhauses eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten dar, für Personal, Angehörige und v. a. die Patienten selbst. Verweildauer, Therapieerfolg und poststationäre Prognose hängen entscheidend davon ab, in wieweit es gelingt, auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe einzugehen. Nationale wie internationale Erfahrungen zeigen, dass vor allem Patienten mit einer beginnenden bis mittleren Demenz von einer geschützten Versorgungseinheit (Special Care Unit) entscheidend profitieren. Die Malteser in Flensburg wollen deshalb im St. Franziskus Hospital eine solche Einheit einrichten, die die medizinisch-therapeutischen Maßnahmen durch strukturierende, milieuthérapeutische und soziale Angebote ergänzt und unterstützt.

Ziel ist die Optimierung der Versorgungsqualität dieses Patientenkollektivs, die Vermeidung von Komplikationen wie Delir, etc. und eine stationäre Verweildauer, die möglichst der von Patienten ohne Begleitdiagnose Demenz entspricht. Angesichts der langjährigen Expertise bezüglich der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des höheren Lebensalters, der multiprofessionellen, interdisziplinären Gesamtausrichtung des geriatrischen Teams sowie der ganzheitlichen Grundkonzeption wird die Einrichtung dieses speziellen Versorgungsangebotes innerhalb der geriatrischen Fachklinik angestrebt.

1. Allgemeine Ausgangssituation

Die Zahl älterer Patienten, die neben einer akuten Erkrankung, die eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich macht, auch eine dementielle Symptomatik aufweisen, nimmt stetig zu. Bereits im Jahre 2020 wird im Krankenhaus jeder fünfte Patient 80 Jahre und älter sein. Die Prävalenz dementieller Erkrankungen bei Hochaltrigen liegt bereits heute bei über 30 % und wird angesichts des starken Zuwachses dieser Bevölkerungsgruppe – bis 2050 Zunahme der über 80-Jährigen um 180 % - weiter steigen. Es muss von einer ähnlich hohen Komorbidität zwischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. Schlaganfall), Tumorerkrankungen, unfallchirurgischen Erkrankungen (z.B. Schenkelhalsfraktur) und dementiellen Erkrankungen ausgegangen werden. Schleswig-Holstein steht in der Länderstatistik hinsichtlich des Zuwachses der Krankenhaushäufigkeit bei älteren Patienten an dritter Stelle. Dies stellt die Krankenhäuser vor neue, bislang nicht bekannte Herausforderungen.

Für viele kognitiv eingeschränkte Patienten gleicht der Krankenhausaufenthalt einer Krisensituation, die nicht selten zu einer Verschlimmerung der Demenz-Symptomatik bis hin zum Delir führt. In anderen Fällen wird eine bislang kaschierte, kompensierte Symptomatik durch den Krankenhausaufenthalt erst wahrnehmbar. Der aktuelle Klinikalltag mit seinen beschleunigten Abläufen, hoher

Geräuschkulisse, wechselnden Ansprechpartnern, etc. ist hierauf bislang kaum vorbereitet. Das hat entsprechende Konsequenzen für Patienten, Personal wie auch für die versorgenden Krankenhausstrukturen.

Dementielle Erkrankungen sind im Wesentlichen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Die Diagnostik und Behandlung dementieller Erkrankungen stellt daher ein zentrales Anliegen v. a. in der geriatrischen Behandlung dar. Während die Einrichtungen der Altenhilfe bereits über vielfältige Erfahrungen und spezielle Versorgungskonzepte für diese ständig wachsende Bevölkerungsgruppe verfügen, existieren in Allgemeinkrankenhäusern abgesehen von wenigen Modellprojekten keine speziellen Versorgungsansätze.

Zu den Modellansätzen gehören u.a.

