

Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen



1. Studienreise nach Großbritannien 4. – 8. April 2016

Reisebericht

Bericht und Reisebegleitung
Christian Müller-Hergl

Gefördert von der
Robert Bosch Stiftung

Geplant und durchgeführt von
g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Department für Pflegewissenschaft
Fakultät für Gesundheit
Universität Witten/Herdecke

31. Mai 2016

Einleitung

Im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen“ werden insgesamt drei Studienreisen zu Einrichtungen im Ausland gefördert, die mit beispielhaften Modellen die akutstationäre Versorgung von Menschen mit Demenz erfolgreich verbessern konnten. Die Reisen richten sich an alle professionellen Akteure im Gesundheitswesen, die sich für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus einsetzen und/oder einen Beitrag dazu leisten.

Erste Studienreise nach Großbritannien

Die erste Studienreise führte vom 4. April bis zum 8. April 2016 nach Großbritannien. Die Reiseroute umfasste

- London (Royal College of Nursing, Hillingdon Hospital),
- Bath (Royal United Hospital),
- Worcester (University of Worcester) und
- Wolverhampton (New Cross Hospital) und Bradford (Bradford Teaching Hospital).

4. April 2016, Royal College of Nursing, London

An unserem ersten Zielort, dem Royal College of Nursing (RCN) in London, erhielten wir von Sue Williams (Senior International Advisor) Einblicke in berufspolitische Zusammenhänge in Großbritannien. Das RCN als berufsständige Vertretung und Gewerkschaft reklamiert für sich die Arbeit an der Profession und am Arbeitsumfeld. Das Nursing & Midwifery Council dagegen nimmt die Registrierung, also Anerkennung der Pflegenden vor und ist befähigt, diese Registrierung bei gewichtigen Verstößen auch wieder zu entziehen. Anstelle eines Katalogs von Vorbehaltstätigkeiten für Pflegende gibt es einen Verhaltenskodex, an dem Pflegende gemessen werden. Das RCN unterhält zahlreiche Foren, in denen sich Mitglieder vernetzen und zu fachlichen Themen äußern, an Richtlinien mitwirken und voneinander lernen können. Das RNC hat 425.000 Mitglieder. Es nimmt Einfluss auf die nationale sowie internationale Gesetzgebung. Die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist eng. Die RCN Foundation fördert spezielle Projekte auch finanziell. In diesem Jahr feiert das RCN sein 100-jähriges Bestehen.

Beispielhaft für die Arbeit in den Foren stellt Dawn Garrett die Pflege älterer Menschen vor. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung von Garretts Ausführungen wird an dieser Stelle davon umfassend berichtet:

Das Forum wird von einer Steuerungsgruppe betreut, die auch mit dem Thema Demenz und Krankenhaus vertraut ist. Das RCN arbeitet eng mit der „Dementia Action Alliance“, die Nachbarschaftshilfen und das Thema demenzfreundliche Kommune vorantreibt, und mit diversen u. a. von der Regierung angestoßenen Initiativen (z. B. „Purple Angel Dementia Campaign“, „John’s Campaign“) zusammen.

An vorderster Stelle der Bemühungen steht die Vermeidung von unnötigen Aufenthalten im Krankenhaus. Eine rasche Rückverlegung mit einer Behandlung und Versorgung in der eigenen Wohnlichkeit wird angestrebt. Krankenhäuser und die Gemeinde(n) finanzieren die sogenannte „intermediate care“, in deren Rahmen eine Person bis zu sechs Mal täglich versorgt werden kann. Ist ein Krankenhausaufenthalt unumgänglich, ist man im Krankenhaus bemüht, die Demenz der Person im Behandlungsverlauf durchgehend zu berücksichtigen. Insgesamt gibt es in Großbritannien 850.000 Menschen mit Demenz. Da alle Personen über 75 Jahren bei Arztbesuchen systematisch auf Demenzverdacht hin überprüft werden, geht man davon aus, dass die Diagnose bei 67 % aller Demenzkranken gesichert ist. Bei dem Verdacht auf Demenz überweist der Hausarzt an den Psychiater.

