

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. Die Reisen richten sich an alle professionellen Akteure im Gesundheitswesen, die sich für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus einsetzen bzw. einen Beitrag dazu leisten.

Die erste Studienreise führte zu fünf Krankenhäusern nach England, die sich durch eine Kombination aus besonderen Pflegekonzepten mit einer beispielhaften Milieugestaltung und architektonischen Konzepten auszeichneten. Der Reisebericht ist bei der [Robert Bosch Stiftung](#) abrufbar.

Zweite Studienreise nach Norwegen

Inhalt der zweiten Studienreise nach Norwegen waren die Strukturen und Schnittstellen zwischen den einzelnen an der Versorgung von Menschen mit Demenz (im Krankenhaus) beteiligten Institutionen, die sich vom deutschen Gesundheitssystem stark unterscheiden. Das Programm war so zusammengestellt, dass die Teilnehmer einen möglichst umfassenden Blick über das Zusammenwirken der Institutionen erhalten konnten, wobei der Schwerpunkt auf den Schnittstellen zwischen ambulanter (primary care) und stationärer (secondary care) Versorgung lag. Der Blick richtete sich aber z.B. auch auf den Norwegischen Demenzplan, die Funktion der Norwegischen Gesundheitsbehörde „*Aldring og Helse*“ – Altern und Gesundheit, das nationale Demenzregister oder auch das Pendant der Norwegischen Alzheimer Gesellschaft, eine Abteilung der „*Nasjonalforeningen for Folkehelsen*“. Ebenso wurde der Aspekt der professionellen – in Norwegen häufig akademisierten – Pflege aus Sicht der universitären Ausbildung eingebunden.

Systemische Betrachtung von Gesundheitssystemen

Die Analyse von Gesundheitssystemen lässt sich nicht ohne weiteres nach dem schematischen Dimensionen- vorstellungen von Donabedian (1980) durchführen. Die sektorale Betrachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimensionen ist zwar möglich, vernachlässigt jedoch spezifische Aspekte. Das European Observatory on Health Systems and Policies betrachtet in seiner Reihe europäische Gesundheitssysteme, um sie inhaltlich vergleichen zu können. Die Perspektive wird weg von den reinen Ergebnissen harter Fakten wie die Mortalitätsrate gelenkt, hin zu den Fragen, wie die Organisation und Steuerung, die Finanzierung und die Leistungserbringung in den verschiedenen Gesundheitswesen beschaffen ist (Ringard et al. 2013).

Im Wesentlichen bestehen nur drei Gesundheitsmodelle, die wiederum in länderspezifischen Ausprägungen ausgestaltet wurden, um den nationalen Bedürfnissen eher zu entsprechen. Dabei sind in erster Linie die zwei bekanntesten Vertreter zu nennen; das in Deutschland entwickelte Bismarck-Modell und das nach dem 2. Weltkrieg in Großbritannien implementierte Beveridge-Modell. Beide Modelle zeigen wesentliche Unterschiede in den genannten Fragen der Systembeschaffenheit (Lamping und Tamm 1994).

Das Bismarck-Modell finanziert sich öffentlich durch verpflichtende Mitgliedsbeiträge, die durch Krankenkassen verwaltet und eingebracht werden. Die Leistungserbringung wird von der Berufsgruppe der Ärzteschaft

sichergestellt, der auch die Gesamtverantwortung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übertragen wurde. Die Organisation und Steuerung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen. Die zuständige Regierung schafft die rechtlichen Rahmenbedingungen in denen der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) (der aus verschiedenen Akteuren, wie der Bundesärztekammer, Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherern, der privaten Krankenversicherern, Patientenvertretern usw. besteht) die weitere Richtlinie aushandelt. Das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch dezentral und föderal ausgerichtet. Dadurch werden in den einzelnen Bundesländern im Rahmen der gesetzlichen und durch den GBA beschlossenen Vorgaben die Leistungserbringung und deren Vergütung regional verhandelt und weiter ausgestaltet. Dadurch wird bis zu einem gewissen Grad die Organisation und Steuerung durch Marktmechanismen beeinflusst und erlaubt eine hohe Dichte an Leistungsangeboten (Busse und Blümel 2014). Das deutsche Gesundheitswesen ist in seinem Aufbau deutlich komplexer, als es an dieser Stelle wiedergegeben werden kann. Dennoch soll die Beschreibung ausreichen, um einen vergleichenden Blick auf das Gesundheitssystem des Ziellandes der hier beschriebenen internationalen Studienreise zu ermöglichen.

Norwegens Gesundheitswesen ist dem Beveridge-Modell nachempfunden. Hierbei handelt es sich um ein fast gänzlich staatlich finanziertes Gesundheitssystem, in dem den Staat auch die Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens obliegt. Das Geld für die Finanzierung wird durch Steuern auf Produkte und Leistungen erhoben, was eine gleichmäßige Belastung aller Einwohner zur Folge hat. Für Medikamente und auch Hausarztbesuche müssen die Norweger eine kleine private Zuzahlung tätigen (Ringard et al. 2013), ähnlich der nur für wenige Jahre erhobene Praxisgebühr in Deutschland. Private Versicherungen spielen keine nennenswerte Rolle.

Die Leistungserbringung erfolgt durch selbstständige Hausärzte, so genannte general practitioners, die für die kommunale, medizinische Grundversorgung zuständig sind. Sie sind breit ausgebildet, da ihnen auch die Rolle von gatekeepern aufgetragen wird. Ihre Aufgabe ist nicht allein die primäre Gesundheitsversorgung, sondern auch die Überstellung der Patienten zu den Fachärzten, welche ohne eine Überweisung nicht aufgesucht werden können. Ferner zählt zu der primären Versorgung auch die ambulante Pflege in den Kommunen sowie die stationäre Langzeitpflege (ebd.). Ein entscheidender Unterschied zu dem deutschen Gesundheitswesen ist die grundständige akademische Ausbildung der norwegischen Pflegekräfte, was sich in mehreren Aspekten auf der Prozessebene des norwegischen Gesundheitswesens auswirkt. Dies wurde während der Studienreise besonders bei der Vorstellung der Memory-Teams in Oslo und Stavanger deutlich sowie in Vorträgen zur Behandlung und stationären Langzeitpflege in Bergen. Durch die hohe Professionalisierung der beteiligten Berufsgruppen im norwegischen Gesundheitswesen, ist es im Fall der Memory-Teams möglich, demenzspezifische Diagnostik durch Pflegekräfte und Ergotherapeuten durchzuführen. In den Vorträgen von Frau Prof. Husebø und dem ärztlichen Direktor des Haraldsplass Sykehus in Bergen wurde deutlich, wie wichtig die akademisierte Pflege im Bezug auf die Nachbehandlung der Patienten allgemein, aber im Besonderen bei einer vorliegenden Demenz ist. Da sich aufgrund des hohen Professionalisierungsgrades die Versorgungsqualität zwischen der Krankenhausversorgung und stationären Langzeitpflege kaum unterscheidet (in der stationären Langzeitpflege werden seit einigen Jahren ebenfalls Hausärzte fest angestellt), besteht keine Notwendigkeit, die Patienten länger im Krankenhaus zu behandeln, als es die Diagnostik und der eigentliche Eingriff bzw. die akute Therapie vorsehen.