1. Eigene segregierte Versorgungsbereiche für Menschen mit einer Demenzdiagnose (Special Care Units) mit speziell geschulten Mitarbeitern, einem eigenen strukturierenden Zeit- und Personalmanagement und räumlichen Rahmenbedingungen, die die Orientierung erleichtern, gelegentlich ergänzt durch ein Rooming-in-Angebot. (Von dieser speziellen Station profitieren v.a. Patienten, die mindestens rollstuhlfähig bzw. mobilisierbar sind. Die Behandlungsergebnisse anderer Spezialstationen lassen eine Verbesserung der Mobilität verbunden mit einer Reduktion der Verlegungs-, Komplikations- und Institutionalierungsquote erwarten)
2. Integrative Geriatrie: Besondere Versorgung und Begleitung von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz im geriatrischen Setting unter Hinzuziehung von Alltagsbegleitern und mit einem angepassten Zeit- und Raummanagement auf einer geriatrischen Station
3. Tagesstrukturierende Angebote innerhalb des Krankenhauses im Sinne einer „internen Tagespflegeeinrichtung“
4. Seniorenbegleiter bzw. Casemanager, die die Patienten, die über das gesamte Haus verteilt sind, gezielt durch die diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen begleiten und durch hohe personelle Kontinuität die Komplikationsquote senken
5. Gerontopsychiatrischer Liaisondienst
6. „Schnelle Einsatztruppe“/ „Task force“, punktueller Einsatz gerontopsychiatrisch Zusatzqualifizierter MA, die zeitlich befristet in Krisensituationen unterstützen

Allen Ansätzen gemeinsam ist, dass die Mitarbeiter speziell für ihre Aufgabe qualifiziert werden, etablierte Verfahren wie Reminiszenz- und Biographiearbeit das therapeutische Handwerkszeug ergänzen und die Angehörigen einbezogen werden.

2. Malteser und Demenz

Die Sorge um den dementiell erkrankten Menschen und seine Angehörigen stellt ein zentrales Anliegen des Malteser Verbundes dar. In den Malteser Altenhilfeeinrichtungen ist die Demenz bereits seit 2002 ein strategisches Schwerpunktthema. 2011 haben die Malteser in ihrer Strategieentwicklung die dementiellen Erkrankungen als wichtiges Querschnittsthema definiert und sich

zum Ziel gesetzt, alle hauptamtlichen Mitarbeiter und mindestens 80 % der ehrenamtlichen Helfer, die Kontakt zu Menschen mit einer Demenzdiagnose haben, zu qualifizieren. Langfristiges Ziel ist es darüber hinaus, einen Bewusstseinswandel in der Gesellschaft zu bewirken und zu einer neuen Form der Begegnung mit dementiell erkrankten Menschen zu finden.

Seit 2002 bestehen enge Kontakte zur schwedischen Stiftung „Silviahemmet“, die einen würdevollen, personenzentrierten Umgang mit dementiell Erkrankten und die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen zum Ziel hat. Die Stiftung stützt sich in ihrem Versorgungsansatz (person centered care) auf die Palliative Care Philosophie. Das Motto „Der Kranke lehrt die Anderen“, verdeutlicht den Arbeitsansatz der Stiftung. Die Karolinska Universität Stockholm, mit der die Stiftung eng zusammen arbeitet, hat diesen Ansatz bereits Ende der 90er Jahre evaluiert .

2009 ist die Silviahemmet Philosophie erstmals im Kontext eines Akutkrankenhauses mit der Einrichtung einer eigenen Station für Menschen mit der Zusatzdiagnose Demenz (Special Care Unit), der Station Silvia am Malteser Krankenhaus St. Hildegardis in Köln, umgesetzt worden. Eine erste Evaluation der bisherigen Behandlungsergebnisse zeigt deutlich positive Effekte: weniger Unruhe und Aggressivität, geringerer Einsatz von Neuroleptika und Sedativa, verringerte Sturzrate, geringe Weglauftendenz, Vermeidung des Drehtüreffektes, hohe Zufriedenheit der Patienten und hohe Zufriedenheit seitens der Angehörigen.

Mit der Errichtung einer vergleichbaren segregierten Spezialstation für dementiell erkrankte, stationär behandlungsbedürftige Patienten als Ergänzung zum langjährig bestehenden erfolgreichen abgestuften geriatrischen Versorgungskonzept will nun das St. Franziskus-Hospital die bestehende regionale Versorgungslücke im nördlichen Schleswig-Holstein (analog zu den stationären Versorgungsangeboten in Neumünster und Eutin) also im Bereich der Stadt Flensburg sowie des Kreises Schleswig-Flensburg schließen.

