

ipg research notes 14/2015

B. Fuchs & F.R. Lang

Patienten mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und Demenz im Klinikum Bamberg (MulDemBa)

Evaluationsstudie eines Versorgungskonzepts zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz im Krankenhaus

Abschlussbericht





I Inhaltsverzeichnis

1	Theoretischer Bezugsrahmen		
	1.1	Ziele	4
	1.2	Fragestellungen	4
2	Unte	rsuchunsplan	5
3	Unte	rsuchungsvorgehen	7
4	Erge	bnisse: Befragung Pflegefachkräfte	9
	4.1	Rahmendaten	9
	4.2	Belastungserleben in der Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz	10
	4.3	Kontakt zur Demenzbeauftragten	11
	4.4	Wissensbedarf zum Thema Demenz	13
	4.5	Patientenzimmer	13
	4.6	Empfehlungen zum Patientenkontakt der Demenzbeauftragten	14
	4.7	Empfehlungen zum Angehörigenkontakt der Demenzbeauftragten	15
5	Erge	bnisse: Befragung Demenzbeauftragte	15
	5.1	Rahmendaten	15
	5.2	Aufgabendarstellung	16
6	Erge	bnisse: Befragung Angehörige	17
	6.1	Rahmendaten	17
	6.2	Zusammenfassende Inhaltsanalyse (deduktives Vorgehen)	17
		6.2.1 Aufnahmesituation	18
		6.2.2 Patientenzimmer	19
		6.2.3 Mahlzeiten- und Flüssigkeitsversorgung	20
		6.2.4 Kontakt zu Pflegefachkräften	21
		6.2.5 Kontakt zur Demenzbeauftragten	24
7		isnahe Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegequalität bei nten mit Zweitdiagnose Demenz	27
II	Abki	ürzungsverzeichnis	
Ш	Anha	ang	
IV	Liter	aturverzeichnis	

1 Theoretischer Bezugsrahmen

Ein Krankenhausaufenthalt kann für Menschen mit Demenz mit großen Schwierigkeiten verbunden sein und sowohl Angehörige als auch die Kontaktpersonen im Krankenhaus vor besondere Herausforderungen stellen. Aktuelle Daten weisen für die deutschlandweite Krankenhauslandschaft nach, dass Patienten mit Demenz längst keine Seltenheit mehr sondern den Regelfall darstellen. Dabei kann über alle Stationen hinweg mittlerweile von einem durchschnittlichen Anteil von 23 % Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung ausgegangen werden (vgl. Isfort 2014: 5f.). Die zentralen Probleme, die dabei auf die Patienten einwirken, scheinen in der Kontinuität, Qualität und Patientensicherheit während der Krankenhausbehandlung zu liegen (vgl. Isfort 2012: 37f.).

Um auf bestehende und zu erwartende Herausforderungen zu reagieren wird im Klinikum am Bruderwald (KaB) der Sozialstiftung Bamberg angestrebt, den Krankenhausaufenthalt von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) und die Begleitung ihrer Angehörigen demenzsensibel an deren Bedürfnissen zu orientieren. Zur Zielerreichung wurden klinikintern verschiedene Maßnahmen in einem pflegerischen Versorgungskonzept definiert (Hollstein, Podszus 2011). Es beinhaltet die mit Projektbeginn neu geschaffene Stelle einer Demenzbeauftragten (DBA), Patientenmodellzimmer, Ehrenamtliche und Schulungen für Pflegefachkräfte.

Die vorliegende Studie ist als entwicklungsorientierte Evaluation angelegt und weist einen unmittelbar an der klinischen Pflegepraxis -im Setting Akutkrankenhausorientierten Fokus auf. Dabei kann die unabhängige Rolle des Evaluators (FAU) während der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (KaB) diesen ermöglichen, ihre Tätigkeit einzuschätzen und im Sinne von Verbesserungen weiterzuentwickeln (vgl. Øvretveit 2002: 50).

1.1 Ziele

Das Hauptziel der Untersuchung liegt darin, die Tätigkeit der Demenzbeauftragten (DBA) empirisch zu evaluieren. Weitere Ziele stellen die multiperspektivische Erhebung von Wissens- und Unterstützungsbedarf, Bedürfnissen, Belastungen bei der Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) im Krankenhaus und ersten Nutzererfahrungen in den Modellzimmern dar. Hierdurch sollen Erkenntnisse zur zielgerichteten Weiterentwicklung der Konzeptbestandteile gewonnen und praxisnahe, konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegequalität bei PmZD im Krankenhaus abgeleitet werden, als Beitrag zur Qualitätsentwicklung, hin zu einem demenzsensiblen Krankenhaus.

1.2 Fragestellungen

Um die Zielsetzung zu erreichen, ist für die vorliegende Untersuchung die Hauptfragestellung leitend: "Welche Veränderungen ergeben sich in der Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz durch die Stellenneuschaffung einer Pflegefachkraft mit Erfahrung in der Pflege von Menschen mit Demenz?" mit folgenden Unterfragestellungen:

- Welche Belastungen erleben Pflegefachkräfte in der Pflege von PmZD im Krankenhaus und welche Verbesserungen schlagen sie vor?
- Welche Belastungen erleben Angehörige von PmZD während eines Krankenhausaufenthaltes und welche Verbesserungen schlagen sie vor?
- Wie beschreiben Pflegefachkräfte und Angehörige erste Erfahrungen mit den Modellzimmern für PmZD?

2 Untersuchunsplan

Um Einsicht in die Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) während des Krankenhausaufenthaltes im Klinikum Bamberg (KaB) zu gewinnen, wurden Daten aus dem "natürlichen Setting" (Burns, Grove 2005: 37), von Stationen mit dieser Patientenklientel, erhoben. Leitend für die Stichprobenwahl benennen Morse und Field (1998) die Prinzipien "Angemessenheit" und "Nutzen" (ebd. 76). Dementsprechend wurden die Stichprobengruppen der Demenzbeauftragten (N=1), der Pflegefachkräfte (N=24) und der Angehörigen von PmZD (N=14) gebildet, die am besten geeignet scheinen, über Informationen zur Beantwortung der Forschungsfragen zu verfügen.

Die Stelle der Demenzbeauftragten (DBA) wird im Klinikum von einer Pflegefachkraft, die über Erfahrung in der Pflege von PmZD verfügt, klinikweit und stationsübergreifend ausgeübt. Der Feldzugang wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen mit ihrer Unterstützung erschlossen. Die Datenerhebung bei den Pflegefachkräften erfolgte gesteuert auf acht ausgewählten Stationen mit statistisch verzeichnetem Aufkommen an PmZD. Die Angehörigen konnten klinikweit rekrutiert werden.

Der DBA Datenerhebung ausführliches gingen vor Beginn der ein Informationsschreiben (Anhang A) und eine Einverständniserklärung (Anhang B) zur Studienteilnahme zu. Sie begleitete die Forscherin bei Gesprächen mit den Stationsleitungen im Setting, bei denen das Studienvorhaben vorgestellt wurde. Ebenso begleitete sie das Verteilen von Studieninformationsflyern an die Pflegefachkräfte etwa zwei Wochen vor der Untersuchung, und Studienunterlagen in deren Personalfächer. Hier waren ein Informationsschreiben (Anhang C), eine Einverständniserklärung (Anhang D), der Fragebogen (Anhang E) sowie ein Rückumschlag enthalten, mit dem Hinweis, den ausgefüllten Fragebogen anonym im verschlossenen Umschlag in ein entsprechend gekennzeichnetes Fach in die Nähe der Personalfächer zu legen.

Die Rekrutierung der Angehörigen von PmZD begann mit dem persönlichen Erstkontakt der DBA. Im Verlauf der Rekrutierungsbemühungen wurden verschiedene Ansätze verfolgt, bei denen das Vorgehen der DBA in der klinischen Praxis leitend

war. Sie prüfte während des nahezu viermonatigen Rekrutierungszeitraumes bei jedem PmZD, zu dem sie Kontakt hatte (im Rahmen von Pflegevisiten, siehe Definition Anhang F), ob dessen Angehörigenperson die Studieneinschlusskriterien (Anhang G) erfülle. Konnte dies bejaht werden, informierte sie die Angehörigen (und ggf. PmZD) persönlich bzw. telefonisch über Ziel und Vorgehen der Studie und erfragte das Interesse zur Teilnahme.

Wenn die Angehörigen Interesse bekundeten ging ihnen die Studienmappe mit ausführlichem Informationsschreiben (Anhang H), Einverständniserklärung (Anhang I) und Fragebogen (Anhang J) mit frankiertem Rückumschlag zu, mit der Bitte, diesen bei Interesse zur Studienteilnahme bis spätestens drei Tage nach der Entlassung des PmZD auszufüllen und an die klinikexterne Forschergruppe zu senden. Die Situation, dass sich von den 29 versandten Studienmappen nach ein paar Wochen ein äußerst geringer Rücklauf zeigte, veranlasste zur Vermutung, dass der Zeitraum zum Ausfüllen des Fragebogens zu kurz bemessen war. Hierauf wurde mit Telefonanrufen bei potenziellen Studienteilnehmern reagiert, bei denen die Angehörigen überwiegend diese Vermutung bestätigten und darunter etwa die Hälfte Interesse zur Studienteilnahme äußerte.

3 Untersuchungsvorgehen

Die Datenerhebung bei der Demenzbeauftragten (DBA) wurde quantitativ und qualitativ geführt. Sie wurde einmal pro Woche anhand einer pc-gestützten Selbsterfassung (Anhang K) zu ihren Stellenaufgaben, Unterstützungsbedarf und Vorschlägen für die Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) im Krankenhaus befragt. Zudem wurden quartalsweise Fragebogenerhebungen (Anhang L) durchgeführt, zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen und ein narratives Kurzinterview zur konkreten Ausgestaltung ihrer Stellenaufgaben in der letzten Arbeitswoche geführt. Der Rücklaufquote von 100% ist anzumerken, dass sich die DBA als Einzelperson weder pseudonymisieren noch anonymisieren ließ.

Bei den Pflegefachkräften wurde die Datenerhebung quantitativ in Form einer Fragebogenerhebung (Anhang E) geführt zu den Bereichen Belastungserleben, Unterstützungsbedarf und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflege von PmZD. Von den 67 Fragebögen, die auf acht Stationen im Setting verteilt wurden, haben 24 Pflegefachkräfte einen ausgefüllten Fragebogen abgegeben (Rücklaufquote: 36%).

Von den Angehörigen wurden quantitative als auch qualitative Daten erhoben. Nach Erhalt des informed consent durch Eingang der schriftlichen Einverständniserklärung des ausgefüllten Fragebogens bei der Forschergruppe, Angehörigenperson als Studienteilnehmer in die Untersuchung aufgenommen. Die Forscherin nahm anschließend telefonisch Kontakt auf und vereinbarte einen Termin zum persönlichen, leitfadengestützten Angehörigeninterview (Anhang M) in Form eines Hausbesuches, etwa drei Monate nach der Krankenhausentlassung des Patienten. Im Telefongespräch konnten zudem vereinzelte Fragen zur Studie detailliert beantwortet werden. Von den 29 Studienunterlagen die an Angehörige versendet wurden, konnten im Zeitraum von ungefähr vier Monaten Interviewtermine mit 14 Angehörigen von PmZD vereinbart werden (Rücklaufquote: 48%).

Die Fragebögen beinhalten in der Stichprobe der Angehörigen und Pflegefachkräfte die Instrumente Zarit Burden Interview (Braun et al. 2010, modifiziert n. Fuchs 2013), die Quality of life-AD Scale (Logsdon, R. et al. 2002), das Nürnberger-Alters-Rating (Oswald, Fleischmann 1994) und Freitextmöglicheit. Für die Angehörigenbefragung wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Entsprechend der Datenerhebung wird auch die Datenanalyse quantitativ -überwiegend in Darstellung von Mittelwerten (*M*) und Häufigkeiten (*f*)- und qualitativ anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) mit deduktivem Vorgehen (ebd. 74) geführt. Vor dem Hintergrund der (27-monatigen) Projektlaufzeit und Anforderungen in der klinischen Praxis geschuldeten Änderungen im Projektplan, kann im Rahmen dieses Abschlussberichtes erst ein Teil der gesammelten Daten analysiert werden. Die erhobenen Daten bieten aber den Ausgang für weitere Forschungsarbeit im Thema.

4 Ergebnisse: Befragung Pflegefachkräfte

Für die Untersuchung der Pflegefachkräfte wurde das Setting gesteuert und acht Stationen gewählt, auf denen im Vorjahr klinikintern ein hohes Aufkommen an Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) statistisch verzeichnet war. Auf vier dieser Stationen kommunizierte die Demenzbeauftragte (DBA) verstärkt ihre Stelle –die zum Zeitpunkt der Datenerhebung etwa 16 Monate besteht- durch mehrmalige persönliche Kontakte zu Pflegefachkräften und führte Pflegevisiten (PV) (Anhang F) bei Patienten der Zielgruppe. Zudem wies sie Pflegefachkräfte darauf hin, bei Stationsaufnahme von PmZD Kontakt mit ihr aufzunehmen. Die Pflegefachkräfte der Stationen mit PV geben an, sie hatten im Mittel bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung etwa einmal pro Monat Kontakt zur DBA. Zu den anderen vier Stationen ohne PV forcierte sie bis zum Datenerhebungszeitraum keinen Kontakt, konnte aber angefordert werden. Hier nennen die Pflegefachkräfte, sie hatten bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung seltener als einmal pro Monat Kontakt zur DBA.

4.1 Rahmendaten

Von den ausgefüllten Fragebögen (N=24) stammen 50% von Stationen mit Pflegevisite (PV), weitere 50% von Stationen ohne PV der Demenzbeauftragten (DBA). An der Datenerhebung beteiligten sich 18 weibliche und 6 männliche Pflegefachkräfte, mit einem Altersdurchschnitt von 35,6 Jahren und einer durchschnittlich wöchentlichen Arbeitszeit von 38 Stunden. Im Mittel lag die Berufsausbildung der Pflegefachkräfte 13,3 Jahre zurück und von 13,9 Jahren der Tätigkeit in diesem Beruf leisteten sie 5,6 Jahre auf der befragten Station. Unter den Pflegefachkräften (N=24) treffen 87.5% zur überwiegenden Arbeitssituation auf ihrer Station die Aussage, es trifft voll und ganz bis eher zu, dass überwiegend ein Betriebsklima herrsche, in dem sie sich wohl fühlen, gegenüber 12.5% der Pflegefachkräfte die äußern dies treffe eher nicht bis gar nicht zu. Die Aufgaben ihrer pflegeberuflichen Tätigkeit überfordere ebenso 87.5% gar nicht bis eher nicht, weitere 8.3% bejahen diese Aussage eher (o. A. 4.2%). Durch Patienten Dankbarkeit erfahren 58.3% voll und ganz bis eher und 37.5% eher nicht bis gar nicht (o. A. 4.2%). Wertschätzung von Angehörigen zu erleben, die ihre Arbeit für die Patienten überwiegend zu schätzen wissen, geben 54.2% mit voll und ganz bis eher ja an und 37.5% der Pflegefachkräfte erleben dies eher nicht bis gar nicht.

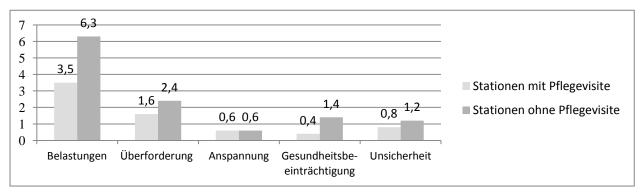
4.2 Belastungserleben in der Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz

In diesem Kapitel wie auch in den folgenden Unterkapiteln werden die Angaben der Pflegefachkräfte im Vergleich der Stationen mit und ohne Pflegevisite (PV) der Demenzbeauftragten (DBA) betrachtet. Eine Vergleichstabelle findet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang N).