Die sekundäre, fachärztliche Diagnostik und Therapie wird allein in den Krankenhäusern Norwegens erbracht, welche durch die Regional Health Authorities (RHA), eine Art staatlicher Behörde, organisiert und gesteuert werden. Auch wenn das norwegische Gesundheitssystem aufgrund seiner planwirtschaftlich wirkenden Struktur, der staatlichen Finanzierung und Regulierung zentralistisch anmuten mag, so ist es doch in vielen Bereichen ähnlich wie in Deutschland dezentral organisiert. Der Staat stellt den Kommunen und den RHAs Gelder zur Verfügung, die sie selbst für die Leistungserbringung, Organisation und Steuerung einsetzen können (Ringard et al. 2013). So entstehen durchaus regionalspezifische Lösungen für bestehende Barrieren. In Stavanger beobachtete das Universitätskrankenhaus Probleme in der Kommunikation und der verzahnten Arbeit zwischen den Klinikärzten und den kommunalen Hausärzten. Sie schufen eine eigene Stabsstelle in der ein ehemaliger Hausarzt als Vermittler eingesetzt wurde. Dieser kann mit klinischen Ärzten Rücksprache halten, hat die notwendige Zeit sich mit den Primär-Versorgern zusammenzuschließen und versteht auch die arbeitssoziale Realität der Hausärzte. Dem Krankenhauspersonal zufolge habe sich die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den primär und den sekundär versorgenden Leistungserbringern deutlich gebessert. Ein weiterer gewichtiger Aspekt, der das norwegische von dem deutschen Gesundheitssystem unterscheidet, ist, dass durch die übergeordnete, staatliche Steuerung Reformen für das System verordnet werden und top-down durchgesetzt werden. Im Vorfeld sind verschiedenste Akteure, wie Praktiker, Wissenschaftler, Politiker, Patientenvertreter etc. in dem Entstehungsprozess der so genannten Whitepaper involviert. Dieser Logik folgend wurde in Norwegen der "Demenzplan 2020" entwickelt und auf den Weg gebracht, dessen Umsetzung von dem nationalen Kompetenzzentrum „Aldring og helse“ gesteuert und überprüft wird.

Wie alle Gesundheitssysteme zeigt auch das norwegische Gesundheitswesen seine modellspezifischen Schwächen. Aufgrund der planwirtschaftlichen Vorgaben, können bestehende Bedarfe nur annähernd gedeckt werden. Die sekundäre Versorgung ist überwiegend zentralisiert und für viele Bürger sind Krankenhäuser nur schwer erreichbar. Rationalisierungen und Wartezeiten für fachärztliche Diagnostik und Behandlungen sowie sehr häufige Überbelegungen von Patienten in den Krankenhäusern gehören zu der alltäglichen Versorgungsrealität in Norwegen, so dass man mit der Wiedereinführung der Triage experimentiert.

Zweite Studienreise nach Norwegen

Dienstag, 30. Mai 2017 Ullevål-Universitäts-Krankenhaus in Oslo

Aufgrund des Reiseplanes mit An- und Rückreise über Oslo konnten wir zweimal in einem der größten Krankenhäuser Nordeuropas, dem Ullevål-Sykehus (Ullevål-Krankenhaus) in Oslo zu Gast sein. Es bildet zusammen mit zwei weiteren Standorten (dem Rikshospitalet und dem Aker universitetssykehus) die Universitätskliniken Oslo.

Für unsere Gruppe war am Ullevål- Krankenhaus besonders die Zusammenarbeit des Standortes mit der Universität Oslo sowie verschiedenen anderen Institutionen des Gesundheitswesens, v.a. in Oslo von Interesse.

Der norwegische Demenzplan 2020 / Vortrag Guro H. Bjørkløf

Der erste Vortrag von Guro H. Bjørkløf, Leiter der Abteilung Demenz bei Ageing and Health beleuchtete den Norwegischen Demenzplan (Dementia Plan 2020). Norwegen verfügt seit 2007 über einen Demenzplan, der

Ziele für mehrere Jahre vorschreibt. Der erste Demenzplan „Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days“ enthielt fünf große Handlungsfelder:

1. Qualitätsentwicklung und Forschung,
2. Vergrößerung der Pflegekapazitäten und der Kompetenzen des Personals
3. Verbesserte Koordination
4. Aktivitäten, Bewältigungsstrategien und Kurzzeitpflege
5. Partnerschaften mit Familien und lokalen Gemeinschaften.

Das Arbeitspaket wurde durch den Demenzplan 2020 „A more dementia friendly society“ fortgeschrieben, wobei sechs Handlungsfelder definiert wurden:

1. Selbstbestimmung, Einbezug und Teilhabe
2. Prävention – was gut für dein Herz ist, ist auch gut für dein Hirn
3. Frühzeitige Diagnose und engmaschige Versorgung nach der Diagnosestellung
4. Aktivitäten, Bewältigungsstrategien und Kurzzeitpflege
5. Am Patienten ausgerichteter Pflege- und Behandlungspfad mit systematischer Nachsorge und maßgeschneiderten Angeboten
6. Forschung, Wissen und Steigerung der Kompetenz

In Norwegen leben etwa 5 Millionen Bürger in 428 Gemeinden. Diese sind für die Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung, aber auch der Tagespflege und der stationären Versorgung zuständig. Ein Ziel des Demenzplanes 2020 besteht darin, Tagespflegeeinrichtungen in jeder Kommune zu installieren. Bis zum Jahr 2014 konnten bereits 305 Kommunen eine Einrichtung vorweisen. Ca. 22.000 Personen – auch in Krankenhäusern - haben an einem Ausbildungsprogramm „Demenzpflege ABC“ für professionell Pflegenden teilgenommen. Wichtiges Ziel der Demenzstrategie – das uns an allen Standorten begegnete – ist die Vermeidung des in Norwegen so genannten „black hole“, also einer Phase ohne besondere Betreuung und Versorgung, die sich unmittelbar an die Diagnose anschließt. Hier wurden zum ersten Mal die „Memory-Teams“ genannt, also Gruppen von 2 bis 3 Personen aus dem Umfeld von Pflege, Therapie und Neuropsychologie, die in der ambulanten Versorgung tätig sind und den Hausarzt (general practitioner) oder Klinikarzt im Falle der Memory-Kliniken bei der Diagnose unterstützen, die häusliche Versorgung koordinieren und Beratungsleistungen erbringen.

Auch in Norwegen existiert das Problem, dass die Zahl der Erkrankungsfälle nicht genau gefasst ist. Schätzungen (!) des Instituts für Volksgesundheit aus dem Jahr 2014 (70.000 Betroffene) und 2016 (104.000 Betroffene) liegen damit um 48% - bezogen auf den niedrigeren Wert - auseinander.

Ein besonderes Augenmerk richtet der norwegische Demenzplan auf die jungen Patienten, wobei die Schätzungen von 4.000 bis 5.000 erkrankten Personen ausgehen. Dennoch wurde diese Patientengruppe im Demenzplan in besonderer Weise berücksichtigt. Ein Schwerpunkt der Betrachtungen lag dabei auf den Angehörigen und besonders den Kindern junger Demenzpatienten. Für sie wurde ein anrührender, [preisgekrönter Animationsfilm](#) „Hvem ser meg?“ gestaltet, der leider nur in norwegischer Sprache verfügbar ist. Außerdem werden für erwachsene Kinder junger Demenzkranker Wochenenden mit Kursformat und Selbsthilfe-Elementen unter dem Namen „Time to be young“ angeboten.