Liegt die Diagnose einer demenziellen Erkrankung vor, wird diese bereits in der Notaufnahme (A&E = accidents and emergency) mit einem eigenen, beruhigten Bereich für Personen mit Demenz berücksichtigt. Günstigenfalls bringen Angehörige einen ausgefüllten Bogen („This is me“) mit, der eine schnelle Orientierung an der Person und ihrem Hintergrund erlaubt. Es wird darauf hingewirkt, dass Angehörige zugegen sind und ggf. auch im Hospital übernachten können (Rooming-In). Im Krankenhaus stehen das Erkennen und Vermeiden von Deliren im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Das Krankenhaus selbst wird als ungünstige Umgebung für eine zuverlässige Demenzdiagnose betrachtet. Wenn der Arzt eine Entlassung positiv bescheidet, (medically fit for discharge) überprüfen Physio- oder Ergotherapeuten, ob die häusliche Umgebung eine Entlassung gestattet. Zu diesem Zweck gehen die Therapeuten des Hospitals oder der „intermediate care“ mit dem Patienten in dessen Häuslichkeit, um die Möglichkeit der Entlassung zu validieren. In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus werden Pflegepläne für die häusliche Versorgung erstellt. Ist eine Rückkehr nicht möglich und eine Heimaufnahme unumgänglich, entstehen aufgrund rationierter Heimplätze Wartezeiten, welche die Patienten im Krankenhaus verbringen müssen. Dieser Fall von „delayed discharge“ kann 10-20 % der Krankenhausbetten in Anspruch nehmen. Ist im Ort auch nach einer angemessenen Wartezeit kein Heimplatz frei, muss die Person eine Verlegung in weit entfernte

Heime hinnehmen. Das Bemühen einer Rückverlegung in die eigene Wohnlichkeit ist demnach durchaus dem Interesse geschuldet, das Blockieren von Krankenhausbetten zu reduzieren.

Zeigt die Person herausforderndes Verhalten im Krankenhaus, dann wird das „mental health psychiatric team“, ein Liaison-Dienst, mobilisiert. Zu diesem Dienst gehört auch eine psychiatrisch ausgebildete Pflegekraft (mental health nurse), die mit der für psychiatrische Themen zuständigen Pflegekraft in dem Pflegebereich (sogenannte „link nurse“) zusammenarbeitet. Jeder Bereich scheint über mehrere „link nurses“ zu verfügen. ‚Link nurses‘ gibt es auch für andere Schwerpunkte wie z.B. Hygiene oder Wundmanagement. Fixierungen („restraints/constraints“) sind in Großbritannien verboten. Dabei scheinen ausschließlich körpernahe, nicht aber körperferne Fixierungen gemeint zu sein: Geschlossene Bereiche mit Nummernschlössern scheinen in vielen Bereichen selbstverständlich. Antipsychotisch wirksame Medikamente werden selten verabreicht, so dass nicht-medikamentöse Interventionen berücksichtigt werden müssen. Der Einsatz antipsychotischer Medikamente muss im National Dementia Audit begründet werden. Die Verlegung in ein Einzelzimmer (side room) ist eine häufig genutzte Maßnahme der deutschen Teilnehmer, die bei britischen Patienten nicht sehr beliebt ist. Ebenso werden bei herausforderndem Verhalten die Angehörigen mit einbezogen.