Dafür bedarf es der räumlichen Ergänzung der bestehenden Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation um einen Erweiterungsbau mit 10 Betten - Verlängerung des bestehenden Baukörpers -, der direkt an eine bestehende geriatrische Station (G2) anschließt, der Schulung und Sensibilisierung aller Krankenhausmitarbeiter für die speziellen Bedürfnisse dementiell erkrankter Menschen und der Implementierung eines hausinternen Beratungssystems.

3. Zielsetzung

Das neu zu schaffende Versorgungsangebot schließt eine bestehende Versorgungslücke in der Region Nord-Schleswig-Holstein bezüglich der akutstationären Behandlung von Patienten mit dementieller Symptomatik. Die existierenden Angebote in Neumünster und Eutin liegen für dieses spezielle Patientengut in der Regel zu weit entfernt, wenn man z.B. an die Einbeziehung von Angehörigen, Pflegepersonal in den jeweiligen Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe, Umfeld, etc. in die Therapie und poststationäre Weiterversorgung denkt.

Durch die Ansiedlung des Angebotes in einer bestehenden Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation mit langjähriger Expertise auf dem Gebiet der Altersheilkunde wird ein umfassendes neues Konzept für die Betreuung älterer dementiell betroffener Krankenhauspatienten geschaffen, das einerseits die Versorgung verbessert und andererseits einen Beitrag zur Senkung der Gesamtbehandlungskosten leistet (Verweildauer, Komplikationen, Vermeidung von Institutionalisationen, etc.).

Die Behandlungsabläufe und –strukturen werden stärker nach den Bedürfnissen dementiell betroffener Patienten ausgerichtet, die Sensibilität für dementiell betroffene Patienten im gesamten Krankenhaus dadurch erhöht. Die Zufriedenheit betroffener Patienten, ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeiter steigt. Darüber hinaus ist dieser Versorgungsansatz Modell für einen veränderten Umgang mit dementiell erkrankten Patienten, der ins gesamte Krankenhaus ausstrahlt.

Indikatoren für eine verbesserte, den Bedürfnissen der Demenzpatienten angepasste Versorgung sind ein deutlicher Rückgang von Verhaltensstörungen, ein reduzierter Verbrauch von Psychopharmaka, eine Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit, eine Besserung nicht-kognitiver Symptomen und eine Steigerung der Lebensqualität.

4. Special Care Unit

- Voraussetzungen

Die Umsetzung der Konzeption macht die Schaffung **eines segregierten Stationsbereiches** erforderlich, der abgeschirmt vom Klinikbetrieb die Realisierung der Silviahemmet Philosophie ermöglicht. Neben einer palliativen Pflegephilosophie, die auf den Säulen Symptomkontrolle, Teamarbeit, Unterstützung der Angehörigen und Kommunikation/ Beziehungsarbeit fußt, erfolgt die Behandlung in einem mobilisierenden geriatrisch-frührehabilitativen Setting.

Die Konzeption sieht im Wesentlichen **dezentrale, stationsbezogene therapeutische Angebote** vor; Patiententransporte sowie ärztlich-medizinische diagnostische Maßnahmen werden auf ein Minimum reduziert. Die Gesamtkonzeption realisiert einen ganzheitlichen, biographischen Versorgungsansatz unter enger Einbindung der Angehörigen.

Die **Auswahl der Mitarbeiter** erfolgt auf freiwilliger Basis, eine hohe personelle Präsenz sowie Kontinuität sind Prämissen der erfolgreichen Umsetzung. Das **Kernteam** verfügt über eine **Silviahemmet Trainer** Ausbildung und fungiert als Multiplikator der Silviahemmet Philosophie. Die Umsetzung des Projektes wird von umfassenden Qualifikations- und Fortbildungsmaßnahmen des Kernteams, des erweiterten Stationsteams sowie des gesamten geriatrischen Teams begleitet.