Die Belastung von Pflegefachkräften durch die Pflege von PmZD werden auf den Stationen mit PV anhand deutlich geringerer Werte angegeben (M 3,5) als auf den Stationen ohne PV (M 6,3) (Befragung anhand einer Skala von 0 = gar nicht belastet bis 10 = sehr stark belastet). Dabei würde die Situation, dass sie sich überfordert fühlen, bei ihrem Versuch neben der Pflege von PmZD ihren anderen Verpflichtungen (Pflegeaufgaben) nachzukommen bei 8.3% nie zutreffen (Angabe ausschließlich i. d. Gruppe mit PV), bei 58.3% manchmal bzw. selten (mit PV: 66.6%, ohne PV; 50%) und bei 29.2% häufig bis fast immer zutreffen (mit PV: 16.7%, ohne PV: 41.7%) (o. A. 4.2%). Dass sie sich angespannt in der Nähe von PmZD fühlen, komme in beiden Gruppen unter 41.7% nie vor, bei 50% selten und bei weiteren 8.3% manchmal. Unter den Pflegefachkräften glauben 37.5% (mit PV: 58.3%, ohne PV: 16.7%), dass ihre Gesundheit unter ihrem Engagement gegenüber PmZD nie leide. Weitere 45.8% geben an, dies treffe manchmal bis selten zu (mit PV: 33.3%, ohne PV: 58.3%) und lediglich in der Gruppe ohne Pflegevisite geben 16.7% an, dies würde häufig bis fast immer zutreffen. Nie unsicher zu sein, was sie in der Pflege von PmZD machen sollen geben in beiden Gruppen 33.3% der Pflegefachkräfte an. Weitere 58.3% nenne hierbei manchmal bis selten unsicher zu sein (mit PV: 66.7%, ohne PV: 50%). Lediglich in der Gruppe ohne PV geben 8.3% an, häufig unsicher zu sein. Betrachtet man die Einzelangaben, nennen von den Befragten (N=24) dennoch nahezu 20,8% der Pflegefachkräfte, dass sie manchmal bis häufig unsicher sind, was sie in der Pflege von PmZD machen sollen.

Die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegefachkräfte ist in der folgenden Graphik, anhand von Mittelwerten, dargestellt. Der Befragung zum Konstrukt "Belastungen" liegt eine Skala zugrunde von 0 = trifft gar nicht zu, bis 10 = trifft sehr stark zu. Die Werte der Konstrukte "Überforderung", "Anspannung", "Gesundheitsbeeinträchtigung" und

"Unsicherheit" wurden anhand einer Skala erhoben, mit den Antwortmöglichkeiten 0 = trifft nie, 1 = trifft selten, 2 = trifft manchmal, 3 = trifft häufig und 4 = trifft fast immer zu.



(Graphik: Vergleichende Darstellung der Mittelwerte auf Stationen mit und ohne Pflegevisite)

4.3 Kontakt zur Demenzbeauftragten

Bei der Untersuchung von Effekten der Stelle einer Demenzbeauftragten (DBA) bildet die Perspektive von Pflegefachkräften einen wichtigen Faktor. So nennen unter den Befragten der Stationen mit Pflegevisite (PV) 50% der Pflegefachkräfte, sie erleben die DBA bei Problemen in der Pflege von PmZD nicht als Unterstützung, gegenüber weiteren 41,7% welche diese als Unterstützung (8,3% o. A.) erleben. Auf den Stationen ohne PV äußern für diese Fälle 58,3% der Pflegefachkräfte die DBA nicht als Unterstützung zu erleben und 8,3% sie als Unterstützung zu erleben (33,3% o. A.). Zum Vergleich, in der Gesamtstichprobe (N=24) sind es 54,2% der Pflegefachkräfte die angeben, sie würden die DBA bei Problemen in der Pflege von PmZD nicht als Unterstützung erleben und 25% die sie als Unterstützung erfahren (20,8% o. A.).

Die Pflegefachkräfte der Gesamtstichprobe benennen folgende Gründe unter denen sie eine DBA als Unterstützung erleben, wenn sie: beruhigend auf PmZD wirkt und sich kurz mit ihnen auseinandersetzt, gute Vorschläge und Hinweise zur Verbesserung der Pflege gibt, PmZD besucht, Ansprechpartner für Pflegefachkräfte ist und nach Problemen fragt, PmZD und Angehörige gut berät, versorgt und Erfahrungen austauscht.

Nicht als Unterstützung erleben die Pflegefachkräfte eine DBA, wenn sie: diese bei Bedarf nicht erreichen (z. B. PmZD verlässt unbemerkt die Klinik), selbst sehr gut mit Demenzkranken zurechtkommen, aus dem Patientenzimmer geschickt werden, bei Flurbelegung auf Zimmerverlegung hingewiesen werden aber kein Patientenzimmer frei ist und wenn sie wenig Zeit haben. Weiter, wenn sie die DBA nicht bei PmZD sehen, Gespräche aber keine direkte Hilfe von ihr erfahren, durch Seminarbesuche über mehr spezifisches Fachwissen verfügen oder einen fehlenden Bezug der DBA zu realem Arbeitsablauf u. -/aufwand auf der Station wahrnehmen. Ebenso wenn sie mit Angehörigen und Ärzten spricht aber Pflegefachkräften keine Tipps gibt oder wenn die Pflegefachkräfte die Meinung vertreten, eine Einzelperson könne nichts ausrichten und mehr Planstellen und Personen seien erforderlich, die sich ausschließlich um PmZD kümmern.

Weiter haben die befragten Pflegefachkräfte auch konkrete Vorstellungen, wie eine DBA dazu beitragen kann, die persönliche Arbeitsbelastung in der Pflege von PmZD zu reduzieren. Hier werden die häufigsten Angaben dazu getroffen, durch direkte Anwesenheit der DBA die PmZD auf der Station zu betreuen und zu beschäftigen (z. B. Vorlesen. kognitives Training, Aktivierung, Gespräche) Spiele. Pflegefachkräften in Akutsituationen direkte Unterstützung auf der Station zu leisten (z. Beruhigung von schreienden PmZD, Beaufsichtigung bei Hinlauftendenz, Unterstützung bei Nahrungsaufnahme und Tabletteneinnahme) und PmZD zu Therapien und während der Diagnostik zu begleiten, um ihnen Sicherheit zu vermitteln. Die Pflegefachkräfte geben an, ihnen würden praxisnahe Schulungen (z. B. im Umgang mit PmZD) helfen um ihre Arbeitsbelastung zu reduzieren, wenn diese zu einem für sie gut wahrnehmbaren Zeitpunkt stattfinden.

Zudem wünschen sie Informationen und Ratschläge zu Methoden und Möglichkeiten in der Pflege der Zielgruppe und Hinweise zur Verbesserung der Patientensituation bei aktueller Patientenbelegung (z. B. Analyse der Patientenbetreuung). Weiter äußern sie Gesprächsbedarf auf Station (z. B. Problembesprechungen, Fallbesprechungen) und den Wunsch nach einem Ansprechpartner für jegliches Problem, der stets ein offenes Ohr hat und durch indirektes Involviertsein in die Patientensituation Stärken, Schwächen und Ängste schneller als die direkte Pflegefachkraft erkennen könne. Ein weiterer Aspekt wird darin gesehen, einen segregativen Pflegebereich ausschließlich

für PmZD aufzubauen sowie einen Personenkreis, der sich gezielt um die Pflege dieser Patienten kümmert.

4.4 Wissensbedarf zum Thema Demenz

Eine Untersuchung der Stationen mit und ohne Pflegevisite (PV) zeigt, dass auf den ohne PV der Demenzbeauftragten Stationen (n=12) weitaus Pflegefachkräfte das Gefühl haben, sie müssten noch mehr zum Thema Demenz wissen (58,3%) gegenüber der Gruppe mit PV (n=12), in der dies 33,3% der Befragten angeben. Betrachtet man die Angaben der Gesamtstichprobe, so haben exakt gleich viele Pflegefachkräfte (45,8%) Wissensbedarf wie diejenigen, die Wissensbedarf zum Thema verneinen (45,8%) (8,3% o. A.). Zu ihrem Wissensbedarf im Bereich Demenz nennen die Pflegefachkräfte die konkreten Themen: Allgemeiner Umgang (36,4%), Beschäftigung (18,2%), Verhalten von PmZD verstehen lernen (18,2%). In weiterer Einzelnennung: Denken von PmZD verstehen lernen, Umgang bei herausforderndem (besonders im Nachtdienst!), Ernährung, Orientierung, Verhalten Anamnese, Abgrenzung als Schutz vor Burn-Out, Krankheitsverlauf, Möglichkeiten der Station im alltäglichen Routineablauf, Sicherheit und freiheitsentziehende Maßnahmen.

4.5 Patientenzimmer

In der Gesamtstichprobe stammen lediglich 20,8% der Fragebögen von der Station mit den drei Modelzimmern, die anhand demenzsensibler Licht- u. Raumgestaltung im Rahmen eines Projektes der Technischen Universität München (Dietz o. Datum) errichtet wurden. Unter diesen Angaben wurden für Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) die optischen Orientierungshilfen und die farbliche Abstimmung bzw. Zuteilung von Bett und Patientenschrank der Modellzimmer für gut befunden. Als Veränderung schlagen 8,3% der Pflegefachkräfte vor, einen ausklappbaren Tisch im Modellzimmer weiterzuentwickeln, der zu schwer sei. Weiter wäre die Deckenlampe zu hell und würde ungemütlich wirken. Zusätzlich werden in den Modellzimmern bequeme Sessel vorgeschlagen, damit PmZD ruhig sitzen und sich wohler fühlen könnten.

Unter den Vorschlägen für die "gewöhnlichen" Patientenzimmer wurde am häufigsten die farbliche Gestaltung von Wänden, Schränken und Toilettendeckel angeführt, da weiß von PmZD schlecht erkannt und deswegen (z. B. die Toilette) nicht gefunden

würde. Hierzu werden harmonische Farben empfohlen, welche eine positive Wirkung auf PmZD haben können. Am zweithäufigsten werden Niederflurbetten genannt, um einer Sturzgefahr, die für PmZD bei Bewegungsdrang von Bettgittern ausgeht, vorzubeugen. Um eine bessere Orientierung zu bieten, werden zudem markante Markierungen empfohlen (z. B. große Zahlen, Bilder, abziehbare Türschilder u. Aufkleber), eine wohnliche Zimmergestaltung, dimmbares Licht und Patientenglocken ohne rotes Licht (Irritation). Zudem scheint die Beaufsichtigung von PmZD für die Pflegefachkräfte sowohl tagsüber als auch nachts einen zentralen Stellenwert zu besitzen, da Zimmer mit Sichtfenstern bis hin zu Kameraüberwachung in der Nacht vorgeschlagen werden, um die Nachtruhe nicht durch Kontrollgänge zu stören.

4.6 Empfehlungen zum Patientenkontakt der Demenzbeauftragten

Die Pflegefachkräfte haben konkrete Vorschläge, wie die Demenzbeauftragte (DBA) dazu beitragen könnte, den Krankenhausaufenthalt für Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) angenehmer zu gestalten. Am häufigsten nennen sie auch hier eine direkte Beschäftigung (29,2%) und Unterstützung durch Hilfspersonal zu organisieren. Dabei sollten die Beschäftigungssequenzen mehrmals täglich, in Form von Kleingruppen angeboten werden, um Ängste zu nehmen und Hinlauftendenzen mindern zu können. Am zweitwichtigsten erachten die Befragten die Zusammenarbeit der DBA mit Angehörigen (12,5%), die bei PmZD stärker in den Krankenhausaufenthalt einbezogen werden sollten. Zudem sollte ihnen die Mitaufnahme einer Bezugsperson vorgeschlagen werden, welche der PmZD gut kennt und auf die er positiv reagiert. Weitere 8,3% empfehlen der DBA bei verordneter Bettruhe PmZD bei Bewegungsdrang Gesellschaft zu leisten, um sie abzulenken und so einem Aufstehen, mit gegebenenfalls unbemerktem Umherlaufen, vorzubeugen.

Desweiteren wird der DBA in Einzelnennung für den direkten Patientenkontakt eine reale Einschätzung der stationären Pflegesituation und Mitarbeit auf der Station vorgeschlagen. Und als indirekte Empfehlungen um für PmZD auf der Station Verbesserungen anzuregen werden Schulung des Personals, Arztgespräche zur Prüfung der Analgetikadosierung (Hinweis: beeinträchtigte Schmerzäußerung bei PmZD) und der Aufbau eines geschützten Bereiches, für PmZD auf der Station genannt.

4.7 Empfehlungen zum Angehörigenkontakt der Demenzbeauftragten

Ebenso treffen die Pflegefachkräfte Angaben darüber, wie die Demenzbeauftragte (DBA) dazu beitragen könnte, den Krankenhausaufenthalt für Angehörige von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) angenehmer zu gestalten. Hier wird überwiegend genannt Angehörige zu informieren, aufzuklären und zu beraten Bereichen: Symptome, Verhalten (45,8%)in den im Kontakt mit dem demenzerkrankten Angehörigen (z. В. nonverbale Kommunikation), Patientenverfügung (z. B. Patientenwillen im Arztgespräch vertreten: "Angehörige beraten, dass sie die Patientenverfügung des Patienten akzeptieren und sich nicht von Dr. überreden lassen PEG usw. legen zu lassen." (Zitat Pflegefachkraft: PKNE0031), Nachsorgesituation (z. B. Hilfsangebote bei häuslicher Pflegesituation, Heimunterbringung), Selbsthilfegruppen, Betreuungs- u. Unterstützungsangebote, Gespräche anbieten und signalisieren bei Fragen Ansprechpartner zu sein, um Ängste und Überlastung abzubauen und Angehörigen Sicherheit zum Krankenhausaufenthalt zu vermitteln.

5 Ergebnisse: Befragung Demenzbeauftragte

Die vorliegende Arbeit kann Einblick in die Tätigkeit der Demenzbeauftragten (DBA) am Klinikum Bamberg geben. Obwohl diese regelmäßig Kontakt mit Vertretern der Klinikmanagementebene hat (z. B. Pflegedirektion, Qualitätsmanagement) wird hier die Perspektive von Pflegefachkräften und Angehörigen im Kontakt mit der DBA, zur Untersuchung dieses zentralen Konzeptbestandteils, fokussiert.

5.1 Rahmendaten

Der Stellenumfang der Demenzbeauftragten (DBA) betrug bei Projektbeginn 50% (20 Std. WAZ) und wurde nach knapp anderthalb Jahren auf 75% (27,5 Std. WAZ) erhöht. Bei Projektbeginn wurde gemeinsam mit ihr eine Tätigkeitsbeschreibung erstellt (Anhang O) in der ihre Stellenaufgaben in Form von Tätigkeitsbereichen detailliert

beschrieben sind (geringfügige Modifikation während erster Hälfte der Projektlaufzeit). Die Tätigkeitsbeschreibung bot der DBA zudem die Grundlage zur wöchentlichen Selbsterfassung ihrer geleisteten Aufgaben, per Dokumentation im hierfür erstellten Datenerhebungsinstrument (Anhang K), mit dem eine wöchentliche Zeiterfassung innerhalb der Tätigkeitsbereiche erhoben werden konnte. Zudem bietet diese im Freitext die Möglichkeit neue Aufgaben zu dokumentieren und Situationen zu beschreiben, in denen sie gezielt auf herausforderndes Verhalten (z. B. Wandern, akustische Störungen, Aggressivität, Passivität) von PmZD reagiert hat, das von ihr, Pflegekräften, Ärzten, Mitpatienten oder Angehörigen als problematisch erlebt wurde.

5.2 Aufgabendarstellung

Zwecks einer guten Übersicht der Datenmenge werden die geleisteten Zeiten der Aufgaben der Demenzbeauftragten (DBA) innerhalb der einzelnen Tätigkeitsbereiche in diesem Abschnitt zusammengefasst und detailliert im Anhang graphisch dargestellt (Anhang P). Die Aufgaben der DBA weisen im Gesamtzeitraum der 16-monatigen Datenerhebung den höchsten Wert im Tätigkeitsbereich Bürotätigkeiten (63.2%) auf. Mit weitem Abstand gefolgt von Aufgaben im Bereich krankenhausexterner <u>Projektinformationen</u> <u>(15.9%)</u> und Aufgaben im Tätigkeitsbereich Patienteninformationen (7.7%). Vergleichsweise geringe Unterschiede (zwischen 2.9% bis 1.8%) ergeben sich für die Verteilung der Aufgaben in den Tätigkeitsbereichen Pflegekräfte (2.9%), Information Information Angehörige (2.6%),Beschäftigungsangebot (2.1%) und Patientenunterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) (1.8%).

Anhand einer quartalsweisen Darstellung ihrer Aufgaben in den einzelnen Tätigkeitsbereichen können Veränderungen im Zeitverlauf betrachtet werden. Hier empfiehlt sich, zum Vergleich von patientennahen und patientenfernen Aufgaben, die Tätigkeitsbereiche Patienteninformationen (höchste Werte im direkten Patientenkontakt der DBA bei 7,7%) und Bürotätigkeiten (patientenfern) zu betrachten. Eine detaillierte graphische Darstellung ist im Anhang (Q) einzusehen.