Alle britischen Krankenhäuser sind verpflichtet, sich mit Demenzfreundlichkeit auseinanderzusetzen. Solche Maßnahmen werden extern überprüft und öffentlich gemacht. Für Nicht-Erfüllung gibt es ‚Minuspunkte‘. Grundsätzlich sollten alle Beschäftigten eines Krankenhauses eine Minimalfortbildung zum Thema Demenz erhalten (awareness-training). Weiterhin ist in jedem Bereich dafür Sorge zu tragen, dass mindestens eine Person eine weitere Schulung als „link nurse“ oder „dementia champion“ absolviert hat. Zusätzlich sollen mobile Liaison-Dienste (dementia specialist care) weitergehende Beratungen und Anpassungen ermöglichen. Ein „dementia specialist“ ist eine strategisch wichtige Position im Gesamtkonzept des Krankenhauses und koordiniert die Aktivitäten des Krankenhauses in Richtung Demenzsensibilität.

In der Regel wüssten ausgebildete Fachkräfte in GB durchaus, wie mit Menschen mit Demenz umzugehen sei. Blockaden in der Entwicklung sieht Dawn in Bezug auf die ungünstige Umgebung, das beständige Hin- und Herschieben der Patienten, die nicht ausreichenden Personalbesetzungen und den Personalmangel insgesamt. Derzeit sind ca. 20.000 Pflegestellen unbesetzt. Das Verhältnis Pflegenden – Patient beträgt 1:8. Gelänge es, zu Beginn der Pflegebeziehung gut und ausreichend zu

intervenieren, dann könnte auf eine später einsetzende intensive Versorgung in vielen Fällen verzichtet werden.

Auf die Frage was sich Dawn Garrett am meisten wünschen würde, antwortete sie, dass die Patienten dort bleiben könnten, wo sie nach der Notaufnahme hingekommen seien und dass kein klinisches Karussell (clinical merry-go-round) stattfände. Die Sparpolitik der Regierung habe leider dazu geführt, dass die ambulante Pflege und Versorgung zurückgefahren wurde. Die angestrebte frühe Entlassung könne nur unter erschwerten Bedingungen erfolgen. Weiterhin wünscht sie sich mehr gesellschaftliches Engagement und Investitionen in die Nachhaltigkeit von Maßnahmen z. B. durch Evaluation.

Im Bericht von Dawn wurde deutlich, dass Ärzte keine leitende, eher eine flankierende Rolle spielen. Ärzte diagnostizieren und verschreiben Medikamente, während das gesamte Gesundheitsmanagement den Pflegenden und Therapeuten (Ergo- und Physiotherapeuten) obliegt. Im Allgemeinen seien die multiprofessionellen Beziehungen gut. Insbesondere Ärzte und Pflegende begegnen sich auf Augenhöhe – eine Hierarchie wäre nur interprofessionell vorhanden. In pflegerischen Belangen haben Ärzte keine Weisungsbefugnis. Der Großteil der Forschung zum Thema Demenz würde von Pflegenden vorgenommen.

Abschließend wurde darauf hingewiesen, dass alle Materialien des RCN-Programms für Krankenhäuser inzwischen allen Interessierten zugänglich gemacht wurden und zum Download bereitstünden.

Im Rahmen regelmäßiger fachlicher Nachbesprechungen innerhalb der Reisegruppe wurden alle Eindrücke und Erfahrungen zusammengeführt und konnten so in den gesundheitspolitischen und berufspolitischen Kontext eingebettet werden.

Die Studienreise hat uns in vier ausgewählte Krankenhäuser geführt, die sich durch eine demenzfreundliche Architektur und Versorgung besonders auszeichnen. Die Bereitschaft, die Erfahrungen mit Entwicklungs- und Veränderungsprozessen und das bisher Erreichte mit uns Gästen aus Deutschland zu teilen, war überall sehr groß. Alle Krankenhäuser haben ein reichhaltiges Programm zusammengestellt, das in der Regel aus einer Mischung aus Vorträgen, Besichtigungen einzelner oder mehrerer Stationen und Diskussionen bestand. An der Ausgestaltung des Programms

waren in allen Krankenhäusern viele Personen beteiligt, die offen und engagiert berichten konnten und die ihrerseits auch sehr an der Situation der Versorgung von Menschen mit Demenz in deutschen Krankenhäusern interessiert waren.