Exkurs Memory-Teams / Vortrag Thea C. Skarpengland

Eines der Ziele des norwegischen Demenzplans 2015 bestand darin „Memory-Teams“ zu etablieren. Die neuesten Zahlen zeigen, dass 78% der Gemeinden mindestens ein Memory-Team besitzen. Die Erkennung, Diagnose und Versorgung von Demenzpatienten ist explizit dem ambulanten Sektor zugeordnet – und damit der koordinierenden Funktion der Gemeinden. Ausnahmen existieren ausschließlich für Patienten im Alter von unter 65 Jahren, die in Memory-Kliniken mit großem Einzugsbereich diagnostiziert werden, oder bei komplexen Diagnosen. Memory-Teams bestehen aus Mitgliedern verschiedener Pflege- und Therapieberufe (z.B. Ergotherapeuten) und sind auf der Ebene der Gemeinden als Bestandteil der ambulanten Pflege („primary care“) angesiedelt. Bei 40% der Teams sind Ärzte direkt eingebunden. Die Teams werden aus Steuergeldern finanziert. Kosten für die Patienten entstehen nicht. Die Aufgabe der Memory-Teams ist es, den Hausarzt, der im System eine Schlüsselrolle spielt, bei der Diagnostik (!) und Therapie zu unterstützen. Außerdem haben die Teams die Aufgabe, die Versorgung nach der Diagnose während des gesamten Krankheitsverlaufs für die Patienten wie auch für deren Familien zu gewährleisten bzw. durch Beratung zu optimieren. Patienten und Angehörige werden so eng in das System mit eingebunden. Im Rahmen des Demenzplans wurden Assessment-Instrumente für die Memory-Teams ausgewählt sowie ein Schulungsprogramm zu deren Anwendung ausgearbeitet und in Handbüchern niedergelegt. Die Tests erfolgen somit landesweit standardisiert. Nach den Einblicken, die wir bekommen haben, handelt es sich um ein umfassendes geriatrisches Assessment mit somatisch-funktionellen, neuropsychologischen, seelischen und sozialen Komponenten, das den besonderen Charme hat, meist im häuslichen Umfeld durchgeführt zu werden. Das Basis-Assessment umfasst ein Gespräch, Beobachtungen, die Bewertung der Sicherheit im Haus, den MMST, Uhrentest, IQCOSE (Kognition), ADL, Depressionen und die Belastung der pflegenden Familienmitglieder. Auf diese Weise sind die Patienten nicht nur in der gewohnten Umgebung und in Anwesenheit von informellen Pflegepersonen, die Team-Mitglieder gewinnen gleichzeitig einen Eindruck von der praktischen Umsetzung („Natürlich versorge ich mich zuhause selbst!“). Der Arzt ist in der Praxis für die körperliche Untersuchung, Bluttests, die Bildgebung und schließlich die Diagnose zuständig. Die Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen nach der Diagnose ist eines der wesentlichen Ziele des aktuellen Demenzplanes 2020, Modellprojekte werden gerade ausfindig gemacht (vgl. 2. Juni 2017, Vortrag Peter Horndalsveen). Außerdem soll das Konzept verstärkt in die stationäre Pflege Eingang finden. Über die klassische Empfehlung hinaus, alle sechs Monate eine Nachsorgeuntersuchung durchzuführen beinhaltet das Konzept der Memory-Teams:

- Unterstützung der Patienten und deren Familien jederzeit, wenn sie gebraucht und abgerufen wird
- Bereitstellung einer Kontaktperson, die für Patienten und ihre Familien leicht erreichbar ist
- Beratungsfunktion zur Demenz, ihren Symptomen und ihrem Verlauf - oft als Kurs in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Gesellschaft organisiert
- Überblick über die medikamentöse Behandlung
- Zusätzlicher Schwerpunkt auf dem Informationsbedürfnis der Patienten selbst
- Lotsenfunktion durch das Angebot der Dienstleistungen, Koordination und individuelle Anpassung der Angebote
- Beratung und Koordination zur Hilfsmittelversorgung

- Supervision von anderen Professionellen im Gesundheitssystem zum Thema Demenz.

Der persönliche Eindruck, den viele Teilnehmende von den Memory-Teams gewinnen konnten, war äußerst positiv. Dies bezog sich sowohl auf Strukturen und Aufgaben, aber auch auf die (inter-) professionelle Zusammenarbeit innerhalb der Teams. Viele professionell Pflegende und Therapeuten in Norwegen besitzen einen universitären Abschluss. Die Mitglieder der Memory-Teams scheinen auf gleicher Augenhöhe zu interagieren, jede Person ist verantwortlich für ihr Spezialgebiet. In Deutschland sind die Aufgaben des Memory-Teams auf verschiedene Akteure verteilt oder noch gar nicht umgesetzt. Bereits in Norwegen entstanden erste Diskussionen zwischen Teilnehmenden mit dem Ziel, Memory-Teams auch in Deutschland zu erproben – ein direkter Transfer von Erfahrungen der Studienreise. Das Thema begegnete uns auch in Stavanger und in Bergen und gehört wohl zu den wichtigsten Eindrücken der Reise.

Die Bedeutung der Memory-Teams für die klinische Versorgung ist immens, auch wenn die Teams nicht an den Krankenhäusern angesiedelt sind: Gerade für die Versorgung von Menschen mit Demenz nach der akutstationären Versorgung im häuslichen Umfeld ergeben sich viel umfassendere Möglichkeiten, die einem weiteren Versorgungsziel dienlich sind: Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten und Patienten mit (der Nebendiagnose) Demenz möglichst schnell in ein gesichertes häusliches Umfeld zu entlassen.

Demenzforschung an der Memory-Klinik / Vorträge Anne-Brita Knapskog und Marit Nåvik

Die Memory-Klinik in Oslo wurde 1990 eröffnet und versorgt jährlich ca. 300 Neuaufnahmen und 800 Patienten zur Kontrolle. In einem multidisziplinären Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten wird an 40 bis 50 Forschungsprojekten gearbeitet. Klinische Forschungsbereiche umfassen u.a. Diagnostik-Instrumente und Biomarker, Medikamenten-Studien (Monoklonale Antikörper) und Interventionsstudien (z.B. Cordial-Studie), Orientierung im Raum und Lebensqualität junger Erkrankter. Von besonderem Interesse war die Nutzung und Anwendung der Optionen des norwegischen Demenzregisters NorCog. Für eine Interventionsstudie wurden z.B. folgende Registerdaten erhoben:

- Demographische Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildung)
- Depression (Cornell-Skala)
- MMST
- Kognitionsassessment nach CDR
- ADL
- Herz-/Kreislauferkrankungen
- ApoE-Status
- Kernspintomographie
- Demenz-Biomarker in der Cerebrospinalflüssigkeit (Beta-Amyloid, Tau gesamt und Phospho-Tau)
- Verwendung von Antidepressiva

Diese und mehr Daten werden systematisch im „Norwegischen Register für Personen mit kognitiven Symptomen NorCog“ gesammelt. NorCog wurde 2008 eingerichtet. Die Daten sind Eigentum der Universitätskliniken Oslo, die norwegische Behörde „Aldring og Helse“ trägt die administrative Verantwortung.