6 Ergebnisse: Befragung Angehörige

In der Studie konnten von 14 Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) mit Aufenthalt im Klinikum am Bruderwald (KaB), je eine Angehörigenperson (N=14) zur Studienteilnahme rekrutiert werden. Die PmZD waren alle weiblich und im Mittel 81,4 Jahre alt, bei einem Krankenhausaufenthalt von durchschnittlich 6,3 Tagen. Bei der Hälfte dieser Patienten war die Diagnose der Demenz nicht näher bezeichnet, bei 14,3% war eine vaskuläre Demenz diagnostiziert, bei 21,4% Demenz vom Typ Alzheimer und bei weiteren 14,3% ein Verdacht auf Demenz. Darunter befand sich etwa ein Drittel im schweren (28,6%) und 7,1% im leichten Stadium einer Demenzerkrankung. Bei dem überwiegenden Teil lag keine Einschätzung der Demenzsymptome anhand von Schweregraden vor (64,3%).

6.1 Rahmendaten

In der Stichprobe der neun weiblichen und fünf männlichen Angehörigen (N=14), befanden sich acht Töchter, vier Söhne, ein Ehemann und eine Nichte. Im Mittel waren die Studienteilnehmer 55,5 Jahre alt und leisteten während des Krankenhausaufenthaltes ihres demenzerkrankten Angehörigen (M 6,3) etwa sechs Besuche im Krankenhaus (M 5,9).

6.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse (deduktives Vorgehen)

Die strukturierende Inhaltsanalyse mit deduktivem Vorgehen ermöglicht aus dem Material [der Angehörigeninterviews] eine bestimmte Struktur herauszufiltern, indem ein theoretisch begründetes Kategoriensystem zugrunde gelegt wird (Mayring 2008: 82f.). In der vorliegenden Arbeit hat diese Technik eine inhaltliche Strukturierung zum Ziel, mit der bestimmte Themen und Inhaltsbereiche extrahiert und entsprechend der Fragestellungen zusammengefasst werden können (vgl. ebd. 85). Für das deduktive Vorgehen sind die Fragen der Angehörigeninterviews leitend (Anhang M). Ein Ablaufmodell zur inhaltlichen Strukturierung der Analyse findet sich im Anhang (Q).

6.2.1 Aufnahmesituation

Da ab Beginn einer Krankenhausaufnahme diverse Faktoren (z. B. lange Wartezeiten, fehlende Zuständigkeit, Unruhe) Menschen mit Demenz herausfordern (z. B. wegzulaufen, sich unruhig zu verhalten, Angsterleben) und Angehörige belasten (z. B. Hilflosigkeit, Stresserleben) können, muss eine Untersuchung hier ansetzen. Unter diesen Bedingungen kann der Informationstransfer, dem bei Aufnahme von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) eine hohe Bedeutung zukommt, für Angehörige eine Belastung darstellen. Zur Aufnahme von Menschen mit Demenz werden geplante Krankenhausaufnahmen mit detaillierter Vorbesprechung mit Angehörigen, Zeit für Fragen und ausführlichem Transfer von Informationen zum demenzerkrankten Angehörigen im Vorfeld empfohlen. Weiter könne es Angehörige beruhigen, wenn währenddessen gelingende Aufnahmesituationen bei anderen Patienten beobachtet werden können:

"Und wie dann der ASB oder Rotes Kreuz und wie die Übernahme von ihnen kommt und da habe ich mir gedacht, brauche ich nicht mitfahren wenn meine Mutter zur Magenspiegelung kommt, muss ich nicht neben dran sitzen und Händchen halten. Und das war total gut für mich, dass ich da eineinhalb Stunden drinnen saß… [" (INR12 282-286)

Weiter würde der Bedarf bestehen, die Aufnahmesituation bei PmZD mit Anwesenheit einer Angehörigenperson im gleichen Raum zu ermöglichen und ihnen ab diesem Zeitpunkt einen direkten Ansprechpartner für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes zuzuweisen, der im Falle von Verhinderung der Angehörigen Kontakt zum Patienten aufnimmt und bei dem sich Angehörige telefonisch Auskunft zur Patientensituation einholen können.

Allgemein wird für die Aufnahme von PmZD ein beschleunigtes Aufnahmeverfahren für notwendig befunden, um sowohl PmZD als auch alle anderen Beteiligten nicht noch zusätzlichen Belastungsfaktoren auszusetzen. Zudem wird darauf hingewiesen klare Aussagen zu Therapieeffekten bzw. –grenzen bei Aufnahme kritisch gegenüber Angehörigen zu kommunizieren:

"Wäre halt die Frage gewesen, ob dann eine ehrliche, was heißt ehrliche Aussage aber halt vielleicht das man gesagt hätte das man das gar nicht mehr so macht, das sie dann im Endeffekt da hier in einer fremden Umgebung dann ein paar Wochen noch sitzt sondern einfach sagt, das ist halt so, der Abbauprozess oder der Fortlauf hier und man lässt, man lässt es halt, weil so richtig selbständig oder eigenständig werden wird es nicht mehr." (INR13_298-303)

6.2.2 Patientenzimmer

Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung beziehen sich auf die normalen Patientenzimmer. Unter den Studienteilnehmern war kein Patient mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) in einem der Modellzimmer. Dennoch zeigt die Befragung für PmZD und Angehörige Belastungen, Bedarfe und Vorschläge Als Hauptbelastungsfaktoren werden die fremde Umgebung und Stationsgröße erachtet, die eine Orientierung für PmZD zusätzlich erschweren (z. B. Verwechslung der Zimmer-Tür mit WC-Tür). Eine Möglichkeit, hier innerhalb der Patientenzimmer Orientierung zu bieten, kann (besonders leicht) in Einzelzimmern darin liegen, die Anordnung der Möbel (z. B. Bett, Tisch) an der gewohnten Ausrichtung der direkten Umgebung des PmZD vor der Krankenhausaufnahme (z. B. häusliche Umgebung, Alten- u. Pflegeheim) zu orientieren. Zusätzlich wird eine konkrete Kennzeichnung von Türen angeführt, die PmZD erleichtern kann diese wiederzufinden (z. Patientenname an Patientenzimmertür, Zeichnung von Person auf WC), wie ein Angehöriger seine Erfahrung aus einem Alten- u. Pflegeheim beschreibt:

"Sie kann ihren Namen lesen, nä und dann versteht sie, dass sie hinein muss, nä." (INR2_370)

Zudem werden als Unterstützung für PmZD eine anregende Wandgestaltung die etwas zum Anschauen bietet (z. B. Motivtapete mit Tierbildern, Naturmotive) und das Einschalten eines Radios angesehen. Eine Angehörige würde sich eine anthroposophische Raumgestaltung wünschen, ohne nähere Ausführung. Angehörige kann -je nach Ausprägung des demenzbedingten Patientenverhaltens- eine gemischte Zimmerbelegung von Patienten mit und ohne Demenz beruhigen und unterstützen, wenn Mitpatienten auf den PmZD positiven Einfluss erwirken. Sie kann aber auch große Gewissenskonflikte auslösen und bei Angehörigen das Gefühl entstehen lassen, sich bei Mitpatienten und deren Angehörigen ständig für ihren demenzerkrankten Angehörigen entschuldigen zu müssen:

"Schon mal schwierig in welches Zimmer legt man sie. Meine Mutter sagt den ganzen Tag: "Halehalehale", ja. Jede Patientin die neben ihr liegt, ist natürlich auch völlig ja, genervt, sagen wir es einfach mal so." (INR1_26-29)

In diesen Fällen werden eine segregative bzw. eine teilsegregative Betreuungsform (Patienten mit bzw. mit und ohne Demenz) genannt. Zudem werden für alle Patientenzimmer elektrische Betten empfohlen, um Angehörige und Pflegefachkräfte beim Aufrichten von (insbesondere schweren) Patienten zu unterstützen.

6.2.3 Mahlzeiten- und Flüssigkeitsversorgung

Im Bereich der Mahlzeiten- und Flüssigkeitsversorgung führen Angehörige patientenindividuelle Bedarfe an. Und Belastungen zu erleben, wenn Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) dabei keine Unterstützungsmaßnahmen in Abhängigkeit der Patientenressourcen (z. B. Brot schmieren, kleinschneiden, Motivation zum Essen und Trinken, Kontrolle der Prothese), sondern Angehörige vermuten, in Abhängigkeit der Personalressourcen auf der Station erfahren würden:

"Da saß sie immer noch ohne Zähne im Nachthemd auf dem Flur und hatte ein Tablett vor sich ja, da war nix geschnitten, da war nix geschmiert, es war gar nix da gemacht. Also sie konnte das A so ohne Zähne nicht essen und B war sie ja auch nicht in der Lage, sie hat das einfach gekriegt, dass macht mein Vater für sie die Brote schmieren und klein schneiden und dann isst sie das." (INR8_106-111)

Auf geringe personelle Ressourcen führen die Befragten auch zurück, wenn die Pflegefachkraft den Patienten während des Essenreichens verlässt, um auf Klingelrufe anderer Patienten zu reagieren oder wenn bei PmZD der Bedarf besteht, dass Getränke angereicht werden und dieses nicht regelmäßig geleistet würde. Ein weiterer Zusammenhang wird in fehlerhafter Einschätzung von Essensverweigerung und Flüssigkeitsbilanzierung vermutet:

"Ich denke die Pflegerinnen oder Pfleger die hätten da gar keine Zeit. Weil es, es dauert einfach bis ein Demenzkranker erst mal schluckt [lachen] also eine halbe Stunde ist da gar nix nä. Also das, das ich meine das verstehe ich ja, bloß was ich also nicht verstanden habe, dass dann wie gesagt es wird geguckt von der Servicekraft wenn das Zeug noch da steht dann wird es weg geräumt und in den Fragebogen kommt dann aber rein bei der Krankenschwester, Patientin hat Nahrung verweigert. Ich meine das geht ja nicht. Nahrung verweigert, sie kann ja nicht. Manchmal steht auch das Essen an dem Tischchen ja neben dran. Ja wie soll sie denn rauskommen alleine?" (INR11_57-65)

"Also da war der Tee oder was das auch war, das war noch am nächsten Tag früh genauso unberührt dort gestanden. Also diese Milliliterangaben die können gar nicht stimmen." (INR11_82-84)

Besonders positiv werden ein guter Geschmack und erhöhter Kaloriengehalt der Mahlzeiten geschätzt, was bei PmZD besonders wichtig sei und wenn diese Zeit während dem Essenanreichen erfahren. Als verbesserungswürdig wird eine Wissenserweiterung Praktikanten Servicekräften demenzsensible von und vorgeschlagen (z. B. bedarfs- u. bedürfnisorientierte Mahlzeitenerfassung, Gefahren heißer Getränke). Zudem sollten Zusatzpersonen die Nahrungsund Flüssigkeitsaufnahme unterstützen (z.B. Motivation, Anleitung, Vorbereiten, Anreichen).

6.2.4 Kontakt zu Pflegefachkräften

Angehörige beschreiben häufige Personalwechsel als belastend, die es besonders Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) nahezu verunmöglichen, sich an eine Person zu gewöhnen, und was dazu führe, dass Pflegeleistungen sehr heterogen, in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegefachkraft, mit stations- und personenabhängigen Qualitätsunterschieden erbracht würden:

"Es gibt Schwestern, die engagieren sich da noch wirklich richtig und dann gibt es aber auch Schwestern, denen geht es, darf ich es mal salopp sagen, am Arsch vorbei was derjenige da macht." (INR5_313-315).

"Also wie gesagt, wo Sie da oben hinkommen. Es gibt Stationen da möchten Sie besser nicht hin." (INR5_888-889)

Mehrere Angehörige erleben es belastend, wenn sie von Pflegefachkräften ein geringes Interesse an ihren Informationen zum PmZD, keine nachhaltige Informationsweitergabe unter den Pflegefachkräften oder mangelnde Zuständigkeit erfahren. Weiter können mangelnde Demenzkenntnisse von Pflegefachkräften (z. B. Symptome, Verhalten oder Umgang mit PmZD) belasten. Als Ausdruck dessen kann der Umstand interpretiert werden, wenn Pflegefachkräfte PmZD tadeln, was starke Konsequenzen nach sich ziehen kann, wie das Zitat einer Angehörigenperson aufzeigt:

"Und auch dann haben sie auch schon mal mit ihr geschimpft, wenn sie dann anstatt rechts in die Toilette abgebogen ist, dann gerade aus zur Tür raus wollte, was eigentlich normal ist, sie geht grundsätzlich erst einmal zur falschen Tür raus, egal wo sie hin will, und dann wurde die auch schon mal so ordentlich dann, ja geschimpft." (INR8 63-67)

"Ja und auch dann hat sie mal irgendwie hat sie sich ins falsche Bett gelegt. Oh da ist sie aber, da hat sie geweint sogar. Ich kam dann kurz danach, da hat sie geweint, weil die Schwester muss sie wohl richtig, die hat gesagt: "Die hat mich richtig zur Sau gemacht" dass das nicht ihr Bett ist und so." (INR8_71-74)

Weiter können Pflegefachkräfte die Außenwirkung vermitteln, Angehörige würden stören, wenn sie im Angehörigenkontakt unwillig, sehr uninformiert, sehr ruppig, kurz angebunden, unhöflich und unzuverlässig (z. B. Medikationsabgabe) wirken:

"Und ich habe auch immer das Gefühl gehabt, ich musste mich zehnmal entschuldigen wenn ich eine Frage gestellt habe: "Entschuldigen Sie bitte, könnten Sie mir jetzt vielleicht helfen mit meiner Mutter zur Toilette zu gehen?" was sie normalerweise alleine kann aber dann hing sie ja an dieser Infusion noch, mit dem Ständer, das Rumfahren und so weiter. Da habe ich gedacht bevor ich da jetzt irgendetwas abreiße, dann hast du hier also wirklich das Gefühl gehabt du musst dich zehnmal entschuldigen vorher." (INR8_75-81)

Große Unterstützung beschreiben Angehörige, die persönlich viele Bemühungen und eine gute Begleitung während dem Aufenthalt des PmZD erfahren haben:

"Weil ich muss jetzt gleich heulen, weil ich [Weinen]." (INR13_145) "Nee, das ist schon in Ordnung weil, weil ich mich halt so gut betreut fühle auch und meine Mutter, dass sie sich bemühen." (INR13_150-151)

Angehörige können Unterstützung von Pflegefachkräften erfahren, wenn sie täglich die selbe Kontaktperson antreffen, während dem Krankenhausaufenthalt angeleitet Tipps werden, und Hinweise (z. B. Arztsprechzeiten) erhalten und Terminvereinbarungen mit ihnen getroffen werden. Wenn Pflegefachkräfte Angehörigenkontakt die Fähigkeit besitzen, die eigene Kommunikation zu reflektieren (z. B. Vorschlag Schulung Pflegefachkräfte), Freundlichkeit, Zeit, das Gefühl, dass sie sich um den PmZD kümmern und Angehörigen direkte Wertschätzung und aktives Interesse an deren Informationen zum Patienten vermitteln, können sowohl für Pflegefachkräfte als auch für Angehörige wertvolle Synergieeffekte geschaffen werden. Diese können bei Angehörigen sogar die Bereitschaft fördern, pflegerische Eigenleistungen zum Krankenhausaufenthalt des PmZD beizutragen. Auch die Möglichkeit telefonisch eine kompetente Auskunft zum Patienten anzubieten kann die Angehörigen unterstützen:

"Das ist aber eine Frage, stelle ich solche Leute ein und wenn ich sie einstelle, stelle ich sie dann auch richtig psychologisch ein, dass sie solche Minderwertigkeitskomplexe gar nicht haben und auch nicht zu Überreaktionen, unerwünschten, neigen." (INR10_180-183)

"Ich verteufel das Krankenhaus da oben nicht, um Gottes Willen, das dürfen Sie mir jetzt nicht, nicht denken. Ich sehe auch die Zwangslage, die die teilweise haben. Aber es geht manchmal auch um die Art, wie man damit umgeht. Manche die sagen einem das selber, dass es so und so ist, dass sie das nicht machen können, sie würden es gerne machen aber es geht halt nicht und ist klar, verstehe ich auch. Dann sind wir auch rauf und haben gesagt ok. dann sind wir halt beim Essen da, ist ja kein Problem." (INR5_1603-1608)

"Da waren sie ganz froh und haben mir das auch gesagt, was sehr nett ist (Stimme hebt sich), wenn einem da so als Angehöriger gesagt wird, dass das gut ist, das man da einen hilfreichen Tipp geben kann, dass das nicht so wischiwaschi einfach mitgenommen wird." (INR3_67-70)