5. April 2016, NHS Hillingdon Hospital, London

Der Bereich „Beaconsfield East“ für ältere Menschen des NHS Hillingdon Hospitals in London wurde mit staatlichen Mitteln (1 Million Pfund Sterling) zu einem demenzfreundlichen Bereich mit 26 Betten umgebaut. Es handelt sich um eine Station, die einer geriatrischen Frührehabilitation-Station in Deutschland gleichkommt und nicht ausschließlich für Menschen mit Demenz konzipiert ist. Der Umbau gilt auch unter nationaler Beachtung als besonders gelungener Einsatz von Kunst und Architektur für Menschen mit Demenz. Die Einrichtung verfolgte drei Ziele: eine gestiegene Aufmerksamkeit für das Thema Demenz (raising awareness); frühe Diagnose und Prävention und eine sichere und sorgende Umgebung.

Die Gesamtentwicklung beinhaltet unterschiedliche Komponenten: (a) in jedem Bereich werden engagierte Personen ausgesucht, die sich mit dem Thema Demenz identifizieren können (dementia champions) und von einer Pflegeexpertin für Demenz (dementia care specialist) begleitet, informiert und geschult werden; (b) Unterstützung und Förderung erfolgt auf den obersten Managementebenen und (c) Verfahren; Haltung und Erfahrungen werden nicht nur in dem genannten Bereich, sondern Zug um Zug im Gesamthospital umgesetzt. Alle Schritte waren und sind geprägt von Beratung und Partnerschaft: Mitarbeitende, die Gemeinde, pflegende Angehörige, Demenzberatungsstellen, Künstler, Innenarchitekten wurden und werden beständig in fortlaufende Konsultationsprozesse einbezogen. Aus den verschiedenen Gruppen und Beteiligten wurden Fokusgruppen gebildet, die sich andere gelungene Projekte in Großbritannien anschauten und davon lernten. Dabei gab es für die Planenden viele neue Anregungen: Möbel, Fußböden, Farben, Designs wurden von Angehörigen und Freiwilligen mit entwickelt. Bei der Entwicklung der Räume wurden Aspekte berücksichtigt, die sich emotional auf die sich darin aufhaltenden Personen wirken (emotional impact of space) und auf die in ihnen stattfindende Aktivität ausgerichtet sind. Dies umfasst Räume um zu lernen, zu teilen, sich zu begegnen, Ruhe oder Anregung zu finden. Durch umfassende Konsultationsprozesse wurden beim Bau, aber auch in der Entwicklung der Arbeitsstrukturen vielfältige Kooperationen mit dem gemeindlichen Umfeld aufgebaut (z. B.

einheitliche Pflegepfade von Krankenhaus und „intermediate care“, die mit dem Begriff „whole systems integrated care“ beschrieben werden).

Insgesamt wies der Bereich „Beaconsfield East“ für ältere Menschen des NHS Hillingdon Hospitals einen Snoezelenraum, einen Gemeinschaftsbereich, Einzelzimmer sowie mehrere Bereiche mit je vier Betten auf (bays). Letztere hatten keine Türen, sondern waren zum Gang hin offen. Alle „bays“ wiesen große Fenster und Türen auf, die sich zur Gartenseite öffnen ließen und bei gutem Wetter einen direkten Zugang in den Gartenbereich erlaubten.