Das Register wurde eingerichtet, um die Qualität von Erhebungsinstrumenten, Diagnose und Behandlung bei älteren und alten Patienten mit kognitiven und psychiatrischen Symptomen – v.a. auch in Krankenhäusern - zu verbessern und epidemiologischen Daten für die klinische Forschung zu sammeln. Insgesamt nehmen in vier Gesundheitsregionen 30 Einrichtungen an der Datensammlung teil, davon 16 Geriatrien, zehn Gerontopsychiatrien und vier Memory-Kliniken. Sofern verfügbar werden im Bereich Kognition die Ergebnisse von neuen verschiedenen Assessment-Instrumenten am Patienten erhoben. Im psychiatrischen Bereich werden das Gespräch sowie ein Assessment (MADRS) erhoben. Außerdem werden körperliche und neurologische Daten gespeichert, der Konsum von Alkohol erfragt, Konzentrationen verschiedener Biomarker in Blut und Cerebrospinalflüssigkeit gemessen und Ergebnisse von Bildgebungen hinterlegt.

Von den Angehörigen werden ebenfalls Gespräche sowie verschiedene Fragebögen zu Lebensqualität, Depression, Neuropsychiatrisches Inventar I-ADL in Bezug auf den Patienten sowie eine Stress-Skala für Angehörige hinterlegt. Die Datenakquise erfordert eine Zustimmung von Patienten und Angehörigen.

Im Mai 2017 konnte das Register auf 2.550 Blutproben und 429 Cerebrospinalflüssigkeiten in der Biobank zurückgreifen, wobei insgesamt 5.639 Patienten erfasst waren. Der Altersschnitt der Patienten hat sich seit 2009 von 70 auf 76 Jahre erhöht, erwartungsgemäß sind die Patienten in den Memory-Kliniken deutlich jünger als das restliche Patientengut (zuständig für junge Erkrankte, i.d.R. unter 65 Jahre bei Erstkontakt).

Die in der Datenbank hinterlegten Ergebnisse ermöglichen es nicht nur, Qualitätssicherung und -entwicklung zu betreiben, sondern auch Zeitverläufe bei Diagnosen, Symptomen und biochemischen Parametern zu erhalten. Bisher wurden auf der Grundlage der gewonnenen Daten 34 verschiedene Studien durchgeführt.

Delir – Forschung und Umsetzung in die Praxis / Vortrag Bjørn Erik Neerland

Am Institut für Klinische Medizin der Universität Oslo gibt es eine Arbeitsgruppe, die sich mit der Erforschung des Delirs beschäftigt und die Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis betreibt.

Delir ist ein Thema, das alle Teilnehmenden in irgendeiner Form mehr oder weniger offensichtlich betrifft. Die Erkennung deliranter Zustände im Krankenhaus und insbesondere die differenzierte Betrachtung der Symptome eines Delirs und der Verhaltenssymptome einer Demenz (die auf der symptomalen Ebene identisch sein können) ist offensichtlich nicht nur in Deutschland, sondern auch in Norwegen ein Thema der Forschung - aber eben auch ganz intensiv der Anwendung von Forschungsergebnissen. Eine große klinische Herausforderung stellt also das „DSD - Delirium Superimposed on Dementia“ dar, das Delir, das eine vorhandene Demenzerkrankung überlagert.

Im Vortrag stellte sich heraus, dass gerade auch bei Patienten mit noch nicht diagnostizierter Demenz auch im norwegischen System noch große Optimierungspotenziale liegen (Memory-Teams bieten eine große Chance, kommen aber erst zum Einsatz, wenn der Verdacht auf eine Demenz entstanden ist). Aus den gezeigten Daten wurde erneut deutlich, dass das Auftreten eines Delirs bei älteren Patienten mit Hüftfrakturen ein deutlicher, prognostischer Faktor für eine sich entwickelnde Demenz ist. Die Delir-Forschungsgruppe in Oslo beschäftigt sich u.a. mit der wichtigen Frage der Vorhersage eines Delirs durch Biomarker in der Cerebrospinalflüssigkeit. Untersucht werden z.B. Neopterin, Tau und seine Derivate, CRP und Interleukine, Phosphate, Aminosäuren und deren Monamin-Metabolite oder anticholinerge Substanzen. Weitere Hinweise ergeben sich auf die

Veränderungen der Blut-Hirn-Schranke im Rahmen eines Delirs, die möglicherweise auch ursächlich für die Symptomatik sind.

Eine an der Universitätsklinik Oslo durchgeführte Studie weist darauf hin, dass sich pflegerische prä- und postoperative Maßnahmen positiv auf die Häufigkeit eines Delirs auswirken. Dabei waren die Patienten in einem Arm der Studie auf einer geriatrischen Station gepflegt, im anderen Studienarm in der Orthopädie versorgt worden.

Inwiefern die Delir-Assessments im klinischen Bereich routinemäßig angewandt werden, konnte nicht erschöpfend geklärt werden.

Die Memory-Klinik am Ullevål-Universitäts-Krankenhaus Oslo / Vortrag Peter Bekkhus-Wetterberg

Die Memory-Klinik am Universitätskrankenhaus in Oslo wurde 1989 gegründet und ist - vergleichbar dem deutschen System – zuständig für Patienten im Alter von unter 65 Jahren. Die Wahrnehmung der Kliniker ist, dass die Patienten seit 1989 im Mittel jünger geworden sind, die Krankheit beim Erstkontakt weniger weit fortgeschritten ist und dass viele Patienten vor allem über subjektive Gedächtnisprobleme klagen. Patienten über 65 Jahren mit deutlich ausgeprägten Symptomen werden nur noch selten überwiesen. Die Patienten setzen sich aus drei Gruppen zusammen: Über 65-Jährige kommen in die Klinik, wenn sie sehr am Anfang einer Erkrankung stehen, unter 65-Jährige grundsätzlich bei Verdacht auf eine Demenz und ebenso Patienten, deren Fahrtüchtigkeit überprüft werden muss.

Die Klinik hat etwa 1.000 Patienten pro Jahr, wovon 300 Patienten einen ersten Kontakt haben. Mehr als die Hälfte dieser Patienten kommt aus einem anderen Krankenhaus als dem Ullevål. Das Team besteht aus 3,6 Stellen für ärztliches Personal (Geriatr, Neurologen, Psychiater) sowie 3,5 Stellen für spezialisierte Pflegekräfte.

Patienten und Pflegepersonal teilen sich die Gespräche und Assessments: Während der Patient selbst vom Arzt untersucht wird, werden Angehörige von den Pflegekräften befragt. In beiden Fällen kommt ein halb-strukturiertes Interview zum Einsatz. Der Patient durchläuft die typischen Assessments. Im Anschluss werden die Ergebnisse zwischen Arzt und Pflegekraft besprochen. Gelegentlich werden dann die Ansprechpartner getauscht, so dass der Arzt mit der Familie spricht und die Pflegekraft mit dem Patienten, um das Bild abzurunden. Die Ergebnisse und eine mögliche weitere Strategie werden dann in einer Runde mit den Patienten und dessen Familie besprochen (!). Es gibt in diesem Sinne keine Notfallpatienten, und in der Regel wird auch keine Entscheidung nach dem ersten Patientenkontakt gefällt. Zusätzlich wird jeden Dienstagnachmittag eine ärztliche Fallbesprechung abgehalten, einmal im Monat steht auch ein Neuropsychologe zur Verfügung.

Bei mehr als 40 % der Fälle wird eine leichte kognitive Beeinträchtigung festgestellt, knapp 35% weisen eine bestimmbar, etwa 13 % eine unspezifische Demenzerkrankung auf. Zusammen weniger als 10 Prozent der Patienten haben ausschließlich psychiatrische oder neurologische Probleme oder sind gesund.