"Das fand ich jetzt saugut [Lachen] so sage ich es jetzt, denn im Vergleich zu einem anderen Krankenhaus sind die **direkt** auf mich eingegangen. Ich konnte erzählen warum, weshalb, welche Gewohnheiten sie hat. Das habe ich im anderen Krankenhaus überhaupt nicht sagen können." (INR12_43-46)

Im Kontakt der Pflegefachkräfte wird es als hilfreich erlebt, wenn diese PmZD namentlich und mit Blickkontakt ansprechen. Es wurde kompetente Behandlungspflege angeführt, Zeit um PmZD mit Hinlauftendenz zu beobachten und ein liebevoller, respektvoller und bemühter Umgang mit PmZD. Dabei zeichnen sich in der Haltung der Angehörigen die Perspektiven ab, wenn sie den Anspruch an eine pflegerische Minimalversorgung vertreten, fokussieren sie eher den Angehörigenkontakt der Pflegefachkräfte und wünschen selbst mehr Kontakt und Beratung von diesen zu erfahren (z. B. Verhaltensstrategien, Verbesserung der Lebensqualität). Ebenso gibt es Angehörige, die sich (stellvertretend) für ihren demenzerkrankten Angehörigen während eines Krankenhausaufenthaltes in der Kundenperspektive sehen und konkrete Bedarfe ab Beginn der Krankenhausaufnahme äußern: Hier wird ein ausführliches Angehörigengespräch, welches sie für einen gelingenden Krankenhausaufenthalt von PmZD grundlegend erachten genannt, Pflegefachkräfte von ihnen gezielte Informationen zum Patienten (z. B. Ressourcen, Gefahrensituationen) einholen:

"Das sage ich zwar auch immer und das Personal bemüht sich auch, nur meine Mutter ist überhaupt nicht einzuschätzen, die sagt jetzt ja sie klingelt wenn sie muss und die Schwester kommt zehn Minuten später und meine Mutter hat es irgendwie geschafft alleine ins Bad zu kommen und ist wieder umgefallen." (INR13_69-72)

Ein weiterer Bedarf wird darin gesehen, Angehörige in der besonderen Situation von PmZD bei der Entscheidungsfindung zu begleiten und kompetent zu beraten (z. B. Umgang lebensverlängernde Maßnahmen). Einen grundsätzlichen Bedarf in der Pflege von PmZD sehen die Befragten im Aufbau eines Bezugspflegesystems. Zudem müsse die Anzahl der Pflegefachkräfte erhöht und damit Zeitkontingente geschaffen werden, um Pflegemehraufwand der PmZD leisten zu können. Als konkrete Pflegeaufgaben werden zeitnahe, regelmäßige, kurze Kontaktzeiten, Kontrollbesuche, wiederholte Informationen, Motivation (z. B. Trinken, Mobilisation) genannt und bei PmZD die Medikamenteneinnahme zu begleiten, die mitunter sehr zeitintensiv sei:

"Weil sie halt alles zehnmal und zwanzigmal erklären müssen oder vielleicht öfter gucken." (INR13_130-131)

"Nee, das ist halt, das erlebe ich jetzt auch immer, wenn die Medikamente bekommt dann muss man viel Geduld haben und ich weiß nicht, ob das dann immer so]. Weil wenn sie Tabletten nehmen muss, da schüttelt sie sich schon und dann bringt sie sie nicht ganz runter. Dann kaut sie sie und lutscht sie, weil sie sie einfach und dann wird es ja noch ekliger weil es dann ja meistens bittere Sachen sind." (INR6_98-102)

Angehörige schlagen hier gezielte Demenzschulungen für Pflegefachkräfte vor, mit Inhalten aus der Altenpflege (z. B. Emotionsarbeit, Körperarbeit, Beziehungsarbeit):

"Oder dass die Schwestern einfach auch mal, ja ich weiß nicht, so wie es im Seniorenheim ist, einfach mal so ein bisschen auch so einen Körperkontakt. Sie so, einfach nur mal am Arm streicheln oder mal in den Arm nehmen oder so, ich meine die sind wahrscheinlich anders geschult im Seniorenheim auf sowas aber sowas Herzliches, das habe ich vermisst." (INR8_162-166)

"Also nicht vom Willen oder von keine Lust zu kommunizieren oder das zwanzigmal zu sagen, sondern die anderen, die haben halt das ständig und sind wahrscheinlich auch viel spezieller geschult dafür." (INR13_172-174)

Weiter wird zur Verbesserung der Pflege von PmZD genannt, die Pflegefachkräfte mit einem guten Gehalt auszustatten und ihnen mentale Unterstützung in Form von Supervision und Fortbildung zukommen zu lassen:

"Aber dass die Leute einfach ordentlich bezahlt werden für das was sie machen. Aber das ist nicht, da könnten wir uns jetzt stundenlang darüber unterhalten, das ist ein Thema für sich. Und ich denke dann wäre die ganze Sache auch, und Fortbildungen, Unterstützungen auch für diese Leute, dass die einfach irgendwelche Tutorien besuchen können oder was weiß ich. Wo sie dann wieder aufrecht hingestellt werden, dass sie wieder weiterarbeiten können oder so. Solche Geschichten die wären angebracht, na." (INR8_385-391)

Zudem seien Veränderungen in administrativen Abläufen geboten (z. B. Reduktion der Patientendokumentation, Vermeidung von Doppeldokumentation), zu Gunsten einer erhöhten Patientenkontaktzeit.

6.2.5 Kontakt zur Demenzbeauftragten

Die Studienteilnehmer der Angehörigenstichprobe (N=14) hatten während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (*M* 6,3) im Mittel einmal (*M* 0,7) persönlichen und einmal (*M* 1,1) telefonischen Kontakt zur Demenzbeauftragten (DBA). Darunter wurde der Kontakt zur ihr von 71,4% der Angehörigen direkt als solcher erkannt, 28,6% der Angehörigen, die laut Dokumentationsnachweis Kontakt mit ihr hatten, geben an, sie hätten keinen Kontakt und würden die DBA nicht kennen.

Angehörige welche diesen Kontakt erkennen, beschreiben differenziertere Einschätzungen der Patientenressourcen und Maßnahmen der DBA, im Vergleich zu Pflegefachkräften der Station:

"Und das fand ich gut für, in dem Krankenhaus das die ihre Kollegin sich auf sowas. Das das war ja noch nie jemand sich da irgendwo interessiert, nä." (INR1_1381-1382)

"Von mir hat sie sich dann nicht überzeugen lassen hier, sie wollte eigentlich nur weg oder Heim oder wie auch immer.[...] Und ja, war halt ansonsten sage ich mal vom restlichen Personal, Möglichkeiten her halt eigentlich katastrophaler Fall." (INR14_86-91)

Es werden gute Telefonkontakte mit der DBA beschrieben, in denen Angehörige Zusatzinformationen erhalten sowie gute, interessante und lehrreiche persönliche Gespräche mit Zeit für Auskünfte, bei denen eine auf Angehörige zugehende Kommunikationskultur geschätzt wird. Zudem heben mehrere Angehörige die Möglichkeit hervor, durch die DBA jederzeit einen festen Ansprechpartner kontaktieren zu können und beschreiben, im Kontakt Hilfsbereitschaft, Bemühungen, Kümmern und Empfehlungen zu erfahren. Weiter, dass die DBA mit den Pflegefachkräften Verbesserungen für PmZD kommuniziere sowie einen positiven persönlichen Kontakt mit PmZD. Dieser wird als Unterstützung erlebt, wenn er PmZD motiviert (z. B. Nahrungsaufnahme) und dazu beiträgt, den Krankenhausaufenthalt angenehmer zu gestalten:

"Aber es ist schon mal hilfreich, dass man das Gefühl hat, es ist jemand da, den man jederzeit fragen kann." (INR3_192-193)

"Ich hatte den Eindruck, dass sie helfen **will** und sie hat sich ja auch sehr] und meine Mutter war auch ihr sehr zugetan. Sie hat auch am nächsten Tag noch gefragt: "Wie hieß denn die Frau die da war, die so nett war?". Jaja, jaja also meine Mutter empfand ihre Anwesenheit als sehr positiv, ja, ja." (INR8_224-227)

"Ja, es war schon sage ich mal, so gesehen einen kurzen Moment so die halbe Stunde wo sie da war, war das schon nicht- äh für sie ein bisschen erträglicher, für meine Mutter." (INR14_88-90)

Wenn die DBA im Rahmen ihrer Zuständigkeit für PmZD als Schnittstellenperson wahrgenommen wird, kann sie Angehörigen sogar ein Gefühl von "Besonderheit" vermitteln und von diesen als besonderer Fortschritt in der Betreuung von PmZD im Krankenhaus gewürdigt werden. Der Zeitpunkt für die Kontaktaufnahme der DBA mit Angehörigen wird ab Beginn der Krankenhausaufnahme und auf Anfrage des Pflegepersonals vorgeschlagen, was eine höhere Frequentierung der Kontakte

Für vermuten lässt. die Angehörigenberatung wird eine empathische Gesprächsführung mit den möglichen Themen Nachsorgesituation, Situation Vermittlung professioneller Pflegeunterstützung pflegender Angehöriger, und Anfangsstadium einer Demenzerkrankung vorgeschlagen:

"Ich weiß nicht ob sie jetzt die Fähigkeit hat, dass man versucht rein zu hören, ob der Patient, ob der Angehörige auf dem Sprung ist dafür, die eigene Pflege abzugeben an eine Pflege, an eine professionelle Pflege. Und dass man ihn dann, wenn er bereit ist das zu machen, dass man ihn da unterstützt. Weil die Leute die selber pflegen, die krebsen **sehr**, **sehr lange**, bis zum Burnout, rum." (INR3_202-206)

Besonders wird Unterstützung der DBA auch bei PmZD empfohlen, die im Krankenhausaufenthalt keine Begleitung von Angehörigen erfahren:

"Dann gehen die ja auch darauf ein, dann brauche ich keine Mittelsperson noch. Aber es gibt bestimmt sehr viele Leute, was ich auch vom Heim weiß, die halt nicht die Möglichkeit eines Angehörigen haben oder der halt gar nicht kommt in der Zeit, da macht das natürlich schon sehr viel Sinn." (INR13_418-422)

Weiter schlagen Angehörige der DBA vor, durch das Erbringen von Pflegeleistungen die Pflegefachkräfte zu unterstützen und Informationen zum PmZD bei der vorsorgenden Stelle einzuholen (z. B. Angehörige, Alten- u. Pflegeeinrichtung). Zudem sollten weitere DBA etabliert werden, um im Krankenhaus viele weitere PmZD und deren Angehörige zu begleiten über die gesamten Tages- und Nachtzeiten hinweg, an Werktagen und Wochenenden. Abschließend wird vorgeschlagen, den Patientenkontakt der DBA gegenüber den Angehörigen sichtbar darzustellen.

7 Praxisnahe Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegequalität bei Patienten mit Zweitdiagnose Demenz

Abschließend können aus der Untersuchung konkrete Empfehlungen abgeleitet werden, um die Weiterentwicklung der einzelnen Bestandteile des pflegerischen Versorgungskonzepts, zur Verbesserungen der Pflege von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz (PmZD) im Klinikum am Bruderwald (KaB) Bamberg, zu unterstützen.

Die Arbeit der Demenzbeauftragten (DBA) weist im etwa sechzehnmonatigen Datenerhebungszeitraum die meisten Kontakte mit PmZD und Angehörigen im Zeitraum Rekrutierung der Studienteilnehmer auf. In diesem Zeitraum sind auch die niedrigsten Zeiten für Bürotätigkeiten verzeichnet. Hier kann ausdrücklich empfohlen werden, den direkten Kontakt der DBA mit PmZD, Angehörigen und Pflegefachkräften auch über die Projektlaufzeit hinaus weiter auszubauen. Dazu sollte die Tätigkeit an den Ergebnissen der Perspektive von Angehörigen und Pflegefachkräften orientiert werden und es wird vorgeschlagen, eine Reduktion administrativer Tätigkeiten anzustreben.

In den nächsten Schritten könnte dann überprüft werden, ob sich bei Pflegefachkräften mit Kontakt zur DBA ein geringerer Schulungsbedarf und niedrigere Belastungswerte im Erleben von Überforderung und Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der Pflege von PmZD bestätigen, gegenüber höheren Werten bei Pflegefachkräften ohne Kontakt zur DBA. Die Prüfung auf einen kausalen Zusammenhang scheint besonders interessant, da Pflegefachkräfte ohne Pflegevisite (PV) sogar mit höheren Werten (*M* 2.5) Zustimmung äußern, dass auf ihrer Station überwiegend ein Betriebsklima zum Wohlfühlen herrsche, als Pflegekräfte der Stationen mit PV (*M* 1.9). Aus den Ergebnissen lässt sich zwar kein kausaler Zusammenhang zur DBA ableiten, sie können aber in der Gesamtbetrachtung mit weiteren Einflussvariablen wertvolle Hinweise geben, zu den Effekten einer DBA auf PmZD, Angehörige und Pflegefachkräfte im KaB.

Von den Pflegefachkräften können die Ergebnisse der Angehörigenbefragung einerseits genutzt werden, um die Pflege und Begleitung im Krankenhaus an den Bedürfnissen von PmZD und ihren Angehörigen orientierter zu gestalten. Und andererseits um das eigene Belastungserleben in der Pflege von PmZD positiv zu beeinflussen, worauf der Zusammenhang zwischen höherem Belastungserleben und höherem Wissensbedarf bei Pflegefachkräften zum Thema hinweist. Für Angehörige verzeichnet die Untersuchung einen großen Bedarf nach einem festen Ansprechpartner ab Beginn der Krankenhausaufnahme, für die Dauer des gesamten Krankenhausaufenthaltes von PmZD. Sie möchten nicht, dass sie bzw. ihr Nahestehender sich als Störfaktor fühlen - deshalb müssen sie als wichtige Partner während des Krankenhausaufenthaltes erkannt und wertgeschätzt werden.

Um auf möglichst viele der bestehenden Herausforderungen, Probleme und Bedürfnisse von PmZD und ihren Angehörigen im Krankenhaus angemessen reagieren zu können, wird eine segregative oder teilsegregative Betreuung in geschützten, demenzsensibel gestalteten Bereichen für PmZD vorgeschlagen. Dabei erscheint für PmZD dringend geboten, das Bezugspflegekonzept Primäre Pflege (bzw. Primary Nursing) einzuführen und unter den Pflegefachkräften einen personzentrierten Ansatz (Kitwood 2008) im Umgang mit PmZD zu etablieren.

Statt ausschließlich der Frage nachzugehen, wie mit Menschen mit Demenz umzugehen sei, sollten Pflegefachkräfte, Angehörige und alle anderen Beteiligten, die im Krankenhaus Berührungspunkte mit PmZD haben sich selbst hinterfragen, wo sie Störfaktoren für PmZD erkennen bzw. wie sie mit dem eigenen Verhalten dazu beitragen können, diese so gering wie möglich zu halten.

PmZD bedürfen Routinen. Sie bedürfen aber auch Routinen im Denken und Verhalten, von Strukturen und Prozessen aufzubrechen und auf ihren Sinn und ihre Zweckmäßigkeit in der Pflege von PmZD zu prüfen und wenn erforderlich, patientenorientiert anzupassen. Dabei erscheint das Erbringen von Pflegeleistungen auf der Basis einer gut strukturierten Pflegeplanung (mit gezielter, strukturierter Aufnahme der Angehörigeninformationen) unabdingbar.

Wie aus der Untersuchung hervorgeht gilt es in der Pflege von PmZD im Krankenhaus auf viele verschiedene Bedürfnisse zu reagieren, die nicht allein durch Anstrengung von Einzelpersonen bedient werden können, sondern in Zusammenarbeit aller mit PmZD in Kontakt stehenden Personen. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass dies unkoordiniert und noch dazu innerhalb nützlicher Frist erfolgt, wird ein fundierter Aufbau von Pflegekompetenz durch Schulung zum Thema Demenz als grundlegend erachtet, mit kontinuierlicher Prozessevaluation. Für den inhaltlichen Aufbau eignet sich die vorliegende Untersuchung.

In Anlehnung an die entwicklungsorientierte Evaluationsperspektive der vorliegenden Studie wird empfohlen der Demenzbeauftragten, Pflegefachkräften und Personen aus weiteren Berufsgruppen mit Kontakt zu Patienten mit Zweitdiagnose Demenz, die Studienergebnisse zu berichten.