Mit Erstaunen nahm die Gruppe die Art und Weise wahr, mit der persönliche Informationen der Patienten öffentlich sichtbar gemacht wurden. Vor jedem Zimmer oder am Bett in einem „bay“ wurden auf einem Whiteboard wichtige Informationen zur Ernährung, Mobilität, der Ansprache (zumeist der Vorname) sowie andere Informationen für den unmittelbaren Kontakt festgehalten. Die Idee dahinter: Jeder Mitarbeiter soll sich schnell und effizient über die Ankerpunkte informieren bzw. diese Punkte memorieren können. Ein großer Bildschirm hielt - ebenfalls für alle sichtbar - weitere Infos über Gefährdungspotentiale (Sturz, Ernährung, überfällige Entlassung, oder ein Blumensymbol für Demenz) fest. Weiterhin waren Informationen zur geplanten Entlassung und zum Behandlungsstatus ersichtlich. Der offene Umgang mit persönlichen Informationen der Patienten schien hier für alle ganz unproblematisch zu sein. Weitere Beobachtungen wurden von der Reisegruppe aufgenommen: der Gemeinschaftsbereich wurde wenig genutzt, auf den Gängen herrschte viel Betrieb, der Geräuschpegel war recht hoch, der Großteil der Patienten lag, meist in einem vom Krankenhaus bereitgestellten Einheits-Schlafanzug, im Bett. Uns wurde versichert, dass der Snoezelenraum unter Anleitung durch die Ergotherapeuten häufig und mit Gewinn genutzt werde und der Gemeinschaftsraum vor allem gemeinsamen Mahlzeiten diene. Den im Bett liegenden Patienten gehe es entweder schlecht oder es handele sich um Personen, die auf einen Heimplatz warteten (delayed discharge).

Viele Aspekte des bereits Berichteten wiederholten sich in den anschließend besuchten Einrichtungen. Der Bericht beschränkt sich auf einige wichtige Addenda.

6. April 2016, NHS Royal United Hospital, Bath

Die Teilnehmenden wurden in Kleingruppen durch verschiedene Abteilungen des NHS Royal United Hospitals in Bath geführt. Das Krankenhaus legt seine Schwerpunkte auf „Frailty“ (Gebrechlichkeit im Alter). Ausgangspunkt des klinischen Pflegepfades ist die soziale und häusliche Situation. Nach der Notaufnahme kommen ältere Personen zunächst in eine geriatrisch ausgerichtete Einheit, die dem Assessment und der umfassenden Beurteilung dient (Assessment and Comprehensive Evaluation Older Person's Unit= ACE). Hier wird mittels eines umfassenden geriatrischen Assessments überprüft, ob die Person mit Unterstützungsangeboten möglichst rasch in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden kann. Der Bereich verfügt über die Möglichkeit intensiver physiotherapeutischer und beschäftigungstherapeutischer Betreuung. Diese Therapeuten und die Pflegenden arbeiten sehr eigenständig und entscheiden in Kooperation mit dem Arzt und den Sozialarbeitern über den weiteren Behandlungsverlauf. Ist es absehbar, dass der Aufenthalt länger als 72 Stunden dauern wird, wird der Patient in einen anderen Bereich verlegt.

Bislang wurden zwei solcher nachfolgenden Bereiche renoviert und auf die Bedürfnisse geriatrischer Patienten ausgerichtet (Combe Ward, Midford Ward). Besonderer Wert wurde auf nicht spiegelnde Böden, schattenfreie, helle Beleuchtung sowie auf barrierefreie Gänge (de-cluttering) gelegt. Dies erforderte auch, ausreichend Nischen und Lagerräume zu schaffen, um sichere und störungsfreie Laufwege zu garantieren. Priorisiert wurde ebenso eine gute Beschilderung durch Symbole außerhalb und innerhalb der Patientenzimmer (bays). Große Uhren informieren zur Tageszeit, zum Tag und zum Datum. Spezielle Farbgebung, Kontraste, Bilder und Möblierung mildern soweit wie möglich den Krankenhauscharakter ab. Auf ein Stationszimmer (nursing station) wurde verzichtet. Stattdessen verbringt eine Pflegende die Schicht in einem bay (zuständig für sechs Personen). Dort befindet sich ein Computer für alle notwendigen Dokumentationen. Der Vorteil: Pflegende sind für den Patienten immer sichtbar und erreichbar. Veränderungen in der Verfassung der Patienten werden von den Pflegenden rascher wahrgenommen. Dies scheint sich insgesamt positiv auf das Sicherheitsgefühl der Patienten auszuwirken. Ähnlich wie im Hillingdon Hospital wurde ein Tagesraum geschaffen, in dem nach Möglichkeit die Mahlzeiten eingenommen werden.

