

**DEMENZ-SENSITIVE
KRANKENHAUSVERSORGUNG -
VORAUSSETZUNGEN,
RAHMENBEDINGUNGEN UND
ERGEBNISSE**

Prof. Dr. Habil. Martina
Hasseler

DEMENZSENSITIV?

3 Geschichten

- Mutter, die jeden Tag in demselben Sessel sitzt, auch zu unterschiedlichen Zeiten
- Demenzerkrankte Dame, die schwer im Pflegeheim stürzt, aber erst mal keine Hilfe erhält bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes
- Demenzerkrankte Dame, die nicht als pflegebereit charakterisiert wird; im Krankenhaus eine Fraktur des Armes festgestellt wird
- der hochaltrige Herr mit Demenz, der nach chirurgischem Eingriff wegen chronischer Wunde, fixiert wird u. entsprechende Psychopharmaka erhält



Was meinen wir mit „Demenzsensitiv“, wenn nicht einmal die Langzeitpflege „demenzsensitiv“ ist? Können Krankenhäuser aufgrund ihrer Strukturen u. Abläufe demenzsensitiv sein?

EXEMPLARISCHE PROBLEMATIKEN IM KRANKENHAUSALLTAG

- Z.B Featherstone et al. 2019 zeigen in ethnographischer Studie, dass Bedingungen im Krankenhaus (wenig Zeit, straffe Zeitabläufe, von außen oktroyierte Zeitabläufe, Routinen des Krankenhaus, erforderliches effizientes Arbeiten etc.) den Widerstand beim Personal erhöhen, Pat. mit Demenz zu versorgen
- Pflegepersonal in Falle, Bedarfe u. Bedürfnisse von Menschen mit Demenz u. krankenhausingstitutionelle Anforderungen, dessen Routinen, Erwartungen etc. zu erfüllen
- Z.B. Dookhy & Daly 2021: qualitative Befragungen von Pflegepersonal in einem Akutkrankenhaus
- **Als Herausforderung Menschen mit Demenz wurde empfunden:**
 - Umgebung u. Organisation von Krankenhäusern u. Arbeit; Krankenhausumgebung macht Monitoring von Menschen mit Demenz herausfordernd
 - Emotionale Herausforderungen, vor allem, wenn Menschen mit Demenz herausfordernde Verhaltensweisen zeigen

EXEMPLARISCHE PROBLEMATIKEN IM KRANKENHAUSALLTAG

- Timmons et al. (2016) haben nationale Untersuchung zur Demenzversorgung in UK durchgeführt
- Demenzerkrankte Menschen erhielten weniger Assessments im Bereich Funktionsstatus, BMI, Ernährung, psychosoziale Situation, Verhalten u. psychische Situation, mentaler Status/Delirium-Einschätzung, Schmerz
- Wenig Fort- u. Weiterbildung für Pflegefachpersonal u. Ärzten*innen zu Demenz in Krankenhäusern
- Nicht besetzte Stellen im Bereich der Pflegefachberufe in allen Krankenhäusern im unterschiedlichen Ausmaß, aber auffällig
- Hohes Ausmaß fehlender Entlassplanung



- **Annahme:** in D. vermutlich ähnlich – Forschung dringend benötigt

DEMENZ-SENSITIV - DEMENZFREUNDLICH

WIE VERHINDERN WIR, DASS ES NUR ZU
EINEM BUZZWORD/MODEWORT? EINEM
VERKAUFSINSTRUMENT VON KLINIKEN WIRD?

DEMENZFREUNDLICH - 1 BEGRIFFSEINGRENZUNG

“At the patient level, dementia-friendly healthcare is the practice and organisation of care that is aware of the impact dementia has on a person’s ability to engage with services and manage their health. It promotes the inclusion of people living with dementia and their carer in treatments, care decisions and discussions, with the aim of improving outcomes for the patient and carer.” (Handley et al. 2016)

DEMENZSENSITIV - 1

BEGRIFFSEINGRENZUNG

“Eine offizielle Definition von Demenzsensibilität im Krankenhaus gibt es bisher nicht. Oft werden auch anstatt „demenzsensibel“ andere Begriffe synonym verwendet, darunter insbesondere „demenzfreundlich“ oder „demenz-gerecht“. Die Unterschiede zwischen den Begriffen sind dabei eher semantischer Natur. Der Begriff „sensibel“ stammt vom Lateinischen „sensus“ ab, was „empfinden, wahrnehmen“ bedeutet (Wahrig 2002).