II Abkürzungsverzeichnis

PmZD = Patienten mit Zweitdiagnose Demenz

DBA = Demenzbeauftragte

PFG = Pflegefachkraft Geriatrie (Anmerkung: Stellenbezeichnung zu

Projektbeginn, im Projektverlauf geändert in Demenzbeauftragte)

FAU = Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

KaB = Klinikum am Bruderwald

PV = Pflegevisite

WAZ = Wochenarbeitszeit

o. A. = ohne Angabe (nicht beantwortete Frage bzw. Variable)

III Anhang

III Anhang

A: Informationsschreiben (DBA)

B: Einverständniserklärung (DBA)

C: Informationsschreiben (Pflegefachkräfte)

D: Einverständniserklärung (Pflegefachkräfte)

E: Fragebogen Pflegefachkräfte

F: Definition Pflegevisite (DBA)

G: Feldzugang und Einschlusskriterien

H: Informationsschreiben (Angehörige)

I: Einverständniserklärung (Angehörige)

J: Fragebogen (Angehörige)

K: Kurzfragebogen (DBA)

L: Fragebogen (DBA)

M: Interviewleitfaden (Angehörige)

N: Vergleichstabelle (Stationen mit/ohne PV der DBA)

O: Tätigkeitsbeschreibung (DBA)

P: Häufigkeitsverteilung (Tätigkeitsbereiche DBA)

Q: Ablaufmodel qualitative Inhaltsanalyse

R: Patientendokumentation





PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

Informationsschreiben für die Pflegefachkraft Geriatrie:

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)."

Liebe Kollegin, lieber Kollege in der Praxis

Um die pflegerische Versorgung von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz im Klinikum zu verbessern, hat die Sozialstiftung Bamberg die neue Stelle einer Pflegefachkraft mit Erfahrung in der Versorgung geriatrischer Patienten (Pflegefachkraft Geriatrie) geschaffen, ein demenzorientiertes Raumkonzept (drei Modellzimmer Station 10 E/F) realisiert und Schulungen für das Pflegepersonal zum Thema Demenz geplant.

Ein Projektteam der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) soll im Auftrag der Sozialstiftung eine zweijährige Studie im Klinikum am Bruderwald durchführen, mit der dieses Versorgungskonzept wissenschaftlich evaluiert wird. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie informieren.

Was ist das Studienziel?

Mit der Studie sollen Veränderungen durch die Konzeptbestandteile für Angehörige von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, für Pflegefachkräfte sowie für das Klinikum herausgearbeitet werden.

Hierzu sind folgende Datenerhebungen geplant:

Bei zuvor ausgewählten Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz:

1. Dokumentationsanalyse anhand der Patientendokumentation.

Bei **Angehörigen** dieser Patienten:

- 2. Fragebogenerhebung zum Krankenhausaufenthalt.
- 3. Hausbesuch mit Interviewbefragung (drei Monate nach Patientenentlassung).

Bei Pflegefachkräften:

- 4. Fragebogenerhebung.
- 5. Fragebogenerhebung, Kurzinterview (Pflegefachkraft Geriatrie).

Warum ist Ihre Teilnahme an der Studie wichtig?

Als Pflegefachkraft pflegen und begleiten Sie im Klinikum unter Anderem auch Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, wodurch Sie über wertvolle Erfahrungen mit dieser Patientengruppe verfügen. Zudem möchten wir ihre Arbeitssituation in der pflegerischen Versorgung dieser Patienten erheben. Insbesondere durch Ihren direkten Patientenkontakt und vor dem Hintergrund, dass eine verbale Kommunikation für demenzerkrankte Patienten erschwert oder sogar verunmöglicht sein kann, kommt Ihrer Perspektive eine entscheidende Bedeutung zu, die einen wichtigen Beitrag leisten kann um die Versorgungsqualität im Krankenhaus für diese Patientengruppe zu verbessern.

Wie sieht Ihre Teilnahme konkret aus?

Zur Fremdbeurteilung der Konzeptbestandteile möchten wir Ihre Erfahrungen erheben, welche Veränderungen

Sie hierdurch sowohl für Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz als auch für sich in Ihrer Rolle als

Pflegefachkraft wahrnehmen. Hierzu möchten wir Sie zweimal anhand eines Fragebogens befragen.

Welche Rechte haben Sie als Studienteilnehmerin/Studienteilnehmer?

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit der Studiendurchführung die Möglichkeit,

Ihre Teilnahme zu widerrufen und diese ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Dies hat selbstverständlich

keine negativen Konsequenzen für Sie.

Alle personenbezogenen Daten werden im Verlauf der Datenverarbeitung ohne Ihren Namen oder andere auf

Ihre Person beziehbaren Daten ausgewertet und an einem sicheren Ort in der FAU, unter Einhaltung der

geltenden Datenschutzbestimmungen aufbewahrt. Der Zugang zu den Daten ist weder den Mitarbeitenden des

Klinikums am Bruderwald noch anderen Personen außerhalb der Forschergruppe zugänglich. Wir sichern Ihnen

zu, mit Ihren Daten vertraulich umzugehen, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden

können.

Was geschieht mit den Informationen?

Von Seiten der Klinik wird das Projekt maßgeblich durch den Direktor Pflege und Patientenmanagement, Hr.

Schneider, unterstützt. Die Sozialstiftung Bamberg erhält die Studienergebnisse in Form eines

Evaluationsberichts, anhand dessen die einzelnen Konzeptbestandteile entsprechend ausgerichtet werden

können

Die Datenerhebung sowie die Erarbeitung der Ergebnisse erfolgt durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der

FAU im Rahmen ihrer Doktorarbeit. Bei dieser wird Frau Fuchs durch Univ.-Prof. Dr. Frieder R. Lang und Dr.

Roland Rupprecht des Instituts für Psychogerontologie an der FAU begleitet. Des Weiteren sollen die Daten in

anonymisierter Form dem wissenschaftlichen Sektor in Form von Veröffentlichungen zur Verfügung gestellt

werden.

Haben Sie weitere Fragen zur Studie?

Dann treten Sie gerne mit uns in Kontakt! Sie erreichen eine Ansprechperson der Studie (MulDemBa) unter:

E-Mail: bianka.fuchs@fau.de

Telnr.: +49 (0) 911 / 5302-96124

Wir würden uns über eine Zusammenarbeit mit Ihnen sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen,

Univ.-Prof. Dr. F. Lang

Dr. R. Rupprecht, Akad. Dir.

B. Fuchs





PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

Einverständniserklärung für die Pflegefachkraft Geriatrie zur Teilnahme an der Studie:

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)"

- Ich wurde über Ziel, Inhalt und Bedeutung der oben genannten Studie informiert und habe sie zur Kenntnis genommen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.
- Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Zustimmung zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Mir ist bekannt, dass die Datenerhebung schriftlich erfolgen wird, sowie mündlich, in Form von Interviewgesprächen per Tonaufzeichnung. Meine personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert und anonymisiert, so dass diese von Dritten nicht nachvollzogen werden können. Ich bin mir bewusst, dass aufgrund der anonymisierten Speicherung meiner Daten, deren Löschung auf meinen Wunsch nicht möglich ist.
- Mir wurde ein vertraulicher Umgang mit meinen Daten zugesichert. Die Daten werden nach geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert, aufbewahrt und verwendet. Meine persönlichen Daten werden den Mitarbeitern der Sozialstiftung Bamberg nicht zugänglich gemacht. Die erhobenen Daten werden in anonymisierter Form ausgewertet und als Gesamtergebnis im Rahmen eines Abschlussberichts an die Sozialstiftung Bamberg rückgemeldet. Ein Rückschluss auf meine Person durch Dritte ist ausgeschlossen.
- Mit der Auswertung und Veröffentlichung meiner Daten in anonymisierter Form zu späteren Zeitpunkten bin ich einverstanden.
- Die Zeit der Interviewgespräche wird mir als Arbeitszeit angerechnet. Durch die Studienteilnahme entstehen mir weder Kosten, noch werde ich dafür von Seiten der Sozialstiftung Bamberg oder der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg finanziell entschädigt.
- Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und der Einverständniserklärung erhalten, beide Formulare gelesen, den Inhalt verstanden und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Studie "MulDemBa".

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmer/-in
Ort, Datum	Unterschrift Interviewer/-in





PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

Informationsschreiben für Pflegefachkräfte:

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)."

Liebe Kollegin, lieber Kollege in der Praxis

Um die pflegerische Versorgung von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz im Klinikum zu verbessern, hat die Sozialstiftung Bamberg die neue Stelle einer Pflegefachkraft mit Erfahrung in der Versorgung geriatrischer Patienten (Pflegefachkraft Geriatrie) geschaffen, ein demenzorientiertes Raumkonzept (drei Modellzimmer Station 10 E/F) realisiert und Schulungen für das Pflegepersonal zum Thema Demenz geplant.

Ein Projektteam der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) soll im Auftrag der Sozialstiftung eine zweijährige Studie im Klinikum am Bruderwald durchführen, mit der dieses Versorgungskonzept wissenschaftlich evaluiert wird. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie informieren.

Was ist das Studienziel?

Mit der Studie sollen Veränderungen durch die Konzeptbestandteile für Angehörige von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, für Pflegefachkräfte sowie für das Klinikum herausgearbeitet werden.

Hierzu sind folgende Datenerhebungen geplant:

Bei zuvor ausgewählten **Patienten** mit der Zweitdiagnose Demenz:

1. Dokumentationsanalyse anhand der Patientendokumentation.

Bei Angehörigen dieser Patienten:

- 2. Fragebogenerhebung zum Krankenhausaufenthalt.
- 3. Hausbesuch mit Interviewbefragung (drei Monate nach Patientenentlassung).

Bei Pflegefachkräften:

- 4. Fragebogenerhebung.
- 5. Fragebogenerhebung, Kurzinterview (Pflegefachkraft Geriatrie).

Warum ist Ihre Teilnahme an der Studie wichtig?

Als Pflegefachkraft pflegen und begleiten Sie im Klinikum unter Anderem auch Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, wodurch Sie über wertvolle Erfahrungen mit dieser Patientengruppe verfügen. Zudem möchten wir ihre Arbeitssituation in der pflegerischen Versorgung dieser Patienten erheben. Insbesondere durch Ihren direkten Patientenkontakt und vor dem Hintergrund, dass eine verbale Kommunikation für demenzerkrankte Patienten erschwert oder sogar verunmöglicht sein kann, kommt Ihrer Perspektive eine entscheidende Bedeutung zu, die einen wichtigen Beitrag leisten kann um die Versorgungsqualität im Krankenhaus für diese Patientengruppe zu verbessern.

Wie sieht Ihre Teilnahme konkret aus?

Zur Fremdbeurteilung der Konzeptbestandteile möchten wir Ihre Erfahrungen erheben, welche Veränderungen

Sie hierdurch sowohl für Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz als auch für sich in Ihrer Rolle als

Pflegefachkraft wahrnehmen. Hierzu möchten wir Sie zweimal anhand eines Fragebogens befragen.

Welche Rechte haben Sie als Studienteilnehmerin/Studienteilnehmer?

Ihre Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit der Studiendurchführung die Möglichkeit,

Ihre Teilnahme zu widerrufen und diese ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Dies hat selbstverständlich

keine negativen Konsequenzen für Sie.

Alle personenbezogenen Daten werden im Verlauf der Datenverarbeitung ohne Ihren Namen oder andere auf

Ihre Person beziehbaren Daten ausgewertet und an einem sicheren Ort in der FAU, unter Einhaltung der

geltenden Datenschutzbestimmungen aufbewahrt. Der Zugang zu den Daten ist weder den Mitarbeitenden des

Klinikums am Bruderwald noch anderen Personen außerhalb der Forschergruppe zugänglich. Wir sichern Ihnen

zu, mit Ihren Daten vertraulich umzugehen, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden

können.

Was geschieht mit den Informationen?

Von Seiten der Klinik wird das Projekt maßgeblich durch den Direktor Pflege und Patientenmanagement, Hr.

Schneider, unterstützt. Die Sozialstiftung Bamberg erhält die Studienergebnisse in Form eines

Evaluationsberichts, anhand dessen die einzelnen Konzeptbestandteile entsprechend ausgerichtet werden

können

Die Datenerhebung sowie die Erarbeitung der Ergebnisse erfolgt durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der

FAU im Rahmen ihrer Doktorarbeit. Bei dieser wird Frau Fuchs durch Univ.-Prof. Dr. Frieder R. Lang und Dr.

Roland Rupprecht des Instituts für Psychogerontologie an der FAU begleitet. Des Weiteren sollen die Daten in

anonymisierter Form dem wissenschaftlichen Sektor in Form von Veröffentlichungen zur Verfügung gestellt

werden.

Haben Sie weitere Fragen zur Studie?

Dann treten Sie gerne mit uns in Kontakt! Sie erreichen eine Ansprechperson der Studie (MulDemBa) unter:

E-Mail: bianka.fuchs@fau.de

Telnr.: +49 (0) 911 / 5302-96124

Wir würden uns über eine Zusammenarbeit mit Ihnen sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen,

Univ.-Prof. Dr. F. Lang

Dr. R. Rupprecht, Akad. Dir.

B. Fuchs



Ort, Datum



Unterschrift Interviewer/-in

PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

Einverständniserklärung für Pflegefachkräfte zur Teilnahme an der Studie:

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)"

- Ich wurde über Ziel, Inhalt und Bedeutung der oben genannten Studie informiert und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.
- Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Zustimmung zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten der Fragebogenerhebungen pseudonymisiert und anonymisiert werden, so dass diese von Dritten nicht nachvollzogen werden können. Ich bin mir bewusst, dass aufgrund der anonymisierten Speicherung meiner Daten, deren Löschung auf meinen Wunsch nicht möglich ist.
- Mir wurde ein vertraulicher Umgang mit meinen Daten zugesichert. Die Daten werden nach geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert, aufbewahrt und verwendet. Meine persönlichen Daten werden den Mitarbeitern der Sozialstiftung Bamberg nicht zugänglich gemacht. Die erhobenen Daten werden in anonymisierter Form ausgewertet und als Gesamtergebnis im Rahmen eines Abschlussberichts an die Sozialstiftung Bamberg rückgemeldet. Ein Rückschluss auf meine Person durch Dritte ist ausgeschlossen.
- Mit der Auswertung und Veröffentlichung meiner Daten in anonymisierter Form zu späteren Zeitpunkten bin ich einverstanden.
- Das Ausfüllen des Fragebogens wird mir mit 10 Minuten als Arbeitszeit angerechnet. Durch die Studienteilnahme entstehen mir weder Kosten, noch werde ich dafür von Seiten der Sozialstiftung Bamberg oder der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg finanziell entschädigt.
- Ein Versicherungsschutz für Wegeunfälle im Rahmen meiner Teilnahme an der Studie besteht nicht. Dies gilt für alle Wege vom Wohnort zum Klinikum am Bruderwald und zurück.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und der Einverständniserklärung erhalten, beide

Studie "MulDemBa".	n innait	verstanden	una	erkiare	niermit	meine	treiwillige	Teilnanme	an	a
Ort, Datum						—— Unte	erschrift Stud	lienteilnehm	er/-ir	 า
										_

MulDemBa - Studie Befragung Pflegefachkräfte: "Pflegerische Versorgung" (PV)

(Bitte beantworten Sie alle Fragen gut leserlich. Danke!)