Forschung und Ausbildung in der Pflege an der Abteilung für Pflegewissenschaften / Vortrag Marit Kirkevold

Prof. Marit Kirkevold leitet die Abteilung für Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheit und Gesellschaft der Universität Oslo, das eines von drei Instituten an der Fakultät für Medizin bildet. An der Abteilung für Pflegewissenschaft sind acht Professoren beschäftigt, vier davon in Teilzeit. Zurzeit gibt es noch vier außerplanmäßige Professoren und drei Postdocs. 25 Studierende arbeiten an ihrer Dissertation. Die Abteilung bietet einen Masterstudiengang in Pflegewissenschaft an, sowie einen Studiengang zum „Advances Nurse Practitioner“ im Bereich geriatrische Pflege, also einem Berufsbild, bei dem die Pflegekraft mit akademischen Hintergrund dennoch in die unmittelbare Pflege „am Bett“ eingebunden bleibt, dort aber auch komplexere Aufgaben wie spezielle Assessments übernimmt. Außerdem trägt die Fakultät zu einem Promotionsprogramm der Fakultät für Medizin bei. Forschungsbereiche sind dabei die Pflege von Älteren, die Entwicklung innovativer Pflegeansätze, die Erfahrungen von Patienten bei Gesundheitsproblemen sowie Forschungsprojekte im Bereich Rehabilitation. Schließlich ist an der Abteilung eine nationale Institution untergebracht, die sich mit der Forschung und Wissensvermittlung bei Pflegesituationen auf der Ebene der Gemeinden beschäftigt.

Forschungsprogramme der Abteilung beschäftigen sich unter anderem mit der Entscheidungsfindung bei Menschen mit Demenz, dem „Aufblühen“ im Pflegeheim, therapeutischen Gärten in der Langzeitpflege zum Erhalt von Funktionen und Lebensqualität oder der Nutzung digitaler Medien zur Unterstützung Älterer und ihrer Angehörigen.

Als Teilzeitprogramm wird an der Abteilung der „Master in Advanced Nursing Care“ angeboten. Wesentliche Inhalte der Ausbildung sind die medizinischen Probleme Älterer, die pharmakologische und medizinische Behandlung Älterer und die evidenzbasierte Pflege Älterer mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativversorgung.

Ein Master in Pflegewissenschaft wird als Vollzeit- oder Teilzeitprogramm angeboten. Wesentliche Ziele des Masterstudienganges sind der Erwerb von Kenntnissen zu Theorien und Forschungsgegenständen, die für die Pflege von Bedeutung sind sowie das Entwickeln von Forschungsstrategien und der Erwerb methodischer Kenntnisse, die auf die Pflegeforschung anwendbar sind.

Besonders an diesen Vortrag schloss sich eine lebhafte Fragerunde und Diskussion zur Arbeitssituation für Pflegenden in Norwegen an. Dabei ergaben sich folgende Erkenntnisse: Grundsätzlich herrschten in Norwegen gute Bedingungen für die Pflege, v.a. verglichen mit anderen Ländern, die Höhe des Gehaltes sei angemessen.

Mittwoch, 31. Mai 2017 Universitätskrankenhaus Stavanger und SESAM, Zentrum für Altersmedizin

Die Universitätsklinik Stavanger unterhält eine gerontopsychiatrische Station, die von der Reisegruppe auch in der Mittagspause besichtigt werden konnte und arbeitet eng mit SESAM, dem „Regionalen Kompetenzzentrum für Altersmedizin und Kooperation“ („Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling“)(SESAM).

In Stavanger wurden wir von Helle Schoyen, der Direktorin der Klinik für Psychiatrie begrüßt. Sie stellte die Universitätsklinik in Zahlen vor. Etwa 7.000 Personen arbeiten beim viertgrößten Gesundheitsanbieter in Norwegen, davon viele in Teilzeit, übriges auch eine Reihe von deutschen „Auswanderern“. Das Haus besitzt 900 Betten und ein Hotel mit 220 Zimmern. Die Gerontopsychiatrie ist eine von vier Abteilungen der

psychiatrischen Klinik. In der Psychiatrie sind 850 Mitarbeiter für 110 Patienten beschäftigt, wobei pro Jahr etwa 6.000 ambulant betreute Patienten behandelt werden

Versorgung ambulanter Patienten und Psychiatrischer Liaisondienst /

Vorträge Maria Magdalena Chiruta und Frederike Fritze

Neben den Ärzten arbeiten in der Abteilung auch eine Reihe von Pflegekräften mit einer speziellen Ausbildung v.a. auch in nicht-medikamentösen Behandlungsstrategien. Sie sind auch an der Entscheidung, welche Therapie angewandt wird beteiligt. Der interdisziplinäre Austausch wird vor allem bei einem gemeinsamen Essen einmal pro Woche gepflegt.

Patienten mit kognitiven Einschränkungen in Alter von unter 65 Jahren werden von einem Neurologen untersucht. Zur Differentialdiagnose von Lewy-Körperchen-Demenz wird die dementia cognitive fluctuation scale der Mayo-Universität verwendet. Depressions-Skalen werden ebenfalls als sehr wichtig angesehen, insbesondere im Hinblick auf eine hohe Suizidrate.

Im häuslichen Umfeld wird auf die bereits bekannten Dienste zurückgegriffen (Memory-Teams, Gemeindegewesster und Tagespflegeeinrichtungen).

Die elektronische Patientenakten („DIPS“) können auch von den Patienten sofort eingesehen werden. Frederike Fritze berichtete dabei von Fällen wo infauste Diagnosen von den Patienten noch vor einem Arztgespräch aus der Patientenakte entnommen wurden. Auch bei den Patienten der Psychiatrie sind die dort vermerkten Diagnosen und Therapien den Patienten zugänglich, was zu schwierigen Situationen führen kann.

Auch in Stavanger werden die kurzen Liegezeiten thematisiert, die vom Gesundheitssystem so vorgegeben werden. Interessante Systemmeinblicke ergaben sich aus der Angabe, dass z.B. Altenheime für die Behandlungskosten im Krankenhaus aufkommen müssen, wenn die Patienten nicht dorthin entlassen werden können. Auch wenn ein Patient von einem Krankenhaus ins andere wechselt, muss das erstaufnehmende Krankenhaus für die Behandlungskosten aufkommen.

Versorgung der Patienten nach der Marte Meo-Methode /

Vortrag Berit Saagvag

Die leitende Pflegekraft Berit Saagvag gab uns Einblicke in die Strategien zur Pflege demenziell veränderter Menschen. Elemente in der Anwendung sind dabei z.B. das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten und die Organisation einer Tagesstruktur. Für Kleingruppen werden besondere Aktivitäten angeboten, wie Morgensport oder Cafébesuche. Ziel ist es grundsätzliche eine feste Patientenbindung im Sinne der Beziehungspflege zu gewährleisten. Die Marte-Meo-Methode (einem Konzept der person-zentrierten Kommunikation bzw. den Validationsmethoden ähnliche Kriseninterventionsstrategie) wird als deeskalierende Kommunikationsmethode vor allem bei herausforderndem Verhalten eingesetzt.

Als besondere Schnittstellen zeigten sich zum einen die gemeinsame Besprechung von Patienten, die im Altenheim betreut werden mit dem dortigen Personal sowie das Coaching der Pflegekräfte dort (Koordinationsaufgabe des Instituts SESAM).