- **Kennzeichen der Special Care Unit nach Silviahemmet / Segregierter Stationsbereich**

Allgemeine Rahmbedingungen:

- Abgestuftes kognitives Screening bei stationärer Aufnahme (AMT 4/ AMT8, etc.)
- Einbettung in multimodale geriatrische Komplexbehandlung
- Strukturiertes Überleitungs- bzw. Entlassungsmanagement
- Erweitertes Assessment (Schmerz, Sturz, Ernährung)
- Einsatz eines 24h Management

Personalkonzept:

- Interdisziplinäres, im Silviahemmet-Konzept speziell geschultes geriatrisches Team (Freiwilligkeit!)
- Pflegeschlüssel: 1:2
- Kernteam: Silviahemmet Trainer
- Alltagsbegleiter (3 auf 8 bis 10 Patienten) und geschulte ehrenamtliche Helfer
- Überlappendes Arbeiten der Alltagsbegleiter (bis 19 Uhr) auch an Wochenenden
- Ggfs. nächtliche Rufbereitschaft für Alltagsbegleiter
- Hohe personelle Behandlungs- und Versorgungskontinuität

Pflegekonzept:

- Bedürfnis- sowie personenorientiertes, validierendes Pflegekonzept (person centered care)

Strukturierungsmaßnahmen zur Unterstützung der Orientierung:

- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten unter therapeutischer Anleitung
- Wechsel von aktiven und Ruhephasen inkl. Mittagsschlaf/ Mittagsruhe
- Flexibler „Stundenplan“ je nach emotionaler Stimmungslage
- Dezentrale, stationsbezogene therapeutische Angebote

Raumkonzept:

- 10 Betten in 3 DZ sowie 4 EZ
- Spezifisches Orientierung gebendes Farbkonzept
- Eigener Aufenthalts- und Therapieraum
- Küche mit Essbereich und Wohnzimmer
- Optische Barrieren und Einsatz von Sensoren
- Spezielles Lichtkonzept (hell, schattenfrei, etc.)
- Angepasste Möblierung (Stühle mit Armlehne, Bett mit Blickrichtung zur Tür, etc.)
- Geschützter Außenbereich
- Rooming-in
- Deutliche Beschriftung/ Kennzeichnung

Weitere Angebote:

- Regelmäßige Angehörigenberatungen- und Schulungen
- Angehörigensprechstunden

- Aufnahmekriterien

Aufnahmekriterium ist das Vorliegen einer oder mehrerer somatischer Akuterkrankungen, die stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen, bei gleichzeitigem Vorliegen einer dementiellen Erkrankung. Die dementielle Erkrankung sollte einen umfassenden Unterstützungsbedarf bei der Tagesstrukturierung erforderlich machen. Bezüglich der Mobilität sollte mindestens Rollstuhlmobilität gegeben sein. Nicht geeignete Patienten sind Betroffene mit erhöhter Selbst- und Fremdgefährdung sowie nicht kontrollierbarer Aggressivität. Die Patientenaufnahme erfolgt sowohl durch interne Verlegung als auch durch Direkteinweisung nach festgelegten Kriterien, im Vorfeld sollte möglichst eine konsiliarische Begutachtung bzw. ein **Screening bei stationärer Aufnahme** erfolgen.

Aufnahmekriterien

- Akutpatient (Akuterkrankung, die eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus veranlasst)
- Leichte oder mittelschwere Demenz als Begleiterkrankung, seltener Hauptdiagnose Demenz
- Mindestens Rollstuhlmobilität
- Voraussichtliches Ansprechen auf tagesstrukturierende, milieugestützte therapeutische Maßnahmen
- Ausschlusskriterien sind akuter isolationsbedürftiger Infekt, schweres Delir und andere Umstände, die eine länger als drei Tage bestehende Immobilität zur Folge haben
- Sehr hoher internistischer Überwachungsbedarf

- Leistungsspektrum

Die Patientenversorgung erfolgt in einem speziell geschaffenen segregierten ruhigen und geschützten Stationsbereich mit Orientierungshilfen und weichen Sicherungssystemen. Die Behandlung ist individuell ausgerichtet und basiert auf einem **bedürfnis- sowie personenorientierten, validierenden Pflegekonzept (person centered care)**.

Vertraute Gegenstände der Patienten werden in die Behandlung einbezogen. Das therapeutische Angebot ist dezentral organisiert und umfasst ergänzende **tagesstrukturierende Maßnahmen durch Alltagsbegleiter**.

Tages- und Wohnstruktur

- Angepasste Zeiten/ Routinen (z.B. Mahlzeiten, Visiten, Diagnostik,

Therapien, Mittagsschlaf).