Sowohl im Eingangsbereich der Einrichtung wie auch in den geriatrischen Abteilungen haben Angehörige die Möglichkeit sich in eigene Räumlichkeiten zurückzuziehen, sich dort zu erholen oder Beratung zu erhalten.

Der geriatrische Ansatz wird Zug um Zug im gesamten Krankenhaus eingeführt, da britische Krankenhäuser auch an ihrer Demenz- bzw. Altersfreundlichkeit gemessen werden (whole systems approach). Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass altersfreundliche Bereiche insgesamt menschenfreundlicher ausgerichtet sind und damit allen Patientengruppen und den Mitarbeitern zugutekommen. Ziel ist es, die Bereiche so zu gestalten, dass Möglichkeiten für Rehabilitation, Beschäftigung, Kontakt, Mobilität geschaffen werden – die Nutzung der Möglichkeiten liegt an den Mitarbeitern.

Wie schon beschrieben wies auch diese Einrichtung ein gestaffeltes Schulungsprogramm auf, das als sogenanntes „rolling program“ beständig neu aufgelegt wird.

Auf Nachfrage stellte sich heraus, dass die Personalausstattung umfangreicher ausfällt als in Deutschland. Eine Regelbesetzung im Geriatriebereich mit 26 Betten beträgt am Vormittag fünf examinierte (registered) Pflegekräfte sowie vier Pflegeassistenten und einen Mitarbeiter, der sich um Entlassungen kümmert (discharge manager); am Nachmittag vier examinierte Pflegenden und drei Assistenten, und in der Nacht drei registrierte Pflegekräfte und zwei Assistenten. Deutsche Reiseteilnehmende bewerteten dies als luxuriöse Ausstattung im Vergleich zu den eigenen Einrichtungen.

Nach dem Mittagessen stießen viele Mitarbeiter - Ärzte, Pflegenden, Projektmanager, Physiotherapeuten, Demenzpflege-Spezialisten – zur Gruppe um sich mit den Teilnehmenden frei auszutauschen und die gewonnenen Eindrücke zu diskutieren.

7. April 2016, University of Worcester

Bei einem Besuch der University of Worcester haben die Teilnehmenden Einblick in Forschungsprojekte zum Thema Demenz und Krankenhaus erhalten. Prof. Dawn Brooker stellte zunächst die Grundzüge der Forschungsarbeit in ihrer Abteilung vor. Diese orientiert sich an den Arbeitspaketen der nationalen Demenzstrategien. Ein Arbeitspaket betreffe fachkundige Pflege sowie Leitung und Führung im Demenzbereich. Einige Lektionen, die man aus der Arbeit im Bereich der stationären Altenhilfe gewonnen habe, ließen sich mit Modifikationen gut in das Akutkrankenhaus übertragen. Ein zentrales Problem im Krankenhaus bestünde darin, dass klinische Pflegepfade und Demenz-Pflegepfade nicht ausreichend zusammengeführt würden.

In ihrer Arbeitsgruppe habe man das Konzept des „care bundle“ aus den USA aufgegriffen. Darunter sei ein strukturiertes Verfahren zu verstehen, den Prozess der Pflege und die Patientenergebnisse zu verbessern. Man orientiere sich dabei an eher wenigen Themenbereichen in der Annahme, dass diese Bereiche einen Ausstrahlungseffekt auf andere Bereiche der Versorgung haben. Für das Thema „Demenz im Akutkrankenhaus“ habe man die Bereiche „Biographie“, „Kommunikation“, „Ernährung“, eine „sichere und orientierende Umgebung“ sowie die „personenzentrierte Versorgung“ ausgewählt. Zwar seien diese Prinzipien leicht nachzuvollziehen, deren Implementierung aber mit sehr viel Strukturierungen und Hilfen verbunden. Sie selbst präferiere den Ansatz eines eigenen Demenzbereiches, in dem Haltung und Wissen zunächst entwickelt und dann im gesamten Krankenhaus verbreitet würden. Allerdings bestünde die Gefahr, dass ein solches Exzellenzzentrum ein Bereich für Patienten und Mitarbeiter werde, der in anderen Bereichen ungern gesehen wäre (dumping ground).