Demenzsensibilität setzt damit eine sensorische Empfindsamkeit voraus und soll dazu beitragen, Bedürfnisse und Erwartungen von Menschen mit Demenz wahrzunehmen und diese in die Gestaltung von Versorgungsstrukturen und Abläufen zu integrieren. Die Demenzsensibilität dient dabei als fachliche Grundlage für den

DIE WEISHEIT DES ALTERS

- **Schnell (2010:393ff):**
 - alte Mensch wird als hochaltriger Mensch definiert u. durch Krankheit, Verfall sowie Gesundheitskosten beschrieben
 - Ethik sei jetzt eine Ethik der Heilberufe, da alte Mensch ein Fall für Pflege, Medizin u. Rentenversicherung werde
 - derzeitiger Diskurs über Alter durch Stichworte Hochaltrigkeit, Multimorbidität, Demenz geprägt
 - alte Mensch als Objekt d. Fürsorge
 - alte Mensch droht aus Schutzbereich von Achtung u. Würde ausgeschlossen zu werden
 - statt klassische Ethik – Ethik, die von Gesundheitswesen u. Parametern im Kontext Krankheit u. Gesundheit definiert wird

DIE WEISHEIT DES ALTERS

- **Schnell (2010:395ff) - kritische Hinweise:**
 - Personsein als Dialogbeziehung (Martin Buber: Person in Ich und Du)
 - Person ist jemanden begegnet und als „Du“ angesprochen
 - Personsein als Beziehung
 - „Die Dimension der interpersonalen Begegnung eröffnet der Person des alten und verwirrten Menschen neue Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe.“ (2010:395)
 - auch bei schwerster kognitiver Beeinträchtigung sei eine Ich-Du-Beziehung möglich
 - ein Leben in Beziehungen könne für alte Menschen Lebensqualität u. Schutzbereich d. Ethischen bedeuten, der Sorge u. Fürsorge Platz gebe
 - Person werde nicht mehr über „was“ d. personalen Eigenschaften, sondern über „Wer“-Identität als narrative Identität verstanden
 - Wer ist der Handelnde? Wer hat ausgeführt?... Antwort nur narrativ möglich

RELEVANZ DES THEMAS

Prävalenz in Krankenhäusern
Einweisungsgründe

- **Prävalenz Demenz im Krankenhaus**
 - **Demenzprävalenz:** 18,4%
 - **Delirprävalenz:** 5,1%
- **Heimbewohnende** u. **Pflegebedürftige** gehörten zu Patientengruppen: am häufigsten von Demenz betroffenen
- Pat, die **Heimbewohnende** waren: 67,2 % an Demenz
- **Patienten mit Pflegegrade** zu 43,7 % mit Demenz
- **Fachbereich mit der höchsten Demenzprävalenz:** Innere Medizin mit 21,3 %, gefolgt von Unfallchirurgie mit 19,7 %.
- deutlich geringere Anteile in Allgemeinchirurgie u. restliche Disziplinen mit knapp über 12 %

- **Einweisungsgründe (Stiefler et al. 2021)**
 - **Infektionserkrankungen:** Pneumonie, Harnwegsinfektionen
 - **Herz-Kreislaufkrankungen:** Herzinsuffizienz, ischämische Herzerkrankung
 - Gastrointestinale Erkrankungen Vergiftungen
 - Frakturen
 - Bewusstseinsstörungen, psychologische Symptome



Mit Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus

PERSPEKTIVEN GESUNDHEITSBERUFE

STUDIE ZU PERSPEKTIVEN GESUNDHEITSBERUFEN

- Houghton et al. 2016
- Qualitative Übersichtsarbeit
- Einschluss qualitativer Studien zu dieser Fragestellung
- Viele wurden in Australien durchgeführt