- Alle an der Versorgung Beteiligten suchen die Patienten in festen Zeitfenstern auf.
- Die Patienten verlassen die Station nur zu speziellen Untersuchungen wie z.B. Röntgendiagnostik oder zu notwendigen operativen Eingriffen.
- Möglichst gemeinsames Einnehmen der Mahlzeiten im Esszimmer (Frühstücksgruppe); diese richten sich in Zeit und Zusammenstellung nach den Bedürfnissen dementiell erkrankter Menschen.
- Mindestens ein bis zwei Einzeltherapien täglich je Patient.
- Täglich Gruppentherapie; strukturierter Nachmittag mit Aktivität (Gymnastik, ADL-Training, Musik, Spiele, Vorlesen etc.).
- Möglichst täglich Freiluftaktivitäten bzw. Gartentherapie.
- Spätmahlzeit bzw. Nachtcafé.

Auf komplexe apparativ-technische diagnostische Maßnahmen, die über die Abklärung der zur stationären Behandlung führenden Diagnose hinausgehen, wird weitestgehend bewusst verzichtet.

Bereits bei der stationären Aufnahme wird das **Überleitungs- bzw. Entlassungsmanagement** mit in den Blick genommen, um einen möglichst störungsfreien Übergang in die ursprüngliche Lebensform mit den notwendigen Hilfesystemen zu ermöglichen bzw. ggfs. mit den Angehörigen eine neue Lebens- und Wohnform in den Blick zu nehmen.

Die betriebswirtschaftliche Abbildung des Leistungsgeschehens erfolgt in Form geriatrischer DRGs basierend auf der multimodalen, geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung.

- **Raumkonzept**

Das Raumkonzept ist durch die Silviahemmet Philosophie geprägt und folgt einem milieu- und farbtherapeutischen Ansatz. Die Station befindet sich in einem ruhigen segregierten Bereich, der unmittelbar an die bestehende Station G2 anschließt. Dies ermöglicht einerseits eine Patientenversorgung in einem ruhigen separaten Bereich und andererseits im Bedarfsfall raschen Zugriff auf sämtliche diagnostischen und therapeutischen Optionen der bestehenden Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation bzw. des Schwerpunktkrankenhauses unter funktional guten Bedingungen. Zudem sind durch diese Anbindung personelle Substitutionslösungen in den unterschiedlichen Berufsgruppen jederzeit darstellbar.

Räumliche Struktur

- Räumliche Trennung von allgemeiner Geriatrie
- Geschützte Lage der Station (Flurende)
- Farbkonzept
- Wohn-/Esszimmer als zentraler Aufenthaltsbereich für die Patienten
- Küchenzeile
- Rooming-in
- Ein und -Zweibett-Patientenzimmer, barrierefrei, hell, Orientierung gebend, für zehn Patienten

Auf freiheitsentziehende Maßnahmen wird bewusst verzichtet, eine Sicherung erfolgt über **optische Barrieren** wie Kaschierung von Türen sowie den **Einsatz von Sensoren** bei starker psychomotorischer Unruhe.

Die Station verfügt über ein **spezifisches Farbkonzept** als optische Orientierungshilfe (z.B. farbige Lichtschalter) und über ein spezielles Lichtsystem. Neben einer ausreichenden Tageslichtexposition wird auf eine gute Lichtausbeute durch Deckenaufbauleuchten sowie indirekte Beleuchtung durch abgehängte Leuchten im Bereich der Flure geachtet, die eine gleichmäßige Ausleuchtung sichern und verwirrende Schattenbildungen vermeiden.

Die Ausstattung und Gestaltung der Station erfolgt angepasst an den sozialen und kulturellen Hintergrund der Betroffenen (**Milieugestaltung**), die Innenausstattung stellt einen gelungenen Kompromiss aus Krankenhaus - und Privatwohnungsatmosphäre dar.

Die Station hat insgesamt **10 Betten in 3 DZ sowie 4 EZ**. Neben einer demenzgerecht gestalteten **Küche mit Essbereich** fungiert ein zentraler Kommunikationsbereich als „**Wohnzimmer**“ und Stationsmittelpunkt, des weiteren steht ein Raum als dezentraler Therapieraum zur Verfügung.

Rooming-in wird als bedarfsorientiertes Angebot im Einzelfall angeboten, um insbesondere zu Beginn der stationären Behandlung die Integration der Betroffenen zu erleichtern.