 Geben Sie bitte Ihr Alter und Ihr Geschlecht an:Jahre O männlich O Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? 	wei	blicl	า		
 Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche 	·)				
zutreffen. Setzen Sie hierfür bitte bei jeder Aussage ein Kreuz von: trifft gar	triff	t voll			
A Auf meiner Station herrscht überwiegend ein Betriebsklima in dem ich mich wohl fühle.)			
B Die Aufgaben meiner pflegeberuflichen Tätigkeit überfordern mich überwiegend.	0				
C Die Patientinnen/Patienten bringen mir überwiegend Dankbarkeit für meine Arbeit entgegen. 🔾 🔘	0				
D Die Angehörigen wissen meine Arbeit für die Patientinnen/Patienten überwiegend zu schätzen 🔾 🔾	0				
	fft				4
Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Pflege von Patienten mit Demenz Ihren anderen Vernflichtungen (nflegerischen Aufgaben) nachzukommen?					
Fühlen Sie sich durch die Bewältigung von Herausforderungen in der Pflege von Patienten mit Demenz selbstbewusster?					
Fühlen Sie sich angespannt in der Nähe von Patienten mit Demenz?					
Glauben Sie, dass durch die gemeinsame Bewältigung von Pflegesituationen bei Patienten mit Demenz Ihre Beziehung zu anderen Mitgliedern im Pflegeteam stärker zusammen wächst?					
Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement gegenüber Patienten mit Demenz leidet?					
Erfahren Sie durch die Pflege von Patienten mit Demenz mehr über sich selbst, Ihre Stärken und Schwächen?					
Sind Sie unsicher was Sie in der Pflege von Patienten mit Demenz machen sollen?					
	 Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche Beurteilen Sie bitte, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeit zutreffen. Setzen Sie hierfür bitte bei jeder Aussage ein Kreuz von: trifft gar nicht zubis. Auf meiner Station herrscht überwiegend ein Betriebsklima in dem ich mich wohl fühle O O Die Aufgaben meiner pflegeberuflichen Tätigkeit überfordern mich überwiegend O O Die Aufgaben meiner pflegeberuflichen Tätigkeit überfordern mich überwiegend O O Die Angehörigen wissen meine Arbeit für die Patientinnen/Patienten überwiegend zu schätzen O	Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche) Beurteilen Sie bitte, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeitssit trifft gar t	Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche) Beurteilen Sie bitte, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeitssituat zutreffen. Setzen Sie hierfür bitte bei jeder Aussage ein Kreuz von: trifft gar trifft voil	Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche) Beurteilen Sie bitte, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeitssituation zutreffen. Setzen Sie hierfür bitte bei jeder Aussage ein Kreuz von:	Bitte nennen Sie das Jahr und den Abschluss Ihrer Pflegeausbildung? Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Beruf (ohne die Zeit der Ausbildung)? Jahr(e) Seit wann arbeiten Sie auf dieser Station? (Monat; Jahr) Arbeiten Sie überwiegend: O im Tagdienst O im Nachtdienst Wie viele Arbeitsstunden pro Woche beinhaltet Ihre Stelle im Klinikum? (Stunden/Woche) Beurteilen Sie bitte, inwieweit die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeitssituation trifft gar trifft voll u. nicht zubisganz zu Auf Meiner Station herrscht überwiegend ein Betriebsklima in dem ich mich wohl fühle. OOO Die Aufgaben meiner pflegeberuflichen Tätigkeit überfordern mich überwiegend. OOO Die Angehörigen wissen meine Arbeit für die Patientinnen/Patienten überwiegend zu schätzenOOO Die Angehörigen wissen meine Arbeit für die Patientinnen/Patienten überwiegend zu schätzenOOOO Im folgenden Teil möchten wir Ihre Arbeitsbelastung durch die Pflege von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz erfassen. Bitte bewerten Sie Ihre momentane Situation, indem Sie in der folgenden Tabelle hinter jede Aussage ein Kreuz setzen. Wenn Sie meinen die Aussage trifft Inie zu = 0; selten zu = 1; manchmal zu = 2; häufig zu = 3; fast immer zu = 4. O 1 2 3 Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Pflege von Patienten mit Demenz Ihren anderen Verpflichtungen (pflegerischen Aufgaben) nachzukommen? Fühlen Sie sich durch die Bewältigung von Herausforderungen in der Pflege von Patienten mit Demenz selbstbewusster? Fühlen Sie sich angespannt in der Nähe von Patienten mit Demenz? Glauben Sie, dass durch die gemeinsame Bewältigung von Pflegesituationen bei Patienten mit Demenz Ihren Beziehung zu anderen Mitgliedern im Pflegeteam stärker zusammen wächst? Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement gegenüber Patienten mit Demenz leidet?

sehr stark

Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" mit einem Kreuz.)

gar nicht

Folgende Fragen beziehen sich in der Pflege von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz auf Ihre Zusammenarbeit mit der **Pflegefachkraft Geriatrie (Fr. Heiss)**:

4.	Wie oft hatten Sie bisher pers	sönlichen Kontakt zu Fr. Heiss?				
	Mehr als 1 mal pro Woche	0				
	Etwa 1 mal pro Woche	0				
	Etwa 1 mal pro Monat	0				
	Seltener als 1 mal pro Monat	0				
	Bisher noch nie	0				
5.	Erleben Sie Fr. Heiss bei Prob Demenz als Unterstützung?	lemen in der pflegerischen Ver	sorgung von Patie	nten mit de	er Zweitdiag	gnose
	Ja O bitte begründen:					
	Nein O bitte begründen:					
6.		hen Sie sich in der Pflege von		r Zweitdiag	nose Deme	enz am
	dringenasten Unterstutzung d	durch Fr. Heiss? Bitte kreuzen S	sehr			sehr
			wichtig	wichtig	unwichtig	unwicht
	Herausforderndes Verhalten.		_			
	Betreuung/Beschäftigung.					
	Testdurchführung bei Verdacht	auf Demenz.				
	Aufbau/Koordination ehrenamt	tlicher Dienst.				
	Transfer pflegewissenschaftlich					
	Angehörigenberatung (können					
	Anderer Bereich (bitte nennen)	:				
7	Mie kenn die Zusenen eneubei	it wit Fu Hoise down beitween	۸ مطوناه څموه ماناه	ula a i ta la a la a	hung in day	
/.		it mit Fr. Heiss dazu beitragen, Zweitdiagnose Demenz zu redu	•	rbeitsbeias	tung in der	

8.	Haben Sie einen konkreten Vorschlag, wie Fr. Heiss dazu beitr Krankenhausaufenthalt angenehmer zu gestalten für Patiente	
	8.1 Für Angehörige von Patienten mit der Zweitdiagnose Dem	nenz:
9.	Haben Sie das Gefühl Sie müssten noch mehr zum Thema Der	,
	(wenn ja, bitte benennen Sie zwei Bereiche):	
10.	Gibt es etwas, das Sie an den Patientenzimmern für Patiente würden?) nein	-
	Was? (Vorschlag)	Warum? (Begründung)
11.	Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen? (Lob/Kritik, Ann	nerkungen)

1. Teilnehmende Stationen: 7C/D, 9A/B, 10A/B, 10C-F.

2. Intervall der Durchführung: Täglich.

3. Einschlusskriterien: - Patienten mit der (Zweit-)Diagnose Demenz und

agitiertem Verhalten.

- Angehörige von Patienten mit der (Zweit-) Diagnose

Demenz und Beratungsbedarf.

4. Ablauf:

4.1 Erstkontakt: Informationssammlung, Gespräche mit verantwortlicher Pflegefachkraft.

- Name, Hauptdiagnose, pflegerelevante Nebendiagnosen, Ressourcen, Beeinträchtigungen.
- Angehörigenkontakt, Betreuungsstatus.
- Bisheriger Pflegeplan, eventuell vorhandene Umsetzungsprobleme.
- Stand der Entlassungsplanung, häusliche Versorgung.
- Bei Bedarf Änderung des Pflegeplans, Mitwirkung am Pflegeprozess, sonstige neue Maßnahmen.
- Bei Bedarf Angehörigenkontakt, Beratung, Begleitung, Integration.
- Dokumentation.

4.2 Folgekontakt (nur bei Bedarf): Gespräch mit verantwortlicher Pflegefachkraft.

- Verlauf seit Erstkontakt.
- Festgelegte Maßnahmen überprüfen, besprechen.
- Bei Bedarf Terminabsprache für eine interdisziplinäre Fallbesprechung (mit Ärzten, und/oder Therapiebereichen, eventuell Angehörigen).

Feldzugang:

- 1. Stationen mit Pflegevisite (PV) der Demenzbeauftragten (DBA): 7C/D, 9A/B, 10A/B, 10C-F.
- 2. Stationen ohne PV: 7A/B, 8C/D, 8E/F, 9C/D.

Einschlusskriterien: Pflegefachkräfte

- Rekrutierung der Pflegefachkräfte im Feldzugang: 7A/B, 7C/D, 8C/D, 8E/F, 9A/B, 9C/D, 10A/B, 10C-F.

Einschlusskriterien: Angehörige

- Angehörigenperson eines Patienten mit Zweitdiagnose Demenz, ab 60. Lebensjahr, Aufenthalt auf einer Station im Feldzugang, Teilnahme an der PV der DBA.
- Wohnort im Umkreis (ca. 35km) des Klinikum am Bruderwald.
- Mindestens zwei (erfolgte bzw. geplante) Patientenbesuche im Klinikum am Bruderwald.





Informationsschreiben für Angehörige:

PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)."

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Um die pflegerische Versorgung von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz im Klinikum zu verbessern, hat die Sozialstiftung Bamberg die neue Stelle einer Pflegefachkraft mit Erfahrung in der Versorgung geriatrischer Patienten (Pflegefachkraft Geriatrie) geschaffen, ein demenzorientiertes Raumkonzept (drei Modellzimmer Station 10 E/F) realisiert und Schulungen für das Pflegepersonal zum Thema Demenz geplant.

Ein Projektteam der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) soll im Auftrag der Sozialstiftung eine zweijährige Studie im Klinikum am Bruderwald durchführen, mit der dieses Versorgungskonzept wissenschaftlich evaluiert wird. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über Ziel, Inhalt und Ablauf der Studie informieren.

Was ist das Studienziel?

Mit der Studie sollen Veränderungen durch die Konzeptbestandteile für Angehörige von Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, für Pflegefachkräfte sowie für das Klinikum herausgearbeitet werden.

Hierzu sind folgende Datenerhebungen geplant:

Bei zuvor ausgewählten Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz:

1. Dokumentationsanalyse anhand der Patientendokumentation.

Bei Angehörigen dieser Patienten:

- 2. Fragebogenerhebung zum Krankenhausaufenthalt.
- 3. Hausbesuch mit Interviewbefragung (drei Monate nach Patientenentlassung).

Bei Pflegefachkräften:

- 4. Fragebogenerhebung.
- 5. Fragebogenerhebung, Kurzinterview (Pflegefachkraft Geriatrie).

Warum ist Ihre Teilnahme an der Studie wichtig?

In der Rolle als Angehörige/-r eines Patienten mit der Zweitdiagnose Demenz, verfügen Sie über wertvolle Erfahrungen mit dem Klinikum. Diese können für die Evaluation des Konzepts einen wichtigen Beitrag leisten, um die Versorgungsqualität im Krankenhaus für die Patientengruppe mit der Zweitdiagnose Demenz zu verbessern. Durch einen Hausbesuch (Punkt 3) möchten wir die Nachsorgesituation der Patienten sowie persönliche Bedarfe und Belastungen der Angehörigen ermitteln.

Wie sieht Ihre Teilnahme konkret aus?

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen wollen, bitten wir Sie frühestens am Tag der Entlassung des Patienten

aus dem Krankenhaus, spätestens drei Tage danach, einen Fragebogen auszufüllen und diesen an uns

zurückzusenden. Danach möchten wir mit Ihnen als Angehörige/-r einen Termin vereinbaren, an dem Sie eine

Mitarbeiterin der Forschergruppe (Fr. Fuchs) etwa drei Monate nach der Krankenhausentlassung bei Ihnen zu

Hause besucht (ca. 30 Min.). Bei Ihrem Angehörigen möchten wir Rahmendaten (z. B. Diagnosen, Medikation)

anhand der Patientendokumentation erheben.

Welche Rechte haben Sie und Ihr Angehöriger als Studienteilnehmer?

Die Studienteilnahme von Ihnen und Ihrem Angehörigen ist freiwillig. Sie haben beide zu jeder Zeit der

Studiendurchführung die Möglichkeit, Ihre Teilnahme zu widerrufen und diese ohne Angabe von Gründen

abzubrechen. Dies hat selbstverständlich keine negativen Konsequenzen für Sie. Zur Analyse wird das

Interviewgespräch der Nachsorgesituation als digitale Tonaufzeichnung aufgenommen. Der Gesprächsinhalt

wird im Anschluss ohne Ihren Namen oder andere auf Ihre Person beziehbaren Daten verschriftlicht und an

einem sicheren Ort in der FAU, unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen aufbewahrt. Der

Zugang zu den Daten ist weder den Mitarbeitenden des Klinikums am Bruderwald noch anderen Personen

außerhalb der Forschergruppe zugänglich. Die digitale Tonaufzeichnung wird nach der Verschriftlichung

komplett gelöscht. Wir sichern Ihnen zu, mit Ihren Daten vertraulich umzugehen, so dass keine Rückschlüsse

auf Ihre Person gezogen werden können.

Was geschieht mit den Informationen?

Von Seiten der Klinik wird das Projekt maßgeblich durch den Direktor Pflege und Patientenmanagement, Hr.

Schneider, unterstützt. Die Sozialstiftung Bamberg erhält die Studienergebnisse in Form eines

Evaluationsberichts, anhand dessen die einzelnen Konzeptbestandteile entsprechend ausgerichtet werden

Die Datenerhebung sowie die Erarbeitung der Ergebnisse erfolgt durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der

FAU im Rahmen ihrer Doktorarbeit. Bei dieser wird Frau Fuchs durch Univ.-Prof. Dr. Frieder R. Lang und Dr.

Roland Rupprecht des Instituts für Psychogerontologie an der FAU begleitet. Des Weiteren sollen die Daten in

anonymisierter Form dem wissenschaftlichen Sektor in Form von Veröffentlichungen zur Verfügung gestellt

werden.

Haben Sie weitere Fragen zur Studie?

Dann treten Sie gerne mit uns in Kontakt! Sie erreichen eine Ansprechperson der Studie (MulDemBa) unter:

E-Mail: bianka.fuchs@fau.de

+49 (0) 911 / 5302-96124

Wir würden uns über eine Zusammenarbeit mit Ihnen sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen,

Univ.-Prof. Dr. F. Lang

Dr. R. Rupprecht, Akad. Dir.

B. Fuchs



Ort. Datum



PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

Einverständniserklärung für Angehörige zur Teilnahme an der Studie:

"Wissenschaftliche Begleitstudie zum Versorgungskonzept für die Pflege von älteren Menschen, mit multimorbidem Krankheitsgeschehen und der Zweitdiagnose Demenz, im Klinikum am Bruderwald Bamberg (MulDemBa)"

- Ich wurde über Ziel, Inhalt und Bedeutung der oben genannten Studie informiert und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie.
- Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und bin mir bewusst, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Zustimmung zur Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Ich bin mit dem Hausbesuch im Rahmen dieser Studie einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass das Interviewgespräch per Tonaufzeichnung erfolgt und meine personenbezogenen Daten pseudonymisiert und anonymisiert werden, so dass diese von Dritten nicht nachvollzogen werden können. Ich bin mir bewusst, dass aufgrund der anonymisierten Speicherung meiner Daten, deren Löschung auf meinen Wunsch nicht möglich ist.
- Mir wurde ein vertraulicher Umgang mit meinen Daten zugesichert. Die Daten werden nach geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert, aufbewahrt und verwendet. Meine persönlichen Daten werden den Mitarbeitern der Sozialstiftung Bamberg nicht zugänglich gemacht. Die erhobenen Daten werden in anonymisierter Form ausgewertet und als Gesamtergebnis im Rahmen eines Abschlussberichts an die Sozialstiftung Bamberg rückgemeldet. Ein Rückschluss auf meine Person durch Dritte ist ausgeschlossen.
- Mit der Auswertung und Veröffentlichung meiner Daten in anonymisierter Form zu späteren Zeitpunkten bin ich einverstanden.
- Durch die Studienteilnahme entstehen mir weder Kosten, noch werde ich dafür von Seiten der Sozialstiftung Bamberg oder der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg finanziell entschädigt.
- Ein Versicherungsschutz für Wegeunfälle im Rahmen meiner Teilnahme an der Studie besteht nicht. Dies gilt für alle Wege vom Wohnort zum Klinikum am Bruderwald und zurück.
- Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und der Einverständniserklärung erhalten, beide Formulare gelesen, den Inhalt verstanden und erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Studie "MulDemBa".

Unterschrift Studienteilnehmer/-in

Ort, Datum Unterschrift Interviewer/-in





PHILOSOPHISCHE FAKULTÄT UND FACHBEREICH THEOLOGIE

MulDemBa – Studie Befragung Angehörige: "Erleben des Krankenhausaufenthalts" (EK)

(Bitte beantworten Sie alle Fragen gut leserlich. Danke!)

•	Geben Sie bitte Ihr Alter und Ihr Gesch Anzahl Ihrer Besuche im Krankenhaus:							0 m	iännl	ich	O w	eiblio/	ch
•	Welches Verwandtschaftsverhältnis be Sie sind:			ische	n Ihn	en u	nd d	er Pa	tient	in/de	em Pa	atient	:?
•	Haben Sie vor der Krankenhauseinwei	sung	gege	nübe	er Ihr	em A	Angel	nörig	en Fo	olgen	des g	geleis	tet?
	Pflegerische Maßnahmen (z. B. wasch	en)		O ja	C) neii	n ca	. Std	./Wo	che:			
	Unterstützung (z. B. einkaufen, putzer	1)		O ja	C) neii	n ca.	Std.	/Woo	che:			
	Beschäftigung (z. B. basteln, Gespräche	•		O ja						che:			
	ie zufrieden waren Sie während des Kr ichen? Kreuzen Sie dazu bitte das Kästche	en mi ganz	t der	ents r				_		gend	er Sk anz u		n:
Bereich:	:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kontakt
	ische Patientenversorgung												
	t zu Pflegekräften												
	t zur Pflegefachkraft Geriatrie (Fr. Heiss)												
Kontakt	t zu Ärzten												
Kontakt	t zu Therapiebereichen												
	nysio-, Ergotherapie)												
	tützung durch Ehrenamtliche												
Zimmer	rgestaltung												
2. Bit	te beschreiben Sie kurz, wie Sie die Arbei	t der	Pfle	gekrä	ifte e	rlebt	t hab	en. V	Vas f	ande	n Sie	gut?	
2.1 W	Vas könnte verbessert werden?												