Das „care-bundle-System“ sei von vier Dimensionen eingerahmt: dem speziellen Demenzbereich, der Freiwilligenarbeit, der Personalentwicklung und der Verbindung mit den extramuralen Gesundheitssystemen (integrierte Versorgung).

In der Evaluation des Projekts traten folgende Ergebnisse hervor: Die Verweildauer der Patienten konnte nicht reduziert werden. Es konnten aber mehr Patienten in die eigene Wohnlichkeit entlassen werden (Verminderung von Heimeinweisungen). Die Patienten erwiesen sich als zufriedener (happier), Mitarbeiter strahlten mehr Zuversicht und Sicherheit aus; der Krankenstand der Pflegenden sank von 14 % auf 4 %; und die Familie äußerten sich vergleichsweise zufriedener als zuvor.

In Bezug auf die Umgebungsgestaltung hätten sich nachfolgende Faktoren als hilfreich erwiesen: eher weniger Wahlmöglichkeiten und Optionen eröffnen (nicht zu viel Fragen und Wahl, das überfordere), Ablenkungsmöglichkeiten verringern und eine ruhige und helle Umgebung sicherstellen.

Abschließend berichtete Dawn Broker über eine Pyramide der Personalentwicklung, beginnend mit der Sensibilisierung (awareness) für alle bis zur Ausbildung von Spezialisten für Demenzpflege (Advanced Care Specialists). Insgesamt habe man sich bisher sehr auf die erste Ebene konzentriert und dabei die Schulung und Entwicklung der Leitenden des Managements vernachlässigt. Man habe

daher neue Lernformen (action learning set) entwickelt, bei denen die Teilnehmenden im Rahmen einer begleiteten Projektprozessarbeit selbstständig ein Problem bearbeiten und die Prozessschritte abschließend vortragen. Damit habe man gute Erfahrungen auf der Managementebene gemacht.

Sarah Waller berichtete anschließend in ihrem Vortrag von dem Programm „Enhancing the Healing Environment“, in dem 250 Projekte landesweit (nicht nur in Krankenhäusern) gefördert werden.

7. April 2016, New Cross Hospital, Bath

Die Gruppe reiste nach Wolverhampton in das New Cross Hospital, um den von Dawn Brooker mitgestalteten Bereich zu besuchen (C22). Nach einer kurzen Präsentation konnten die Teilnehmenden in Kleingruppen den Bereich besuchen. Dabei fiel auf, dass hier tatsächlich die meisten Patienten nicht in den Betten lagen, mobilisiert worden waren und in Interaktion zu Mitarbeitenden standen.

Kommunikation und Beziehung stellen - so Karen Bowley - die Kernmomente der Entwicklung dar. Noch nicht in der Evaluation durch Dawn Brooker, aber in Abstand von Jahren könne man jetzt eine Reduzierung der Verweildauer belegen. Auch der „outreach service“ der Einrichtung begleite Patienten immer mehr außerhalb des Krankenhauses. Umgekehrt habe dies dazu geführt, dass Menschen mit Demenz bei Bedarf direkt aus der eigenen Häuslichkeit nach C22 verlegt und dann wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen werden könnten. Dadurch könne das klinische „merry-go-round“ (beständige Verlegungen in andere Abteilungen) verhindert werden.