- **Personalkonzept**

Die Personalkonzeption entspricht den Erfordernissen einer geriatrisch-frührehabilitativen Einrichtung. Das **speziell geschulte interdisziplinäre geriatrische Team** besteht aus Mitgliedern aller Professionen: ärztlicher Dienst, aktivierend-rehabilitative Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst und Seelsorge. Das Team wird durch Alltagsbegleiter ergänzt, die maßgeblichen Anteil an einer speziellen verstärkten Tagesstrukturierung im Bereich der Station haben.

Personalstruktur

- Personelle Anbindung an allgemeine Geriatrie
- Neben Ärztlichem Dienst, Pflege und Therapeuten auch Alltagsbegleiter (drei Alltagsbegleiter auf acht bis zehn Patienten)
- Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie, Neuropsychologie, Psychotherapie, ggfs. neurologischer/ gerontopsychiatrischer Konsiliardienst

Alle Teammitglieder verfügen über Erfahrungen im Umgang mit demenziell Betroffenen, sind systematisch im Silviahemmet-Konzept geschult und mit der

Technik der Validation vertraut. Das Kernteam verfügt über eine Silviahemmet Trainer Ausbildung.

Neben einer zentralen Ausrichtung nach dem Silviahemmet-Konzept erfolgt die Behandlung der Patienten nach einem geriatrisch rehabilitativ-mobilisierenden Ansatz.

Die Auswahl der Mitarbeiter erfolgt auf freiwilliger Basis. Es erfolgt eine permanente demenzbezogene Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, unterstützt durch externe Weiterbildungsmaßnahmen und Hospitationen. Der Stationsbetrieb wird durch regelmäßige stattfindende Supervisionen unterstützt. Es wird zur Sicherstellung einer **hohen personellen Behandlungskontinuität** auf Personalwechsel möglichst verzichtet. Das Personalkonzept wird regelmäßig evaluiert und den aktuellen Erfordernissen angepasst.

Die therapeutischen Angebote erfolgen dezentral und stationsgebunden verbunden mit einer prioritären Zuordnung der Mitarbeiter bei hoher personeller Kontinuität sowohl in Einzel- als auch Gruppenform. Die Alltagsbegleiter tragen durch eine bedürfnisorientierte, empathische Beschäftigung mit den Patienten zu einer verstärkten Tagesstrukturierung des Stationsalltags bei und vermitteln Vertrautheit. Sie unterstützen gleichzeitig das Pflegepersonal, z.B. bei den Mahlzeiten. Es werden besondere therapeutische Angebote wie z.B. Musik- und Maltherapie angeboten, die auch bei fortgeschrittenem Krankheitsbild noch kommunikative Interaktionsmöglichkeiten bieten.

- Supportive, komplementäre Leistungen

Die **gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten** erfolgt im zentralen „Wohnbereich“, die Kost ist bedarfsgerecht und kalorienoptimiert. Individuelle Wünsche und Bedürfnisse werden berücksichtigt („eat by walking“, „fingerfood“). In Abstimmung mit der Küche und dem therapeutischen Bereich wird ein Kochgruppenangebot im Kontext einer verstärkten Biographiearbeit angeboten.

Das stationäre Leistungsangebot wird durch einen **geschützten Außenbereich** ergänzt, der einerseits der Unterstützung einer jahreszeitlich strukturierten Biographiearbeit dient (z.B. Gartenarbeiten, Pflanzen) und andererseits eine Aktivierung sämtlicher Sinnesmodalitäten ermöglicht. Er dient ferner der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten sowie der Erleichterung der räumlichen und zeitlichen Orientierung.

Neben den Alltagsbegleitern werden auch **ehrenamtliche Begleiter** in die Tagesstrukturierung einbezogen. Diese ehrenamtlichen Demenzbegleiter sind im Vorfeld auf die Aufgabe vorbereitet worden und fachlich fortgebildet.

Das stationäre Angebot dient ferner als Basis für eine verstärkte Einbeziehung der Bezugspersonen im Rahmen der Angehörigenarbeit, einer der vier Säulen des Silviahemmetkonzeptes. Es erfolgen **regelmäßige Angehörigenberatungen und Schulungen** sowie eine intensive Betreuung der Angehörigen. Hierzu zählen auch Schulungen und Kurse für Betroffene und ihre Bezugspersonen.