Forschung bei Sesam am Beispiel der Zusammenarbeit zwischen Kommune und Krankenhaus / Vorträge Martha Therese Gjestsen und Svein Kjosavik

In Norwegen sind die Kommunen für die Organisation des lokalen Gesundheitssystems zuständig. Es gibt ca. 4.500 Hausärzte, die im Jahr 2009 im Durchschnitt 1.500 Patienten betreuten und heute 1.200 Patienten betreuen. Die maximale Zuzahlung für Gesundheitsleistungen pro Jahr beträgt 2.000 Kronen, was bei einem Wechselkurs von knapp 1:10 etwas mehr als 210 Euro entspricht. Erwartungsgemäß ist eines der Hauptprobleme in der Multimorbidität der Patienten gelagert. SESAM ist in verschiedenen Projekten für eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren zuständig.

Ein Beispiel hierfür ist das ABC-Programm, Kurse und verschiedenen Qualifikationsebenen und Thementage zur Demenzversorgung. Das Programm wurde im Zusammenhang mit dem norwegischen Demenzplan 2015 entwickelt und wird landesweit angeboten. Zielgruppe sind professionell Pflegende in den Kommunen. Neben einem Seminar werden auch Fachtage und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch angeboten. Im Jahr 2016 haben etwa 22.000 Personen am Programm teilgenommen. Teil der wissenschaftlichen Aufgaben von SESAM ist es, das Programm zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

Ein weiteres Forschungsprojekt beschäftigt sich u.a. mit den Ursachen für die Überweisung von Bewohnern aus Altenheimen in das Krankenhaus und untersucht auch die ökonomischen Aspekte der Handlungsweisen („Demenssykdom og samfunnsøkonomi“ – „Demenzsyndrom und ökonomische Auswirkung auf die Gesellschaft“).

Als Interessantes Detail zeigt sich der „VIP-Pass“ für Patienten mit kognitivem Risiko. Diese „Very Important Patients“ werden im Krankenhaus Stavanger besonders und bevorzugt behandelt um auf deren kognitive Ressourcen Rücksicht zu nehmen. Gleichzeitig ermöglicht der Pass eine nicht-stigmatisierende Erkennung solcher Patienten.

Donnerstag, 1. Juni 2017 Haraldsplass Diakonale Sykehus Bergen

Die dritte Station der Studienreise war die Universität Bergen und das Haraldsplass-Krankenhaus in Bergen. Das Krankenhaus versorgt etwa 141.000 Bürger in Bergen und der norwegischen Provinz Nordhorland. Es besitzt eine übergeordnete Funktion in der Region für Geriatrie und Palliativmedizin. Haraldsplass hat knapp 900 Mitarbeiter und versorgt etwa 12.500 Patienten pro Jahr. Bergen war aus zwei Gründen Ziel der Studienreise geworden: Zum einen wegen der geriatrischen Abteilung im Haraldsplass zum anderen wegen der Abteilung SEFAS (Senter for alders- og Sykehjemsmedisin – Zentrum für Alters- und Pflegeheimmedizin), die in dieser Form und mit diesem medizinischen Schwerpunkt in Deutschland nicht bekannt ist. SEFAS ist ein Teil der Abteilung für Allgemeines Gesundheitswesen und ambulante Pflege an der Universität Bergen. Treibende Kraft und Leiterin der Abteilung ist die deutschstämmige Medizinerin Prof. Dr. Bettina Husebø

Alters- und Pflegeheimmedizin als globale Herausforderung /

Vortrag Bettina Husebø

Die Forschungsfragestellungen von Bettina Husebø sind vor allem der Erfassung und Behandlung von Schmerzen von älteren Menschen, besonders mit demenziellen Veränderungen in verschiedenen Settings gewidmet. Im Akutkrankenhaus liegt der Fokus der Schmerzbehandlung – auch bei älteren Patientinnen und Patienten – im Rahmen der aktuellen Behandlungsstrategien und Eingriffe auf akuten Schmerzen. Je nach kognitivem Zustand können diese mehr oder weniger deutlich artikuliert werden. Häufig unberücksichtigt bleiben jedoch die chronischen Schmerzen, die die Patienten unabhängig von deren akuten Gesundheitsproblem erleiden, das aktuell zur Einweisung geführt hat. Bei den chronischen Schmerzen stehen degenerative Leiden an Skelett, Haut und Bindegewebe oder auch Schmerzen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung im Vordergrund. Als weitere Probleme der Patientengruppe benannte Husebø die Polypharmazie bei einer hohen Zahl an bestehenden Diagnosen sowie die Verabreichung von Antipsychotika – auch zur „Beruhigung“ von Patienten, die aufgrund von Schmerzen herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Sie verwies dabei auf Studien, die eine Verkürzung der Überlebenszeit durch Verwendung von Antipsychotika nachweisen.

Insbesondere die Erfassung von (chronischen) Schmerzen ist einer der Arbeitsschwerpunkte in Bergen. Husebø hat hierzu eine Schmerzerfassungsskala entwickelt, die auch in deutscher Sprache vorliegt. Das Akronym MOBID-2 steht für mobilisation, observation, behaviour, intensity und dementia. Bei der Skala handelt es sich um ein Fremdbewertungsinstrument, das besonders auf Schmerzzustände eingeht, die durch Mobilisierung auftreten. Dies ist im v.a. im Krankenhaus als Situation an der Tagesordnung. Mobilisation gehört zu den therapeutischen Optionen und ist auch im Hinblick auf die Erhaltung von Kraft (Sarkopenie) und Koordination sehr bedeutsam. Dem gegenüber stehen durch Mobilisation ausgelöste Schmerzen und deren adäquate Behandlung. Die Skala beruht auf einer Beobachtung der Patienten im Rahmen von Handlungen z.B. auch bei der Grundpflege.

Zur medikamentösen Behandlung der Schmerzen ergibt sich folgendes Bild: Studien zeigen, dass Schmerzmittel nicht grundsätzlich in zu geringem Ausmaß verordnet werden, allerdings bekommt der Patient oft nicht die geeignete Medikation im richtigen Moment. Das generelle Schmerzempfindung wird dabei auch durch das Schlafverhalten älterer und demenzkranker Patienten beeinflusst: Der Schlaf dieser Patientengruppe ist ähnlich fragmentiert wie der von Säuglingen. Schlafmittel am Abend führen zu frühzeitigem Einschlafen. Die Personen erwachen nachts häufig und stehen früh am Morgen auf. Grundsätzlich führt dies zu mehr Schmerz, Depression und Verordnung von psychotropen Medikamenten.

Sehr interessante Erkenntnisse erbrachte der Vortrag zu den Strukturen von Pflegeheimen in Norwegen: Bei 5 Millionen Einwohnern gibt es 900 Pflegeheime mit ca. 41.000 Plätzen. In den Pflegeheimen sind Ärzte mit einem festen Stundenanteil angestellt und übernehmen die medizinische Versorgung der Bewohner. Dies ermöglicht völlig andere Strategien im Zusammenhang mit der Fragestellung „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“: Zum einen ist es möglich, demenziell veränderte Bewohner von Pflegeheimen in wesentlich größerem Umfang im Heim zu belassen. Zum anderen können Krankenhausaufenthalte sehr kurz gehalten werden, weil eine entsprechende Nachsorge im Heim gewährleistet ist.

Die palliative Versorgung v.a. von Menschen mit Demenz ist auch in Norwegen noch unzureichend. Der Bereich Palliativmedizin wird durch die Krebserkrankungen dominiert. Die Sterbephase wird in norwegischen Pflegeheimen oft nicht erkannt: 40% der Bewohner starben nach einer Studie „unerwartet“.