HERAUSFORDERUNGEN

- Mehr Menschen mit Demenz in Krankenhäusern, werden in allen Disziplinen aufgenommen, fehlende Pathways, schwierig bedarfsangemessene Versorgung auf Stationen
- Herausforderungen Entlassmanagement
- Freiheitsentziehende Maßnahmen als Herausforderung (medikamentös, physisch), häufig wegen Personalmangel
- Verhalten von Menschen mit Demenz (bspw. aggressives Verhalten) oder nicht in Lage sein, Bedürfnisse zu äußern o. Klingel zu bedienen als Herausforderung

PERSPEKTIVEN GESUNDHEITSBERUFE

STUDIE ZU PERSPEKTIVEN GESUNDHEITSBERUFEN

- Houghton et al.2016
- Qualitative Übersichtsarbeit
- Einschluss qualitativer Studien zu dieser Fragestellung
- Viele wurden in Australien durchgeführt

HERAUSFORDERUNGEN

- Krankenhausumgebung, Räumlichkeiten, Geräusche etc. als problematisch für Menschen mit Demenz; unsichere Umgebung;
- Angemessene psychosoziale Versorgung u. Kommunikation Herausforderung wegen Unsicherheit u. Zeitmangel
- Familienangehörige als relevante Ressource im Krankenhaus

FAZIT DER AUTOREN*INNEN

“It is evident that the acute setting is not the ideal place for a person with dementia. This present synthesis identifies barriers to appropriate care for the person with dementia. These include ineffective pathways of care, unsuitable environments, inadequate resources and staffing levels and lack of emphasis on education and training for staff caring for people with dementia. Ultimately, the culture of the acute setting impacts on the care that is given and there needs to be “sweeping environmental and cultural changes.” (Houghton et al. 2016:113)

Forderungen:

- Organisationsveränderungen (Strukturen, Ethos, Werte für demenzorientierte Versorgung einführen, integrieren)
- „Care Pathways“ für Menschen mit Demenz in Krankenhäusern, multidisziplinäre Herangehensweisen
- Veränderungen im Bereich Räumlichkeiten, Bau
- Qualifikation u. Kompetenzen fördern



Supporting general hospital staff to provide dementia sensitive care: A realist evaluation



Melanie Handley*, Frances Bunn, Claire Goodman

Centre for Research in Public Health and Community Care, University of Hertfordshire, College Lane, Hatfield, Hertfordshire, AL10 9AB, United Kingdom

ARTICLE INFO

Keywords:
Case study
Dementia
Inpatient
Nursing
Person-centred care
Qualitative research
Service delivery

ABSTRACT

Background: There are an increasing number of interventions to improve hospital care for patients with dementia. Evidence for their impact on staff actions and patient outcomes is, however, limited and context dependent.

Objective: To explain the factors that support hospital staff to provide dementia sensitive care and with what outcomes for patients with dementia.

Design: A realist evaluation using a two-site case study approach.

Setting: Two hospital trusts in the East of England. Site 1 had a ward for patients with dementia that would address their medical and mental health needs. Site 2 used a team of healthcare assistants, who had support from dementia specialist nurses, to work with patients with dementia across the hospital.

Participants: Hospital staff who had a responsibility for inpatients with dementia (healthcare assistants, nurses, medical staff, allied healthcare professionals and support staff) (n = 36), patients with dementia (n = 28) and family carers of patients with dementia (n = 2).

Methods: A three stage realist evaluation: 1) building the programme theory of what works and when; 2) testing the programme theory through empirical data (80 h non-participant observation, 42 interviews, 28 patient medical notes, 27 neuropsychiatric inventory, and documentary review); 3) synthesis and verification of findings with key stakeholders.