O ja O nein (wenn nein, bitte weiter bei Frage 4.) 3.1 Wie oft? persönlich: O mal/1	telefonisch: O mal
3.2 Beschreiben Sie bitte kurz, wie Sie den Kontakt zu Fr. Heiss erlebt haben. Was wa	r gut?
3.3 Was könnte verbessert werden?	
3.4 Welche Hilfe hätten Sie sich bei der Krankenhausentlassung gewünscht?	
4. Wie stark haben Sie sich <u>während des Krankenhausaufenthalts</u> Ihres Angehörig welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" b	
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ?	
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" bis "se	bitte mit einem <u>Kreuz.</u>)
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" bis "s	bitte mit einem <u>Kreuz.</u>)
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" bis "s	bitte mit einem <u>Kreuz.</u>)
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" bis "s	bitte mit einem <u>Kreuz.</u>)
welchem Punkt dieses Strahls denken Sie, <u>befand sich Ihre Belastung</u> ? (Markieren Sie diesen Punkt auf dem Strahl zwischen "gar nicht" bis "sehr stark" bis "s	bitte mit einem <u>Kreuz.</u>)

5. Wie belastet fühlen Sie sich aktuell durch den <u>Krankenhausaufenthalt Ihres Angehörigen</u>? Bitte bewerten Sie <u>Ihre momentane Situation</u>, indem Sie in der folgenden Tabelle hinter jede Aussage ein Kreuz setzen. Wenn Sie meinen die Aussage trifft:

nie zu = 0 ; selten zu = 1 ; manchmal zu = 2 ; häufig zu = 3 ; fast immer zu = 4 .	0	1	2	3	4
Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Fürsorge gegenüber Ihrem Angehörigen, Ihren anderen Verpflichtungen (Arbeit/Familie) nachzukommen?					
Fühlen Sie sich durch die Bewältigung von Herausforderungen der Pflegesituation selbstbewusster?					
Fühlen Sie sich angespannt in der Nähe Ihres Angehörigen?					
Glauben Sie, dass durch die gemeinsame Bewältigung der Pflegesituation Ihre Familie stärker zusammen wächst?					
Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement gegenüber Ihrem Angehörigen leidet?					
Erfahren Sie durch die Fürsorge gegenüber Ihrem Angehörigen mehr über sich selbst, Ihre Stärken und Schwächen?					
Sind Sie unsicher was Sie in der Situation Ihres Angehörigen machen sollen?					
Fühlen Sie sich durch die Fürsorge gegenüber Ihrem Angehörigen gebraucht und nützlich?					

6. Wie schätzen Sie <u>das Verhalten Ihres Angehörigen (kurz) vor dem Krankenhausaufenthalt</u> ein? Bitte denken Sie hierzu an eine <u>gewöhnliche Situation (z. B. Frühstück, Körperpflege)</u> und setzen auf folgender Skala ein Kreuz bei der Zahl, die Ihrer Einschätzung am ehesten entspricht:

passiv	1	2	3	4	5	6	7	aktiv
heiter/fröhlich	1	2	3	4	5	6	7	traurig/verstimmt
selbstsicher	1	2	3	4	5	6	7	verunsichert
flexibel	1	2	3	4	5	6	7	rigide/starr
konzentriert	1	2	3	4	5	6	7	unkonzentriert
reizbar	1	2	3	4	5	6	7	gelassen
interessiert	1	2	3	4	5	6	7	uninteressiert
kontaktfreudig	1	2	3	4	5	6	7	kontaktarm
vorsichtig/ängstlich	1	2	3	4	5	6	7	unbefangen

7. Wie schätzen Sie die <u>Lebensqualität Ihres Ange</u>	hörigen während des Kranke	enhausaufenthalts in den					
folgenden Bereichen ein? Bitte vergeben Sie für							
ausgezeichnet = 1; gut = 2; ausreichend = 3; schlech	ht = 4 .						
		Note					
Körperlicher Gesundheitszustand.							
Gedächtnis.							
Vitalität/Tatkraft.							
Stimmungslage.							
Familiäre Beziehungen.							
Soziale Beziehungen (Freunde).							
Zufriedenheit der Person mit sich selbst.							
 Fähigkeit Aufgaben des täglichen Lebens se 	lbst auszuführen.						
Fähigkeit Dinge zu tun die Freude machen.							
Die Lebenssituation im Krankenhaus.							
Die Lebenssituation insgesamt.							
8.1 Gibt es daran etwas, dass Sie für Ihren Angehörig O ja (wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz Ihren Vors		ünden diesen.)					
O nein							
Was? (Vorschlag)	Warum? (Begründung)						

	ıt			bis				10 = sehr s	chlecht
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.1 Was w	ar Ihnen ei	ne Hilfe/Un	terstützung	?					
9.2 Haben Angehörig		läge und W	ünsche? (Sto	ellen Sie si	ch einen wie	ederholten	Krankenha	usaufentha	lt Ihres
	en Sie uns s	sonst noch	etwas mitte	ilen? (Lob,	Kritik, Anm	erkungen)			
10. Möcht									

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

II Pflegefachkraft Geriatrie: Aufgabendarstellung (A)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre letzte Arbeitswoche vom Datum eingeben. bis Datum eingeben. (20-Std. Wochenarbeitszeit)

1. Wie viel Zeit haben Sie in den nachfolgend aufgeführten Bereichen mit "regelmäßigen Tätigkeiten" (siehe Tätigkeitsbeschreibung) verwendet? (Bitte notieren Sie Ihre Zeit in vollen Stunden bzw. 45, 30, 15 Minuten).

Regelmäßige Tätigkeitsbereiche	Zeit:	Regelmäßige Tätigkeitsbereiche	Zeit:
Patienteninformationen:	h	Pflegemaßnahmen zur Unterstützung in den ATL:	h
Beschäftigungsangebote:	h	Bürotätigkeiten:	h
Information/ - Pflegekräfte:	h	Projektinformationen/ - KH intern:	h
/ - Angehörige:	h	/ - KH extern:	h

2. Waren Sie mit "neuen Tätigkeiten" bzw. Terminen (außerhalb Ihrer Tätigkeitsbeschreibung) beschäftigt, stellen Sie diese bitte kurz dar. Ordnen Sie die Tätigkeit wenn möglich einem Bereich (siehe Frage 1) zu oder benennen bei einem Termin die Funktion der Person (z. B. Pflegedienstleitung). Notieren Sie bitte Ort und Dauer Ihrer Tätigkeit/Ihres Termins, beschreiben diese(n) kurz und wenn möglich, welches **Ergebnis** daraus hervor ging.

Bereich/Funktion:	Ort:	Dauer:	Neue Tätigkeit/Termin:	Ergebnis:
Klicken Sie hier,	Klicken Sie	Klicken Sie hier,	Klicken Sie hier, um Text	Klicken Sie hier, um
um Text	hier, um	um Text	einzugeben.	Text einzugeben.
einzugeben.	Text	einzugeben.		
	einzugeben.			

3. Denken Sie bitte an Situationen, in denen Sie gezielt auf herausforderndes Verhalten (z. B. Wandern, akustische Störungen, Aggressivität, Passivität) von Patienten mit (Verdacht auf) Demenz reagiert haben das von Ihnen, Pflegekräften, Ärzten, Mitpatienten oder Angehörigen problematisch erlebt wurde. Bitte beschreiben Sie kurz in welcher Situation Sie die Person angetroffen haben (herausforderndes Verhalten), was Sie gemacht haben (Tätigkeit) und welchen Effekt Ihrer Tätigkeit Sie, in Bezug auf das herausfordernde Verhalten, an der Person beobachten konnten (Ergebnis).

Herausforderndes Verhalten:	Tätigkeit:	Ergebnis:
Klicken Sie hier, um Text	Klicken Sie hier, um Text	Klicken Sie hier, um Text
einzugeben.	einzugeben.	einzugeben.

4. Notieren Sie hier bitte kurz Ihre wichtigen, geplanten "neuen Tätigkeiten" bzw. Termine (außerhalb Ihrer Tätigkeitsbeschreibung) für die nächste Arbeitswoche. Nennen Sie dazu bitte in welchem Bereich die Tätigkeit bzw. mit welcher Person (Funktion) der Termin erfolgen wird, an welchem Ort und wenn möglich, formulieren Sie bitte Ihre Erwartungen daran.

Bereich/Funktion: Ort:		Neue	Welches Ergebnis erwarten Sie durch Ihre Tätigkeit/Ihren Termin?			
		Tätigkeit/Termin:				
Klicken Sie hier,	Klicken Sie	Klicken Sie hier, um	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
um Text	hier, um	Text einzugeben.				
einzugeben.	Text					
	einzugeben.					

Bitte leiten Sie das ausgefüllte Formular jeweils freitags via E-Mail weiter an: bianka.fuchs@fau.de (Kontaktperson "MulDemBa").

Bitte konvertieren Sie das Dokument vor dem Versand in ein PDF-Format.

L: Fragebogen (DBA)												
Datum:	_											
	Pf	flegefa	achkra	aft Ge	riatrie	: "Bef	ragun	g" (B)				
Die folg	enden F	ragen I	oeziehe	en sich a	auf den	Zeitra	um der	letzten	drei M	lonate.		
1. Wie zufrieden sind S entsprechende Zahl auf de Haben Sie Vorschläge zur V jeweils direkt darunter. Tragen Sie in der letzten S den einzelnen Bereichen, i	er folger Verbess palte (K	nden Sk erung d ontakt)	ala vor ler Zus) bitte e	n 0 "gar ammen eine Zal	nz und g narbeit? nl ein, r	gar unzi P Dann i nit der	ufriede notiere Sie ang	n" bis 1 n Sie bi eben, v	.0 "gan tte kur	z und g z Ihren	ar zufri Vorsch	eden" an.) lag
0 = kein Kontakt; 1 = einm								_	inmal i	n der V	Voche;	4 =
mehrmals in der Woche; 5	= täglic	ch.										
Bereich:	Ganz u unzufi	und gar rieden	•							Ganz u zufried	_	Kontakt:
Pflegedienst-/	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Stationsleitung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vorschlag:												
Pflegekräfte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	-
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vorschlag:												
Ärzte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	-
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vorschlag:												
Angehörige	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
, Bellolige	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vorschlag:												
[hwanam+lisks	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ehrenamtliche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Vorschlag:

(Beurteilen Sie hier bitte Ihre Zusammenarbeit mit weiteren Bereichen. Benennen Sie diese, falls zutreffend, bitte einzeln direkt darunter).

2.	Haben Sie einen konkreten Vorschlag, wie Sie möglicherweise dazu beitragen können, dass Menschen mit Demenz den Krankenhausaufenthalt in einer höheren Lebensqualität erfahren? Bitte beschreiben Sie Ihren Vorschlag kurz.					
3.	Wünschen Sie weiteren Unterstützungsbedarf (Ich habe Fragen zu/Bräuchte Hilfe bei)? Hier ist Platz für Ihre persönlichen Anmerkungen.					
4.	Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen? (Lob/Kritik, Anmerkungen					
5.	Mündliches Fokus-Kurzinterview (ca. 15 Min.) Frage: "Welche Tätigkeiten haben Sie in Ihrer letzten Arbeitswoche ausgeführt?"					

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Interviewfragen:

- 1. In Bezug auf die Demenzerkrankung ihres/ihrer Angehörigen, würden Sie mir bitte kurz beschreiben, welche Verhaltensveränderungen Sie bei Ihm/Ihr während des Krankenhausaufenthalts wahrnehmen konnten, gegenüber der Situation vor dem Aufenthalt?
 - beobachtbares Verhalten (Bedürfnisse)
- 2. Wie haben Sie den Kontakt der Pflegekräfte mit demenzerkrankten Patienten wie z. B. Ihrer/Ihrem Angehörigen erlebt?
 - Kommunikation
 - Umgang
 - Pflegesituation
 - Beschäftigung
- 3. Stellen Sie sich vor, der Krankenhausaufenthalt wäre vor dem Hintergrund der Demenzerkrankung aus Ihrer Sicht optimal für Ihre/-n Angehörige/-n verlaufen! Was hätte dazu beigetragen?
 - Bedürfnisse (Pflegesituation, Essen & Trinken)
 - Information/Beratung (Pflegekräfte, Ärzte, Therapiebereiche)
 - Patientenzimmer
- 4. Welche Unterstützung haben Sie durch die Pflegefachkraft (Fr. Heiss), die Patienten mit Demenz und Angehörige im Klinikum begleitet, erlebt?
 - Hilfe
 - Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?
- 5. Wie haben Sie die Entlassung Ihres/Ihrer Angehörigen aus dem Krankenhaus erlebt?
 - Kontakt zum Betreuungs- u. Beratungszentrum (BBZ)
 - Hilfe
 - Was hätten Sie sich dabei gewünscht?
- 6. Welche Verhaltensveränderungen konnten Sie seit dem Krankenhausaufenthalt Ihres/Ihrer Angehörigen in Bezug auf die Demenz beobachten, gegenüber der Situation vor dem Krankenhausaufenthalt?
 - beobachtbares Verhalten (Bedürfnisse)
- 7. Wobei hätten Sie sich in der Pflegesituation Ihres/Ihrer Angehörigen, in Bezug auf die Demenz, nach der Krankenhausentlassung Unterstützung gewünscht?
 - Bedürfnisse
 - herausfordernde Situationen
 - Fragen

Abschluss:

Gibt es aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte, die bisher noch nicht angesprochen wurden?

Hilfsfragen während des Interviews:

Könnten Sie dies genauer beschreiben? Was hat Ihnen dabei geholfen? Habe ich das richtig verstanden?

(Tabellen-Abkürzungen: DBA=Demenzbeauftragte; o. A. = ohne Angabe.)

Patienteninformationen: Wenn Leistungen der Demenzbeauftragten per Konsil von Pflegekräften oder Ärzten der Stationen angefordert werden, stellt das Einholen und Weitergeben von Patienteninformationen einen wesentlichen Aspekt dar. Es erfolgt zur Vorbereitung der persönlichen Kontaktaufnahme mit Patienten und deren Angehörigen in Form von Einsicht in die Patientendokumentation (Diagnosen, Medikation, Eintragungen im Pflegebericht, Kontaktpersonen), indem die Demenzbeauftragte Kontakt zur anfordernden Person (Pflegekraft bzw. Arzt) aufnimmt. Ebenso gibt die Demenzbeauftragte Informationen an Patienten u. Angehörige im persönlichen und telefonischen Kontakt. Ihre erbrachten Pflegeleistungen dokumentiert sie und nimmt Eintragungen im Pflegebericht vor (z. B. Dauer des Patientenkontaktes, Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, beobachtetes Verhalten, Maßnahmenbeschreibung).

Beschäftigungsangebot: Ein weiterer Bereich stellt Beschäftigung mit PmZD dar. Diese kann täglich unterschiedlich, nach Situationseinschätzung oder aufgrund von Patientenäußerungen stattfinden und orientiert sich dabei täglich anhand der Patientenbelegungssituation bzw. der Aufgabenplanung der Demenzbeauftragten. Der Bereich Beschäftigung besteht daraus Gespräche mit PmZD zu führen (z. B. bei erkennbarem Redebedarf, Beruhigung bei herausforderndem Verhalten), aus Biographiearbeit (z. B. Gespräche zur Vergangenheit des PmZD oder Bildmaterial) oder in Form von Gedächtnistraining durch Spiele, Vorlesen, Verse ergänzen. Hierzu geht die Initiative direkt von der Demenzbeauftragten aus oder von Patienten.