Abschließend berichtete Husebø über den Nutzen nicht-medikamentöser Ansätze etwa zu Schmerz- und Verhaltenstherapie: Am besten würde die Anwesenheit eines realen Säuglings im Heim angenommen, also echtes Sozialleben über Generationen hinweg. Gute Erfahrungen habe man auch mit einer eins-zu-eins-Betreuung im Sinne von Gesprächen gemacht. Platz drei belegten (mitgebrachte) Hunde, wobei große besser angenommen wurden als kleinere.

Im Anschluss an den Vortrag entwickelte sich eine rege Diskussion über die Vor- und Nachteile der Systeme in den beiden Ländern Deutschland und Norwegen. Husebø verwies z.B. darauf, dass der Hausarzt in Norwegen i.d.R. durch die Gemeinde zugewiesen werde. Ein Arztwechsel sei zwar grundsätzlich möglich, jedoch an hohe Hürden gekoppelt. Generell greift der Staat aufgrund des Finanzierungssystems in viele Bereiche des Gesundheitswesens stark steuernd und reglementierend ein. Die Gesundheitsdaten der Patienten werden bei der Gemeinde – die auf lokaler und damit Patientenebene für das Gesundheitssystem zuständig ist – gesammelt und archiviert. Mindestens die ärztlichen Mitarbeiter von Kliniken und die Hausärzte haben Zugriff auf diese Daten. Der Datenschutz wird deutlich anders gehandhabt als in Deutschland.

Die Frage nach den wichtigsten Themen, die in Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt eines Menschen mit Demenz zu beachten seien, vertritt Husebø ganz vehement ein „verhindern, dass der Patient überhaupt ins Krankenhaus eingewiesen wird“ und „den Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes so kurz wie möglich halten“ beantwortet. Erläuternd fügt Husebø hinzu, dass sie bei diesem Patientengut eine Krankenhausaufnahme z.B. bei einem Oberschenkelhalsbruch, nicht aber bei einer Lungenentzündung, Herzrhythmusstörungen oder einem Harnwegsinfekt sehe. Patienten mit Demenz sollten das Krankenhaus innerhalb von spätestens drei Tagen wieder verlassen. Die Verschlechterung des kognitiven Zustandes und die Gefahr eines Delirs sei (im norwegischen System) nicht durch die Vorteile einer Krankenhausbehandlung aufzuwiegen. In der Heimsituation sei die regelmäßige Überprüfung der Medikamentenregimes dringend anzuraten. Viele Medikamentengaben würden einfach fortgesetzt, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit bestehe, gerade auch bei Unruhezuständen (Neuroleptika).

Zur Arbeitssituation in norwegischen Altenheimen befragt, sagte Husebø, dass die meisten Pflegenden einen Bachelorabschluss hätten und von daher eine andere Herangehensweise an die Pflege. Damit stiege auch die Qualität der Versorgung die sich wiederum auf die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation auswirke. Wichtig sei, die Pflegenden zu aktuellen Themen auf dem Laufenden zu halten, weswegen ihr Institut eine entsprechende Internetpräsenz betreue und gerade auch ein App entwickle, die allen 900 Pflegeheimen zur Verfügung gestellt werden solle.

Die Geriatrie Abteilung und der Neubau des Krankenhauses in Bergen

Vorträge Nala Maik und Petter Thornam

Die geriatrie Abteilung des Haraldsplass-Krankenhauses wurde im Vortrag vorgestellt. Im Hinblick auf Menschen mit Demenz wurden fünf Handlungsfelder vorgestellt um ein demenzfreundliches Krankenhaus zu erreichen:

1. die Umgebung gestalten, in der Pflege stattfindet
2. Wissen, Fertigkeiten und Haltung in der Versorgung von Menschen mit Demenz verbessern

3. die Fähigkeit, kognitive Beeinträchtigungen zu identifizieren und mit Assessments zu bewerten
4. die Möglichkeit, Menschen mit Demenz in das häusliche Umfeld zu entlassen
5. die Entwicklung eines person-zentrierten Pflegepfades, der Pflegende und Familienangehörige mit einschließt

Besondere Herausforderungen sieht das gesamte Krankenhaus in

- der Beschilderung der Wege zu den Fachabteilungen
- dem Wissen und der Haltung des Personals
- der Rezeption: Wie geht es von hier weiter?
- der Notaufnahme: Zu viele gleichzeitige verwirrende Aktivitäten und keine Erklärungen
- zu wenig Kompetenz im Delirmanagement
- zu wenigen Einzelzimmer um Patienten zu separieren, die davon profitieren
- zu vielen Einzelinformationen in den Einweisungsdokumenten

Das Krankenhaus befindet sich mit vielen der Themen auf dem Weg. So soll z.B. der 4-AT-Test (kognitives Instrument) in der Notaufnahme etabliert werden um Patienten mit kognitivem Risiko zu identifizieren.

Als ein Steuerungs- und Planungsinstrument werden die „korridorpatienten“ eingeführt, also die Anzahl der Patienten pro Monat, die ein Bett auf dem Flur erhalten (müssen). Deren Anzahl hat sich seit dem Jahr 2014 deutlich verringert. Die Liegetage haben sich im Durchschnitt von 4,1 im Jahr 2012 auf 3,5 im Jahr 2016 im Durchschnitt des gesamten Krankenhauses verringert. Anschließend wird der Grundriss des neu geplanten Krankenhauses vorgestellt.

Besichtigung der geriatrischen Station im Haraldsplass

Die Besichtigung der geriatrischen Abteilung erfolgt durch die gesamte Gruppe gleichzeitig. Patientenzimmer können nicht besucht werden um die Patienten nicht zu beunruhigen. Die geriatrische Station ist Anlaufstelle für die 150.000 Bewohner der Region Bergen und Nordhordland. Sie verfügt über 24 Betten, die in 12 geriatrische Betten und 12 Betten für eine Stroke-Unit aufgeteilt sind. Die Stroke-Unit versorgt Patienten in einem Alter von über 60 Jahren, jüngere Patienten werden in ein anderes Krankenhaus gebracht. Auf Nachfrage der Notfallmediziner in der Gruppe erläutert der diensthabende Arzt, dass die Zeit zwischen Eintreffen im Krankenhaus und Beginn der Lyse bei ca. 27 Minuten liege, was einer der besten Werte Norwegens sei. Bei der Thrombolyse gebe es kein Alterslimit, ab einem Lebensalter von etwa 90 Jahren würde man „noch einmal nachdenken“.

Die Station verfügt über einen großen, hellen und gemütlich eingerichteten Aufenthaltsraum im Stil eines Wohnzimmers. Der Holzboden wirkt warm ist aber durch die Reinigung stark glänzend. Außerdem gibt es Räume für Physio- und Ergotherapie wo drei Patienten gleichzeitig betreut werden können. Viele entsprechende Therapien finden aber auch in den Patientenzimmern statt. Es gibt eine Therapieküche.

Der Anteil an Patienten mit demenziellen Veränderungen steige ständig, man könne auch doppelt so viele Betten belegen. Schwierig sei auch in Norwegen in der Grauzone zwischen multimorbiden kognitiv veränderten Patienten, Patienten der Geriatrie und Patienten der Gerontopsychiatrie zu unterscheiden. Wichtig sei es ein „Delir-freundliches“ Krankenhaus zu gestalten. Was die Gestaltung der Umgebung anbetreffe, sei Norwegen

erst auf dem Weg. Die geriatrische Station wird nach dem Neubau des Krankenhauses voraussichtlich noch einige Jahre im Altbau verbleiben.