Findings: The programme theory comprised six interconnected context-mechanism-outcome configurations: 1) knowledge and authority to respond to an unmet need; 2) role relevant training and opportunities for reflection; 3) clinical experts and senior staff promoting practices that are patient-focused; 4) engaging with opportunities to spend time with patients; 5) risk management as an opportunity for person-centred care; 6) valuing dementia care as skilled work. Effective interactions reduced patient distress and supported patient orientation. Training and allocation of staff time were of themselves insufficient to ensure dementia care was prioritised and valued as skilled work. Staff concerns about the consequences of adverse incidents and work pressures on the ward, even with support, took precedence and influenced the quality of their interactions with patients with dementia. A key finding linked to staff retention and developing capacity in the workforce to provide expert dementia care was that despite extra training and organisational endorsement, nursing staff did not regard dementia care as skilled nursing work.

Conclusions: There is increased awareness and organisational commitment to dementia-friendly healthcare in general hospitals. However, in addition to training and adapting the environment to the patient, further work is needed to make explicit the specialist skills required for effective dementia care.

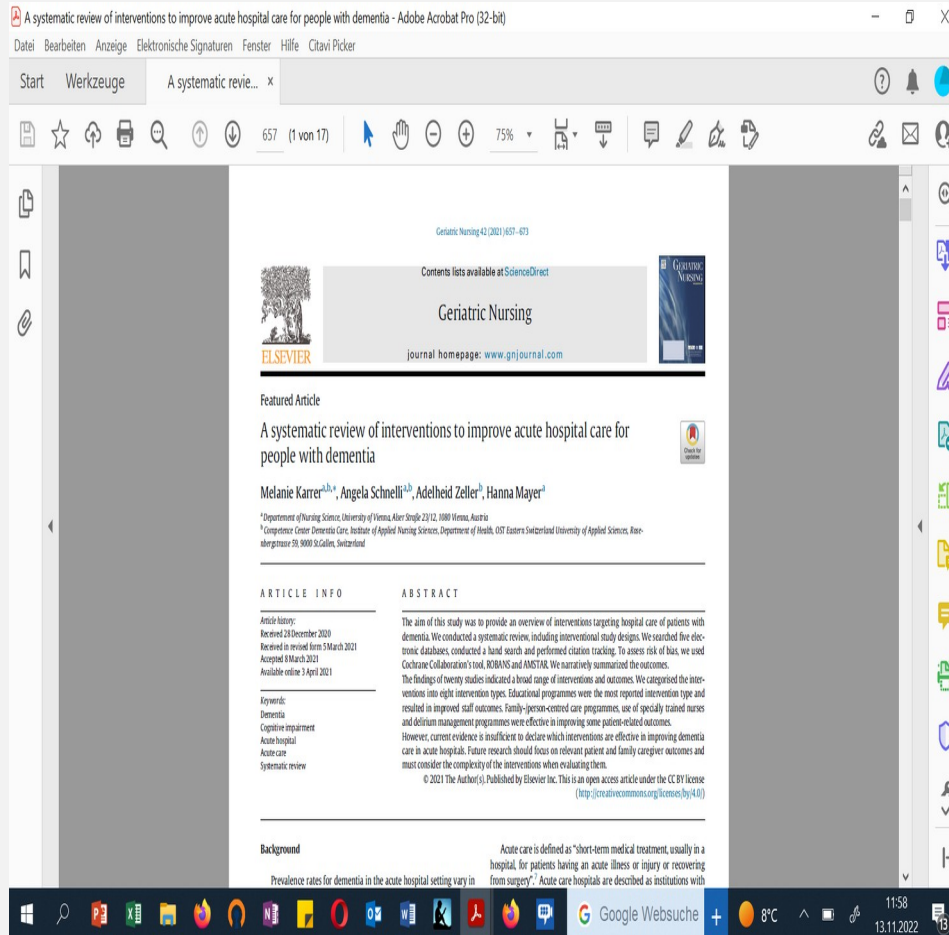
© 2019 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

AUTOREN*INNEN SCHLUSSFOLGERN:

“Dementia care needs to be recognised as core work by senior ward staff and organisational management and be rewarded in line with clinical work. Staff concerns around how dementia care work contributes to the collective work on the ward need to be addressed at the practitioner/patient and leadership levels of care delivery. One way forward could be to align staff development in dementia care and its values with organisational priorities.” (Handley et al. 2019:70)

ERGEBNISSE ZUSAMMENGEFASST:



- Ergebnisse in Kategorien von Maßnahmen u. Interventionen eingeteilt
- A) Qualifikationsmaßnahmen
- B) Delirium-Management
- C) Familienzentrierte/personenzentrierte Versorgung
- D) Speziell qualifizierte Pflegefachpersonen u. Freiwillige
- E) Spezielle Stationen
- F) nicht-pharmakologische Interventionen u. Maßnahmen
- G) stationäre Rehabilitation

FAZIT DER AUTOREN*INNEN

„Future research should focus on developing multicomponent interventions, thereby considering various relevant perspectives. Furthermore, research should report relevant patient and family caregiver outcomes. The high complexity of interventions and different influencing factors (e.g. organisational culture) should be taken into account in this field. Moreover, interventions addressing the family or relatives of persons with dementia are needed. Focusing interprofessional collaboration and the entire practice culture is required as well.“

**WHY ARE FAMILY CARERS
OF PEOPLE WITH
DEMENTIA
DISSATISFIED WITH
GENERAL HOSPITAL CARE?
A
QUALITATIVE STUDY
(JURGENS ET AL. 2012)**

BMC Geriatrics 2012, 12:57

- Qualitative Datenerhebung von 35 Familienangehörigen in einem Krankenhaus in England
- **Ergebnisse zusammengefasst:**
 - Enttäuschung über Wissen u. Herangehensweisen von Personal (z.B. Umgangsweise mit agitiertem Verhalten)
 - Kommunikationsprobleme, geringes Bewusstsein für Deliriumentwicklung
 - Krankenhauszuweisung u. Zeit vor Einweisung stressreich (Gedanke: wird Krankenhausaufnahme schädlich sein für Angehörige)
 - Entlassung oft schlecht vorbereitet, durchgeführt
 - Erwartungen nicht erfüllt, z.B. bezogen auf Würde, Privatheit, körperliches Wohlbefinden, Sicherheit gewähren

FAZIT DER AUTOREN*INNEN

“Instead of a simple patient-professional relationship, the experience of confused older people in hospital involves a ‘triad’, also including family carers. Their experience of hospital care is variable, but often negative. These experiences are driven by events, expectations, and perceived poor communication with staff, and are often interpreted in relation to previous contact with health services. Expectations can be unrealistic, but are usually unexplored by staff, and therefore unmet.” (Jurgens et al. 2012:7)



Empfehlung: Familienangehörige u. Demenzerkrankte als Einheit betrachten, Familienangehörigen Sicherheit geben, unterstützen, die Versorgung zu verstehen, an Versorgung beteiligen

**INFORMAL CARERS'
PERSPECTIVES ON THE
DELIVERY OF ACUTE
HOSPITAL CARE FOR
PATIENTS
WITH DEMENTIA: A
SYSTEMATIC REVIEW**

Beardon et al. 2018

BMC Geriatrics (2018) 18:23

- Zweifel an Kompetenzen u. Fertigkeiten sowie Wissen des Personals, erkennen nicht Vulnerabilität der Demenzerkrankten
 - Zweifel an bedarfsangemessener u. medizinischer Versorgung;
 - Zweifel, dass basale körperliche Versorgung angemessen durchgeführt wird
 - Mangelnde Beachtung der Würde u. Beachtung Privatheit u. Respekt
 - Verrichtungsorientierte Versorgung u. Orientierung auf medizinische Versorgung, fehlende personenzentrierte Versorgung
 - Fehlende Kommunikation u. Information an Familienangehörige, Ausschluss von Entscheidungsfindung in Versorgung
- u.w.m.