8. April 2016, Bradford Teaching Hospital, Bradford

Das Bradford Teaching Hospital war eines der ersten Akutkrankenhäuser, das sich auf den Weg machte, demenzsensibel zu werden. Viele hier entwickelte Ansätze und Interventionen haben ihren Weg in die bereits besuchten Einrichtungen gefunden.

Zwei Filme illustrierten eingangs den Weg von einer eher traditionellen Abteilung hin zu einer demenzsensiblen geriatrischen Abteilung. Viele konkrete Möglichkeiten wurden entwickelt, um trotz Einschränkungen und klinischer Regeln anhand von Farbgebung, Sitzbänken, intelligentem Einsatz von Medien, ansprechenden Empfangsbereichen einen halbwegs wohnlichen Charakter zu schaffen. Im Unterschied zu anderen Einrichtungen waren die Rollen des „Dementia Champions“ und des

„Dementia Care Specialist“ beschrieben und implementiert. Eine klare Bildungsstrategie sorgt dafür, dass alle Mitarbeiter geschult werden und Aufbauschulungen erfahren. Patienten mit Demenz tragen eine Blume, an der für jeden Mitarbeiter erkennbar wird, dass es sich um eine Person mit Demenz handelt; auch die „Dementia Champions/Advanced Specialists“ tragen eine solche Blume am Revers. Familien werden eng in die gemeinsame Sorge einbezogen. Insgesamt wird die Entwicklung vom Management positiv unterstützt und mit Ressourcen ausgestattet. Zurzeit wird an einer Form digitaler Reminiszenz gearbeitet: Familien können Bilder oder Filme mitbringen, die auf den Patientenmonitoren gespeichert und abgespielt werden können.

Die Teilnehmenden aus den deutschen Krankenhäusern haben vielfältige, zum Teil sehr praktische Anregungen für ihre eigene Arbeit in Deutschland mitnehmen können. Darüber hinaus sind Kontakte mit den Mitarbeitern in den englischen Krankenhäusern entstanden, die möglicherweise einen weiteren Austausch bewirken können. Auch untereinander haben die Mitglieder der Reisegruppe die Studienreise dafür nutzen können, sich auszutauschen und Kontakte zu knüpfen, die über das Ende der Reise hinaus genutzt werden können.

Die Teilnehmenden zeigten sich insgesamt sehr zufrieden mit den Inhalten und dem Verlauf der Reise. Es wurde reichlich Gelegenheit geboten, vertieften Einblick in die Institutionen zu erhalten, viele Fragen zu stellen, mit allen Diensten und Professionen in Kontakt zu kommen.

Hervorzuhebende Merkmale waren:

- Die Selbstverständlichkeit, mit der Pflegenden das klinische und extramurale Krankenmanagement für sich in Anspruch nahmen;
- ein hoher Grad in der Vernetzung von Versorgung und Pflege innerhalb und außerhalb des Hospitals;
- eine gelebte Multidisziplinarität;
- die Anreizsysteme, die Hospitäler nachhaltig motivieren, den Weg zum demenzsensiblen Hospital zu beschreiten (Vielzahl an zum Teil staatlich initiierten Initiativen wie: John's Campaign, Enhancing the Healing Environment, Forget me not, This is me, PLACE = Patient-led assessment of the care environment);
- der Umfang und die Durchdringung von Schulungsmaßnahmen und Verankerung der für Demenz zuständigen Pflegespezialisten in Funktionen und Rollen;
- eine aktive Nutzereinbeziehung in Konzeptentwicklung und Forschung;

- die Ansätze, die nicht ausschließlich einzelne Krankenhausbereiche, sondern das ganze Krankenhaus betreffen (whole hospital approach).

Die Reise hat unter anderem Anregungen für die eigene Praxis, Argumentationshilfen für eigene Vorhaben, gute Beispiele erfolgreicher demenzfreundlicher Versorgung und eine Reflexion der eigenen Arbeit ermöglicht.