Zusammenfassend unterscheidet sich die Geriatrie in ihren Strukturen kaum von einer durchschnittlichen deutschen geriatrischen Station.

Freitag, 2. Juni 2017 Ullevål-Universitäts-Krankenhaus in Oslo

Zum Abschluss der Reise führt uns der Weg zurück nach Oslo zum Ullevål-Universitäts-Krankenhaus wo wir Einblick in zwei große Themenbereiche bekommen haben: Die Entwicklung einer demenzfreundlichen Gesellschaft und demenzfreundlicher Krankenhäuser und schließlich die Versorgung junger Demenzkranker in der Memory-Klinik im Innlandet Hospital.

Demenzfreundliche Gesellschaft / Vortrag Randi Kiil

Die Bestrebungen der norwegischen Gesundheitsvereinigung „Nasjonalforeningen for folkehelsen“ im Bereich Demenz ähneln sehr stark den in Deutschland aufgelegten Programm „Demenz in der Kommune“ bzw. den Allianzen für Demenz. Der gemeinnützige Verein besteht seit 1910 und besitzt ca. 500 Ortsverbände, von denen sich etwa 100 ausschließlich dem Thema Demenz widmen. Die Vereinigung ist damit den Alzheimer Gesellschaften in anderen Ländern vergleichbar.

Das Programm aus drei Schritten: Zuerst wurde eine Demenz-Kampagne in ganz Norwegen gestartet, die für eine Zustimmung der Akteure zu den einzelnen Handlungsfeldern sorgte. Im zweiten Schritt wurden Kommunen angesprochen und lokale Arbeitsgruppen gebildet, die die örtlichen Themen sammeln und einen lokalen Demenzplan ausarbeiten. Im dritten Schritt werden verschiedene Personengruppen durch Materialien sensibilisiert, aufgeklärt und ausgebildet, die von der Nasjonalforeningen gestellt werden.

In diesem Jahr sollen die ersten 100 Gemeinden erreicht sein, im nächsten Jahr soll die Zahl der demenzfreundlichen Gemeinden auf 150 steigen.

Das Thema demenzfreundliches Krankenhaus ist dabei noch nicht ausreichend abgebildet.

Auf dem Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus / Vorträge von Anne Rita Øksengård und Anette Høyen Ranhoff

Norwegen befindet sich auf dem Weg zum demenzfreundlichen Krankenhaus am Beginn des Weges. Am 17. Mai 2017 (!) also etwa zwei Wochen vor unserer Studienreise fand ein erster Workshop zum Thema auf Einladung der Nasjonalforeningen statt. Teilnehmer waren Vertreter des Patientengremiums (Menschen mit Demenz), Vertreter von drei diakonischen Krankenhäusern in Norwegen, die Behörde Aldring og Helse, das schwedische Demenz-Zentrum, das Dandryd-Krankenhaus in Stockholm und ein speziell ausgebildeter Internist.

Aus der Diskussion ergab sich die Vision eines nationalen Planes für demenzfreundliche Krankenhäuser in Norwegen, die sich auch an die Erfahrungen des Silvia-Hemmet-Konzeptes in Schweden anlehnen.

Von der Memory-Klinik in die ambulante Versorgung: Die Versorgung jüngerer Patienten im ambulanten Bereich / Vortrag Peter Horndalsveen

Peter Horndalsveen ist Oberarzt der Memory-Klinik des Innlandet-Hospitals in Hamar. Die Klinik ist für ein Gebiet in Osten Norwegens zuständig, in dem etwa 380.000 Einwohner leben. Durch das große Einzugsgebiet haben die Patienten nicht selten eine Anreise von drei Stunden und auch deutlich länger zu bewältigen.

Der typische personelle Stab der Klinik besteht aus einem Arzt (Psychiater), Pflegepersonal mit psychiatrischer bzw. gerontologischer Ausbildung, Neuropsychologen sowie Ergotherapeuten. Die Klinik hat etwa 140 Erstkontakte im Jahr, die Patienten sind im Durchschnitt 62,5 Jahre alt. Man geht davon aus, dass es in Norwegen etwa 4.000 bis 5.000 solcher Patienten gibt. Bei einer geschätzten Zahl von 80.000 Demenzerkrankungen in Norwegen würde der Anteil der jungen Patienten 5-6% betragen. Zwei Drittel dieser Patienten stehen noch im Berufsleben, wenn die ersten Symptome beginnen, viele haben noch junge Kinder. Die Patienten sind vom Verlust der Fahrerlaubnis bedroht aber auch dem der sozialen und wirtschaftlichen Absicherung.

Mit der Festlegung vor mehr als 10 Jahren, dass junge Demenzpatienten (ausschließlich) in der Memory-Klinik betreut werden, wurden klare Strukturen geschaffen. Damit wurde auch die Aufgabe definiert, eine engmaschige und obligatorische Schnittstelle zur ambulanten Versorgung zu schaffen, die alle Akteure auf der Ebene der Gemeinde, wie z.B. die Memory-Teams oder die Hausärzte einschließt.

Wichtig ist, die verschiedenen Stadien zu kennen, die die Familie vor der Diagnose durchläuft: Blindheit gegenüber Krankheit und Symptomen, Sorge, Ungläubigkeit und schließlich der Moment der Diagnose. Dabei dauert es im Durchschnitt 2,5 Jahre vom Zeitpunkt an dem Hilfe gesucht wird bis zur Diagnose, bei frontotemporaler Demenz sogar vier Jahre.

Die typische Untersuchung dauert 2,5 Stunden. Pflegende Angehörige sind sowohl bei der Erst- als auch bei den Folgeuntersuchungen eingeladen. Die Diagnose selbst kann als Schock aber auch als Entlastung empfunden werden. Sie betrifft Personen, die in der eigenen Wahrnehmung gerade die Mitte des Lebens hinter sich gelassen haben und die Diagnose einer unheilbaren Krankheit erhalten. Die Patienten durchlaufen oft verschieden Stadien der Bewältigung. Die strukturierte Nachsorge ist daher eine ebenso wichtige Therapieoption wie Medikamente.

Das Innlandet-Krankenhaus hat daher eine Nachsorgestrategie mit 22 Aspekten entwickelt, und den „Staffelstab“ nach der Diagnose an die ambulante Versorgung zu übergeben. Einige Elemente sind z.B. das obligatorische Telefonat etwa zwei Wochen nach der Diagnose, die möglichst frühe Einbindung der ambulanten Angebote, die Weitergabe der Informationen (Epikrise) an den Hausarzt und das Memory-Team oder die Festlegung von Verantwortlichkeiten in Form von Ansprechpartnern in der ambulanten Pflege. Das Angebot umfasst auch eine Reihe von Einzel- und Familien-Therapiesitzungen für den Patienten und die Angehörigen zusätzlich zur üblichen Nachuntersuchung alle sechs Monate. Die Klinik steht dabei stets als Ansprechpartner für die Akteure bereit. Diese Form der Nachsorge kann mehrere Jahre bestehen. 2014 wurde die Klinik damit beauftragt, das Modell zusammenzufassen, um ein Ziel des Demenzplans 2015 zu erreichen.

Im Rahmen der Tätigkeit entstand auch das Buch „Ein ungeladener Gast“ („En ubuden gjest“) von Peter Horndalsveen, das das Modell des Innlandet-Hospital im Detail beschreibt. Das Innlandet-Modell wurde schließlich in die nationalen Demenz-Leitlinien aufgenommen, die in der zweiten Hälfte 2017 erscheinen sollen.