FAZIT DER AUTOREN*INNEN

„This review has identified three aspects of care that influence carer’s perspectives of the quality of a hospital admission for a person with dementia: well-trained hospital staff, sufficient nursing care and a dignified, personcentred approach. Informal carer experience was also more positive when carers were informed, involved and supported during the hospital admission. We suggest that a focus on these factors could improve the perceived quality of a hospital admission by people with dementia and their informal carers.“ (Beardon et al., 2018:11)

KENNZEICHEN DEMENZFREUNDLICHER/DEMENTZSENSIBLER KRANKENHÄUSER

Kontinuität

Manietta et al.
2022
Integrierte
Übersichtarbeit

34 Publikationen
zu
demenzfreundlichen
Krankenhäusern
integriert

Erfahrung & Wissen zu Demenz

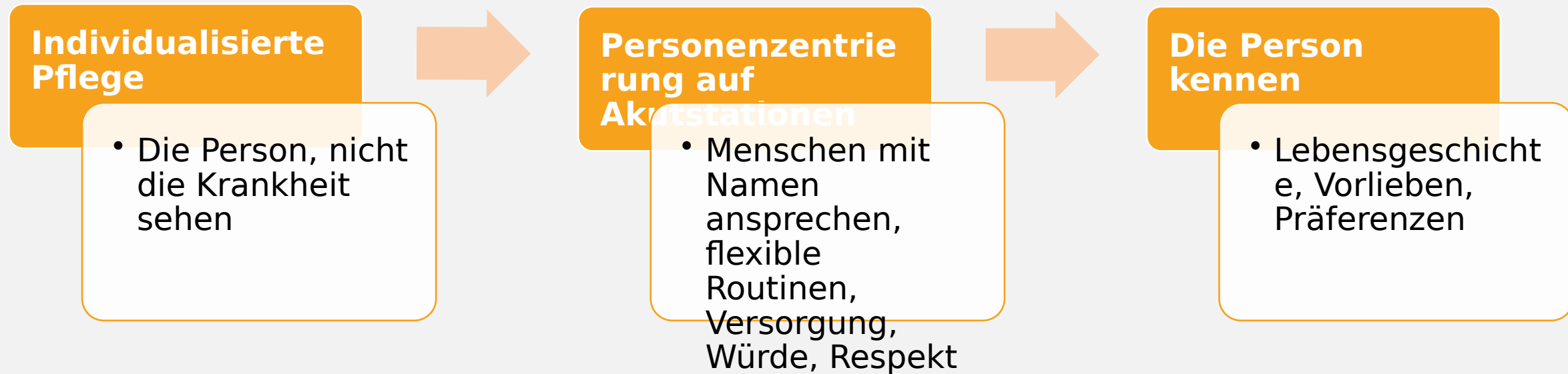
**Rücksichtnahme auf „Phänomen“
Demenz**

Personenzentrierung

Umgebung & Risikoreduktion

Angehörige wertschätzen

PERSONENZENTRIERTE VERSORGUNG AUS PERSPEKTIVE DES PERSONALS



**DEMENTIA-FRIENDLY
INTERVENTIONS TO
IMPROVE THE CARE OF
PEOPLE LIVING WITH
DEMENTIA ADMITTED
TO HOSPITALS: A
REALIST REVIEW**

Handely et al. 2016

BMJ Open

2017;7:e015257. doi:10.1136/

[bmjopen-2016-015257](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015257)

- 1. Verhalten des Menschen mit Demenz verstehen als Aufforderung an das Personal, Kommunikation zu verändern**
- 2. Rolle des experimentellen Lernens u. Empathie kreieren durch Reflektion der Verantwortung für die Versorgung**
- 3. Klinische Experten*innen, die die Prioritäten der Versorgung legitimieren**
- 4. Mitarbeitende, die sich zutrauen, ihre Arbeitsmethoden u. Routinen anzupassen, um die Pfleg zu individualisieren**
- 5. Personal mit Verantwortung für psychosoziale Bedarfe**
- 6. Stärkung des Vertrauens der Mitarbeitenden in ein personenzentriertes Risikomanagement**

FAZIT DER AUTOREN*INNEN

„Findings from this review would suggest that training as a single strategy is not enough to influence staff to adapt the care they provide for people living with dementia. The culture of care within an organisation needs to support staff to provide good care for people living with dementia, legitimizing practices so they are valued by staff. This means organisations need to recognise the impact this has on staff workload and roles and the changes that are necessary to ensure care provision can be adaptive to the needs of the patient. Staff needed to have a clear understanding of the expectation for care standards, and be confident that these changes are accepted by colleagues and senior staff if they are to improve the way care is provided for people living with