Information von Pflegekräften: Die Demenzbeauftragte informiert Pflegekräfte bei Auffälligkeiten der Patientensituation (z. B. Geräuschkulisse, Patientenkonflikte, Zimmerbelegung), im direkten Patientenkontakt zur pflegerischen Versorgung oder Kommunikation und während den Treffen mit der Teilprojektgruppe Demenz (temporäre Treffen einer Gruppe von Pflegefachkräften mit der Demenzbeauftragten im Abstand von circa sechs Wochen mit dem Ziel der Wissens- u. Kompetenzerweiterung bei den Pflegefachkräften zum Thema Demenz). Hierzu kann die Initiative von der Demenzbeauftragten ausgehen oder die Pflegekräfte äußern Bedarf bei problematischen Situationen.

Information von Angehörigen: Wenn Beratungsbedarf bei Angehörigen besteht, kann die Demenzbeauftragte direkte Informationsgespräche anbieten (z. B. zu Beschäftigungsmöglichkeiten, häuslicher Versorgung). Sie kann den Angehörigen auf den Stationen Infomaterial zur Verfügung stellen (z. B. zur Erkrankung, Veranstaltungshinweise) und den Angehörigen gegebenenfalls das Betreuungs- u. Beratungszentrum (BBZ) weiterempfehlen. Die Initiative kann durch die Demenzbeauftragte erfolgen (z. B. bei der Vorstellung ihrer Tätigkeit) oder Angehörige äußern von sich aus Informationsbedarf (z. B. gegenüber Pflegefachkräften, Ärzten).

Pflegemaßnahmen zur Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Von der Demenzbeauftragten wurden im Rahmen der ATL's bestimmte Bereiche und Bedingungen definiert (sich waschen/kleiden, Essen/Trinken, Ausscheidung, Für Sicherheit sorgen, Beschäftigung, sich bewegen), bei denen sie Patienten mit Zweitdiagnose unterstützt. Dies können Situationen sein, in denen PmZD gegenüber Pflegefachkräften herausforderndes Verhalten zeigen oder um Pflegefachkräfte zu entlasten, wenn Patient bei Kontaktaufnahme der Demenzbeauftragten noch nicht gewaschen ist und die Demenzbeauftragte Zeit zur Verfügung hat. Dabei orientiert sie sich an Ressourcen und Gewohnheiten des PmZD (z. B. Reihenfolge der Körperpflege, Ankleiden), kann Waschung mit ätherischen Ölen anbieten und die Körperpflege mit mehr Zeit als die Pflegekräfte leisten. Hierbei kann die Initiative von direkt von den Pflegefachkräften ausgehen oder von der Demenzbeauftragten.

Ebenso kann sie individuelle, ressourcenorientierte Unterstützung beim Essen und Trinken leisten (z. B. Anreichen, Ansprache, Tischgestaltung) oder PmZD außerhalb der Mahlzeiten zum Trinken anregen (z. B. Kanne Tee kochen) um einer Verschlechterung der kognitiven Leistungen aufgrund von Flüssigkeitsmangel vorzubeugen. Auch hier kann die Initiative direkt von den Pflegefachkräften oder der Demenzbeauftragten ausgehen.

Erfordert ein Patient während einem Patientenkontakt der Demenzbeauftragten einen Toilettenbesuch, leistet die Demenzbeauftragte direkt Unterstützung bei dem Toilettengang oder wechselt das Inkontinenzmaterial bzw. Versorgung mit Steckbecken im Bett.

Erfordert es die Patientensituation während dem Kontakt der Demenzbeauftragten, kann sie Infusionen verabreichen, beruhigende Unterstützung des Patienten bei Tätigkeiten der medizinisch-technischen Assistenten (z. B. Blutentnahme, Braunüle legen), Maßnahmen ergreifen um Verletzungsgefahren zu verhüten (z. B. Rollstuhltransfer unterstützen). Wenn sie Gefahrensituationen für PmZD erkennt, kann sie Pflegekräfte aufmerksam machen (z. B. Zugang zu Desinfektionsmitteln, Patienten-Schutzengelband) oder Auffälligkeiten die Entlassungssituation oder häusliche Pflegesituation betreffend gegenüber den Pflegefachkräften und Ärzten kommunizieren. Ein weiterer Aspekt stellen am Patienten beobachtete Auffälligkeiten im Umgang mit Medikamenten dar, die sie weiterleiten kann und gegebenenfalls auf die Dauer der Medikamentengabe während bzw. nach dem Krankenhausaufenthalt aufmerksam machen und einen sensiblen Medikamenteneinsatz bei PmZD unterstützen kann. Die Initiative kann hier von der Demenzbeauftragten, Medizinisch-technischen Assistenten oder Pflegefachkräften ausgehen.

Einen weiteren Bereich stellt die Unterstützung von PmZD in ihrer Bewegung durch die Demenzbeauftragte dar. Diese kann in unterschiedlichen Situationen stattfinden und beinhaltet die Begleitung und Unterstützung von PmZD bei erkennbarem Bewegungsbedürfnis des Patienten. Diese kann von der Demenzbeauftragten ebenso zur Beschäftigung, Beruhigung oder Ablenkung genutzt und vorhandene Hilfsmittel (z. B. Rollator, Rollstuhl) eingesetzt werden. Hier geht die Initiative ebenso von der Demenzbeauftragten aus oder wird vom Patienten geäußert.

Bürotätigkeiten: Einen weiteren Tätigkeitsbereich der Demenzbeauftragten stellen Bürotätigkeiten dar. Diese setzen sich zusammen aus Gesprächsvor- u. /nachbereitungen, Terminvereinbarungen (klinikintern, klinikextern), Informationsbeschaffung (z. B. Internetrecherche zu bestehenden Konzepten, Schulungs-/Fortbildungsteilnahme), Aufgaben im Rahmen des Projektaufbaues im Krankenhaus (z. B. Aufbau Ehrenamtliche), aktive Projektmitarbeit zur Datenerhebung (z. B. wöchentliche Dokumentation der Tätigkeiten (Anhang L), Interviewteilnahme, Befragung), Brainstorming und Planung der nächsten Arbeitswoche sowie die Teilnahme an klinikexternen Treffen der "Demenzinitiative für Stadt-u. Landkreis Bamberg". Hier geht die Initiative von der Demenzbeauftragten aus.

Projektinformationen krankenhausintern: Zudem erforderte die Projektlaufzeit das Einholen und Weitergeben von projektbezogenen Informationen an projektbeteiligte Personen und Bereiche (z. B. Belegungsmanagement) im Krankenhaus. Der Informationstransfer erfolgte in diversen Situationen auf Nachfrage, durch die Initiative der Demenzbeauftragten, an Terminen oder bei Bedarf.

Projektinformationen krankenhausextern: Ebenso beinhaltete das Projektvorhaben während der gesamten Projektlaufzeit eine aktive Zusammenarbeit der Demenzbeauftragten mit der Forschergruppe. Diese bestand für die Demenzbeauftragte in folgenden Aufgaben: Rekrutierung von Studienteilnehmern (siehe Untersuchungsplan), aus datenschutzrechtlichen Gründen das Ausfüllen des Datenerhebungsinstrumentes "Patientendokumentation" (Anhang T), Projektunterstützung in Form von Informationsweitergabe, Vereinbarung von Terminen und Aufgaben, der Vorstellung ihrer Tätigkeit gegenüber Angehörigen und Patienten sowie die Teilnahme an Projektsitzungen. Hierzu ging die Initiative entweder von der Kontaktperson der Forschergruppe oder von Angehörigen während der Patientenbesuche aus.

P: Häufigkeitsverteilung (Tätigkeitsbereiche DBA)

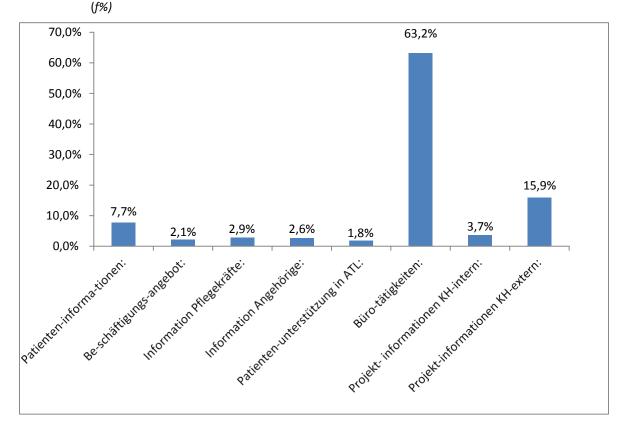


Abbildung 1 Häufigkeitsverteilung der Aufgaben der DBA (f%) nach Tätigkeitsbereichen im Gesamtzeitraum der Datenerhebungsphase (16 Monate).

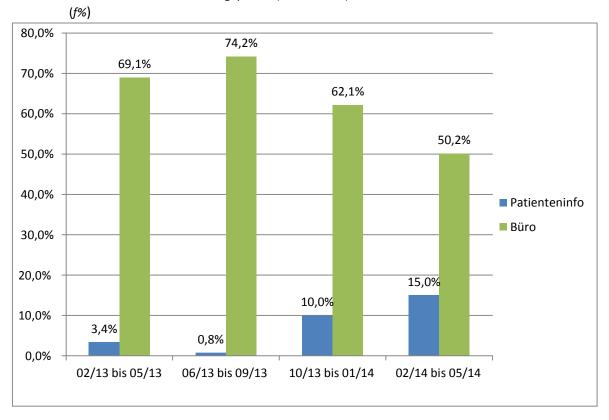


Abbildung 2 Häufigkeitsverteilung der Aufgaben der DBA (f) unterteilt nach Quartalen am Beispiel der Tätigkeitsbereiche Patienteninformationen und Bürotätigkeiten.

Ablaufmodell: Inhaltliche Strukturierung in Anlehnung an Mayring (2008: 89)

- 1. Analyseeinheiten bestimmen.
 - Erster Materialdurchgang einzelner Fall.
 - Zweiter Materialdurchgang (Kategorieinhalte zusammenfassen) alle Fälle.
- 2. Inhaltliche Hauptkategorien (Strukturierungsdimensionen) theoriegeleitet festlegen.
 - Wie lauten die Forschungsfragen (FF)?
 - Welche Fragen des Interviewleitfadens dienen zur Beantwortung welcher FF?
- 3. (Erster Probedurchlauf=) Ausprägungen bestimmen u. Kategoriensystem zusammenstellen. Theoriegestützt, entsprechend diesen Interviewleitfragen Kategorien (bei Bedarf einzelne Ausprägungen in Unterkategorien) bilden (Ergebnis = Kategoriensystem aus Dimensionen u. Ausprägungen).
- 4. Materialbestandteil feststellen der unter eine Kategorie fällt anhand folgendem Verfahren: Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen u. Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien:
 - Definition der Kategorien: Genau definieren, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen (z. B. farbige Markierungen der Fundstelle im Text).
 - Ankerbeispiele: Konkrete Textstellen aus dem Text schreiben, die unter eine Kategorie fallen (als Beispiel dieser Kategorie).
 - Kodierregeln: Dort wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen,
 Regeln formulieren zur eindeutigen Zuordnung.
- 5. Hauptmaterialdurchlauf:
 - Farbige Markierung der Fundstelle im Text.
- 6. Hauptmaterialdurchlauf:
 - Fundstelle in Form von Paraphrasen herausschreiben.
- 7. Überarbeitung, ggf. Revision von Kategoriensystem u. Kategoriendefinition.
- 8. Zusammenfassung (wird immer abstrakter) pro Unterkategorie.
- 9. Zusammenfassung pro Hauptkategorie.

Studie: MulDemBa	Datum:	P:	
			(Pseudonym)

MulDomBa Studio

ı	MulDemBa - Studie Dokumentationsanalyse: "Patientendaten" (DPD)	
		(Datenerhebende Person)
1. Stammdaten:		(Datenemeberide Person)
1.1 Geburtsjahr:	_	
1.2 Geschlecht: O männlich	O weiblich	
1.3 Pflegestufe:	_	
1.4 Einweisungsgrund:		
1.5 Soziale Situation vor Krank	enhauseinweisung:	
O häusliche Umgebung O Alte	ers- u. Pflegeheim O Anderer Ort (bitte nennen)	
1.6 Rechtliche Betreuungspers	on: O ja (wer:) O nein
2. Bei Krankenhausaufnahme	:	
2.1 Krankenhausaufnahme (T/I	M/J):	
2.2 Aufnahmediagnose(n) (ver	bal):	
2.3 Vorerkrankung(en) (verbal)):	
2.4 Barthel-Index:(Pun	ktwert) motorisch:(Punktwert) kognitiv: _	(Punktwert)
2.5 Diagnostizierte Demenzerk	rankung (Typ/Stadium):	
2.6 Hat die Pflegefachkraft Ger	riatrie ein Demenzscreening durchgeführt: O ja	O nein
2.7 Welche Maßnahme(n) hat (z. B. Angehörigengespräch, Be	die Pflegefachkraft Geriatrie während des Krankenhauseratung, Krisenintervention):	aufenthalts durchgeführt

2.8 Medikation:	

Medikament:				Darreichungsform:	Dosierung:
2.9 Wurden freiheit	sentziehe	ende Maßnahmen ar	ngewendet: Oj	a Onein	
• wenn	ja, Art:				
3. Bei Krankenhaus	entlassu	ng:			
3.1 Krankenhausent	tlassung (T/M/J):			
3.2 Barthel-Index: _	(Pu	ınktwert) motor	isch:(Pu	nktwert) kognitiv:	(Punktwert)
3.3 Pflegemehraufw	and (PKN	иS-Score):			
O anderer Ort (bitte	nennen)	äusliche Umgebung			iagnostik):
3.5 Arztiiche Empte	niungen i	n Bezug auf die Dem	ienzerkrankung	(Entiassungsbrief z. B. D	iagnostik):
3.6 Medikation:					
Medikament:				Darreichungsform:	Dosierung:
3.7 Hauptdiagnose(n):				
AUF/ENT/PFL:	HD:	ICD der DRG:	Diagnose(n) v	erbal:	

IV Literaturverzeichnis

- 1. Braun, M.; Scholz, U.; Hornung, R.; Martin, M. (2010): *Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken. Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43(2):111-119.
- 2. Burns, N.; Grove, S.K. (2005): *Pflegeforschung verstehen und anwenden.* München: Urban & Fischer Verlag.
- 3. Dietz, B. (o. Datum): Nebendiagnose Demenz im Akutkrankenhaus. Einsatzpotenziale innovativer Licht-, Kommunikations- und Planungstechnologien für eine alters- und demenzsensible Architektur. Lichttechnologien für alters- und demenzgerechte Akutkrankenhäuser Klinikum rechts der Isar München und Sozialstiftung Bamberg Klinikum am Bruderwald. Technische Universität München (ohne Ort).
- 4. Hollstein, B.; Podszus, M. (2011): Konzept zur Etablierung einer Gerontopsychiatrischen Fachkraft in der Sozialstiftung Bamberg im Klinikum am Bruderwald für die "Versorgung von Patienten mit Zweitdiagnose Demenz." (o. Ort).
- 5. Isfort, M.; Gehlen, D.; Kraus, S.; Busche, W.; Krause, O. (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Eine Handreichung der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser (DiAG) in der Erzdiözese Köln. Download: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz im Krankenhaus Handreichung Endbericht.pdf
- 6. Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D.; Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Download: http://www.dip.de, Köln.
- 7. Kitwood, T. (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hrsg. deutschspr, Ausg. Christian Müller-Hergl. 5. erg. Aufl. Bern. Huber Verlag.
- 8. Logsdon, R.G.; Gibbons, L.E.; McCurry, S.M; Teri, L. (2002): Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. Psychosomatic Medicine 64(3):510-519.
- 9. Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgest. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- 10. Morse, J.; Field, P.A. (1998): *Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege.* Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.
- 11. Oswald, W.D.; Fleischmann, U.M. (1994): *Nürnberger-Alters-Inventar (NAI). NAI-Testmanual und Textband.* (S.225-235) 3., überarb. u. erg. Aufl., Universität Erlangen-Nürnberg. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- 12. Rohr, M. (2012): Wer wird Pflegender, wer nicht? Eine motivationspsychologische Antwort. Die Rolle von Persönlichkeit und Beziehungsgestaltung im Übergang zur Pflege. Inaugural-Dissertation in der Philosophischen Fakultät u. Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen- Nürnberg. (4-Items für MulDemBa modifiziert aus Tab.21: "Items der Skala erwartete Pflegegewinne und Pflegeverluste mit entsprechenden Kennwerten sowie im Vergleich zu der Referenzgruppe der aktuell Pflegenden).
- 13. Øvretveit, J. (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber.



Herausgeber:

Institut für Psychogerontologie Universität Erlangen-Nürnberg

Kobergerstr. 62 90408 Nürnberg

Telefon: +49 911 5302-96100 Telefax: +49 911 5302-96101

E-Mail: ipg-sekretariat@fau.de