Zeitplan/ Errichtung der Station:

1. Schaffen geeigneter Räumlichkeiten
2. Interdisziplinäre Schulung des gesamten Personal
3. Absprachen mit Pflege, Funktionsbereichen (Röntgen, Labor, Hygiene, Küche, etc.)
4. Einstellung und Schulung von Alltagsbegleitern
5. Umstellung der Stationsroutinen
6. Eröffnung

5. Perspektiven

Die spezielle Demenzstation ist Teil eines abgestuften, eng vernetzten Versorgungsangebotes für Akutpatienten mit der Nebendiagnose Demenz und wird durch vielfältige ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote ergänzt. Es besteht eine enge fachliche Kooperation mit den regionalen geronto-/psychiatrischen und neurologischen Leistungserbringern und eine Vernetzung mit den Hausärzten.

Es wird zukünftig bei sämtlichen stationären Neuaufnahmen im Alter ab 65 Jahren ein Screening der kognitiven Situation in der Aufnahmesituation durchgeführt, um über einen Algorithmus eine zeitnahe adäquate Versorgung dementiell Betroffener im stationären Kontext zu ermöglichen. Hier ergeben sich je nach individueller Situation unterschiedliche Versorgungsoptionen: Versorgung unter segregativen Bedingungen auf der Special Care Unit (leichte bis mittelschwere Demenzformen), Versorgung unter psychiatrischen Bedingungen (schwere Demenzformen), Versorgung unter konventionellen geriatrischen Bedingungen (Inklusionsmodell). Als weiterer Zugangsweg besteht die Option einer Direkteinweisung durch den versorgenden Hausarzt.

Diese stationären und teilstationären (geriatrische und psychiatrische Tageskliniken) Angebote werden durch vielfältige ambulante und stationäre pflegerische Versorgungsmöglichkeiten komplettiert. Hier sind u. a. Angebote der Tagespflege, der ambulanten Pflege, der spezialisierten stationären Altenhilfe, spezielle Wohnprojekte für dementiell Betroffene sowie psychiatrische und zukünftig auch geriatrische Institutsambulanzen zu nennen.

Von entscheidender Bedeutung für eine langfristig qualitativ hochwertige Versorgung dementiell Betroffener sowie ein möglichst langes Verbleiben im gewohnten psychosozialen Umfeld ist eine engmaschige Vernetzung aller an der Behandlung beteiligten Akteure sowie insbesondere eine Optimierung der Schnittstellen zwischen den involvierten Bereichen. Hier sollte den Kommunen sowie den Selbsthilfeorganisationen (z.B. regionale Alzheimer-Gesellschaft) eine moderierende Schlüsselrolle unter unterschiedlichen Leistungserbringern zu.

Anhang

Silviahemmet

Geschichte

Seit 1996 gibt es in Schweden auf Initiative von Königin Silvia eine Stiftung (Silviahemmet), die auf dem Gebiet der Betreuung Demenzkranker ein umfassendes Konzept zur Begleitung und Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen entwickelt hat, das durch die Karolinska Universität evaluiert worden ist. Die seit 1996 gewonnenen großen Erfahrungen werden vornehmlich durch Schulungen von Angehörigen, Fachpersonal, Betreuungsteams und verschiedene Kostenträger über Schweden hinaus multipliziert.

Zielgruppen

Angehörige, Fachpersonal in Haupt- und Ehrenamt, Demenzkranke

Philosophie

Die dem Silviahemmet-Konzept zugrunde liegende Philosophie entspringt dem Gedankengut von Palliative Care und definiert die vier Elemente

- Symptomkontrolle
- Teamwork
- Unterstützung der Familie/Angehörigen
- Kommunikation und Beziehungsarbeit

als Ecksteine eines „Palliativen Hauses“, in dem nicht nur sterbende oder finalkranke Tumorpatienten eine entsprechende Betreuung und Begleitung erfahren, sondern auch Demenzkranke.

Dabei geht es in der täglichen Arbeit vor allem um die Aktivierung der bei den Kranken noch vorhandenen Ressourcen, um emotionale Zuwendung, um Symptomkontrolle, und bei den Angehörigen und beim Personal um einen veränderten Blick auf den Kranken und seine Bedürfnisse.