VORAUSSETZUNGEN, RAHMENBEDINGUNGEN

QUALIKATION & BILDUNG BERUFSGRUPPEN

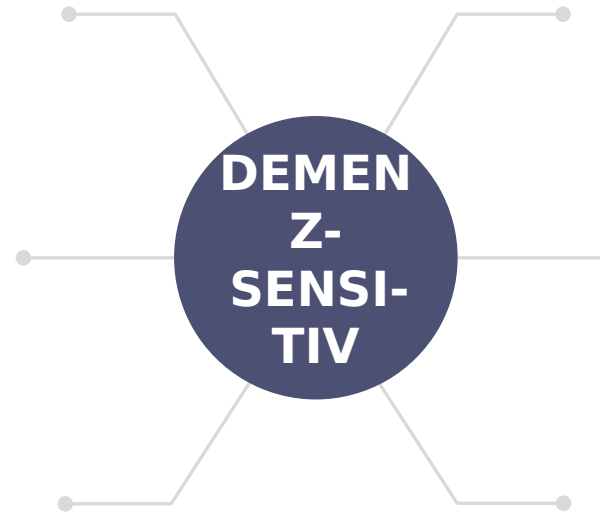
Erhöhung Wissen rund um
Demenz, Maßnahmen,
Interventionen, Sensibilisierung

AUSREICHENDE PFLEGEPERSONALSCHLÜSSE

Angemessen qualifiziert, gut
untersuchter Skills-Grade-Mix u.
Einsatz von Freiwilligen

KONTINUITÄT DER VERSORGUNG

Feste
Ansprechpartner*innen/Verantwortliche,
weniger Verlegungen, weniger Unruhe im
Tagesablauf; Care Pathways implementieren



GUT AUSGEWÄHLTE NICHT- PHARMAKOLOGISCHE MASSNAHME

Evidenzbasiert, wirksam, sinnvoll,
leitlinienorientiert

UMGEBUNGSGESTALTUNG

Orientierungshilfen,
Lichtgestaltung, bauliche
Gegebenheiten

FAMILIEN- & PERSONENZENTRIERUNG

Integration Familienangehörige, Konzept
Personenzentrierung, wirksame Konzepte

**Betrifft alle Berufsgruppen, Organisation,
Management, Verwaltung, Leitung -
benötigt Ressourcen**

AUSBLICK

- Demenzsensitivität/Demenzfreundlichkeit betrifft angesichts Prävalenz u. demografische Alterung alle Fachdisziplinen in Krankenhäusern
- Diverse Forschungsfragen offen (welches sind die wirksamen Elemente, welche Auswirkungen auf Outcomes, welche Rahmenbedingungen verhindern demenzsensible Krankenhausversorgung etc.?)
- Interprofessionelle Konzepte & Forschung erforderlich – nicht allein ein Thema der Pflegeberufe u. Pflege
- Konzeptanalyse zu Demenzsensitivität / Demenzfreundlichkeit notwendig als 1. Schritt für weitere Entwicklungen u. Forschung
- Umfassende Veränderungen in Kliniken erforderlich (multimodale Herangehensweise)
- Forschung zur Effektivität von demenzsensiblen, demenzfreundlichen Krankenhäusern (auch zu Pflegepersonalschlüssel, Skills-Grade-Mix, Konzepte Interprofessionalität etc.)

Kontakt:

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Klinische Pflege (Pflegerwissenschaft, Gerontologie, Rehabilitation)

Beauftragte für Internationales Fakultät Gesundheitswesen

PD Fakultät I der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Niedersächsischer Wissenschaftspreis 2020

*Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften - Hochschule
Braunschweig/Wolfenbüttel*

Fakultät Gesundheitswesen

Postanschrift: Robert-Koch-Platz 8a, 38440 Wolfsburg,

Besucheranschrift: Rothenfelder Straße 6+10, 38440 Wolfsburg

Tel: 05361 8922 23170

Fax: 05361 8922 23172

Mobil: 0162 9698980

Email: m.hasseler@ostfalia.de

Website: www.martina-hasseler.com