Beim Silviahemmet-Konzept geht es aber auch um eine Veränderung des gesellschaftlichen Klimas und eine Verbesserung der Haltung gegenüber erkrankten Menschen und deren Angehörigen (Respektieren, Wertschätzender Umgang mit den Erkrankten, Erkennen und Nutzen vorhandener Bedürfnisse und Ressourcen seitens der Angehörigen, Entlastungsangebote für Angehörige, etc.).

Zielsetzung

Ausdrückliches Ziel von Silviahemmet ist es, Menschen (Angehörige, Fachpersonal, Entscheidungsträger, Betreuer, etc.) zu befähigen, dass die „lange Reise des Demenzkranken, egal, wo der Zug dann eines Tages anhält“ sicher und ruhig verlaufen kann.

Daher muss es das vordringlichste Ziel von haupt- und ehrenamtlichen Kräften in den verschiedenen Versorgungsstrukturen sein, die Patienten so zu fördern und unterstützen, dass ihnen trotz der schwierigen Situation

- eine möglichst selbst bestimmte Lebensweise möglich ist,
- ihnen Lebensqualität und Lebensperspektive erhalten bleiben und

- sie aus ihrer Isolierung gelöst und ihre existentiellen Bedürfnisse abgedeckt werden.

Versorgungsprinzipien/ Silviahemmet

- Im Mittelpunkt steht die Würde des Erkrankten.
- Der Erkrankte steht stets an erster Stelle.
- Dem Erkrankten wird mit liebevollem Respekt begegnet.
- Der Kranke „lehrt“ die „Anderen“ und ermöglicht ihnen das Krankheitsbild zu verstehen.
- Die Versorgung/ Pflege richtet sich nach den Bedürfnissen des einzelnen Erkrankten, nicht nach den allgemeinen Vorstellungen vom Krankheitsbild Demenz.
- Der den Erkrankten Versorgende/ Betreuende ist persönlicher Begleiter mit verschiedenen Aufgaben/ Funktionen: Beobachter, Schatten, Bewahrer, Organisator und Führer.

In der konkreten Arbeit mit den Demenzkranken in der stationären, teilstationären und ambulanten Altenhilfe bedeutet das:

- Entlastung der Fachkräfte
- Verbesserung der Beziehung Angehörige – Kranke
- Verbesserung der Lebensqualität für Angehörigen durch einen anderen, „lebensperspektivischen“ Umgang mit den Demenzkranken und Stärkung des sozialen Netzes.

Einfluss der Silviahemmet Ausbildung auf die Arbeit/ den Umgang mit den Erkrankten:

- Veränderung des Blickwinkels: *den Kranken hinter der Diagnose sehen und erkennen und Verhalten des Erkrankten als „normal“ einordnen können.*
- Vom Blick auf eine homogene Gruppe älterer Menschen mit Demenz hin zu einem Blick auf das eine unverfälschte Gegenüber: *der Kranke wird als Individuum wahrgenommen*
- Fundiertes Verständnis von Demenz als Erkrankung: *besseres Verständnis für die Reaktionen der Erkrankten und erleichterter Umgang durch das Wissen um die spezifische Diagnose*
- Wissen um die multiplen und die Lebensqualität beeinflussenden Funktionsstörungen
- *Von der Fürsorge hin zu einem Einbezogenwerden in das Leben einer anderen Person*

Ausbildung

Je nach Zielgruppe dauert die Ausbildung wenige Tage bis etliche Monate. Ausgebildet werden Pflegeteams, Familienhelferinnen, Familienbildner, Pflegekräfte, Altenpflegerinnen, Ärzte, etc. Die Ausbildung erfolgt praxisnah (in Schweden in enger

Anbindung an die Tagesklinik Silviahemmet in Drottningholm). Zu ihr gehört auch die Supervision am eigenen Arbeitsplatz.

Unabhängig von der Zielgruppe und der Ausbildungszeit gehören folgende Inhalte zur Ausbildung: Medikation, Ernährung, Inkontinenz, Unterstützung der Familie, Teamwork, Kommunikation und Beziehungsarbeit, taktile Pflege, technische Hilfsmittel (Mittel zur Unterstützung der Tagesstruktur, akustische Signale bei Weglauftendenzen), eine „gute Umgebung“ (Anordnung des Mobiliars, Farbgebung zur besseren Orientierung, etc.), ethische Aspekte und existentielle Fragestellungen (Seelsorge).