

Projektabschlussbericht LOGGiA – Lebenswelt, Orientierung, Geborgenheit – Gemeinsam für ältere Menschen im Akutkrankenhaus

Name

LOGGiA - Lebenswelt, Orientierung, Geborgenheit - Gemeinsam für ältere Menschen im Akutkrankenhaus. Im Folgenden LOGGiA genannt.

Zeitraum

1.04.2017-31.12.2019

Projektleitung

Daniela Laatz (1.04.2017-31.12.2018), Beke Jacobs (1.01.2019-1.04.2020)

Ausgangslage

In vielen Kliniken des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) werden zunehmend Patient*innen aufgenommen, die neben der primären Aufnahmediagnose auch kognitive Einschränkungen mitbringen. So hat z.B. eine Untersuchung von Fromm¹ in 2016 ergeben, dass in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am UKSH Lübeck knapp 40% der Patient*innen eine kognitive Einschränkung im Sinne einer demenziellen Veränderung aufweisen. Durch eigene Erhebungen im Rahmen des Projektes LOGGiA ergibt sich auf internistischen Stationen ein Anteil von ca. 55% bei den über 80-jährigen Patient*innen mit einer mittel- bis schwergradigen demenziellen Auffälligkeit. Auch andere Studien zeigen ähnliche Zahlen und heben auch die Bereiche Innere Medizin und Unfallchirurgie hervor^{2,3}. Grundsätzlich ist zu sagen, dass ca. 51% aller Krankenhausaufenthalte heute auf über 60-Jährige fallen und diese Gruppe bis 2030 bis zu 63% ansteigen wird⁴.

Durch die demenzbedingten Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnisleistung, Exekutivfunktion und Orientierung sind diese Patient*innen häufig sehr stark belastet durch einen Krankenhausaufenthalt⁵. Die schnellen Reize und Anforderungen stellen eine enorme Überforderung für Betroffene dar. Die eigenen Fähigkeiten, bei der Therapie mitzumachen, scheitern daran, die An- und Aufforderungen nicht verstehen zu können oder diese schnell wieder zu vergessen. Die Suche nach Sicherheit und Vertrautheit erzeugt oft Unruhe, Abwehr und evtl. auch Weglaufen. Auch innerer Rückzug ist u.U. eine Reaktion in dieser zu fremden Umgebung. Eine nicht zugewandte Versorgung, die die

¹ Fromm, 2016 Prävalenz und Inzidenz kognitiver Funktionsstörungen bei älteren Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Ernst-Abbe- Hochschule Jena, Fachbereich Gesundheit und Pflege

² Pinkert, Holle, 2012 Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28 (4), 1-7

³ Bickel H, Hendlmeier I, Heßler JB, Junge MN, Leonhardt-Achilles S, Weber J, Schäufele M: The prevalence of dementia and cognitive impairment in hospitals—results from the General Hospital Study (GHoSt). Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 733–40.

⁴ Stat. Bundesamt 2010

⁵ Holthoff-Detto, 2019: Erfahrungsbericht INA-Dem: Konzept- und Prozessentwicklung in einer interdisziplinären Notaufnahme zur schonenden Behandlung von Menschen mit Demenz

JB, Projektleitung

Bedarfe nach Orientierung und Sicherheit berücksichtigt, fördert die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten der Betroffenen⁶.

Auch die Diagnose ‚Delir‘ erfordert in diesem Zusammenhang eine erhöhte Aufmerksamkeit. In Abgrenzung zu demenziellen Erkrankungen ist das Delir durch verschiedene Faktoren ausgelöst und eine akute, fluktuierende psychische Störung hingegen eine demenzielle Erkrankung schleichend und progredient ist. Ca. 20% der über 65-jährigen Patient*innen weisen schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus ein Delir auf⁷. Vor allem bei hochaltrigen, hospitalisierten Patient*innen wurden erhöhte Prävalenzdaten bis zu 56% gefunden⁸. Besonders Patient*innen mit einem hyperaktiven Delir fallen auf, weil es in seiner Symptomatik nicht zu übersehen ist: die Patient*innen sind unruhig, agitiert, laut und häufig nicht therapiefähig durch Abwehrhaltung. Die Form des hypoaktiven Delirs wird seltener erkannt, weil die Patient*innen ruhig, schläfrig und wenig kontaktfähig sind. Die Therapiefähigkeit ist dadurch nicht weniger herabgesetzt und die langfristige Prognose ist u.U. durch das Nicht-Entdecken noch schlechter. Das Delir muss als ein akutes eigenes Krankheitsbild verstanden werden, welches für die Patient*innen schwerwiegende bis lebensbedrohliche Folgen haben kann⁹. Ein Delir führt zu einer Verschlechterung der gesamten Prognose mit eingeschränkter oder fehlender Rehafähigkeit¹⁰, dem zusätzlichen Verlust kognitiver Fähigkeiten bis hin zu einer deutlich höheren Mortalität (bis zu 65% höher als zu der vergleichbaren nichtdeliranten Gruppe)¹¹.

Projekt-Ziele

Im Rahmen des Projektes werden folgende Ziele der Versorgung dieser Patient*innengruppe berücksichtigt:

- Erkennen von kognitiv auffälligen Patient*innen in der Aufnahmesituation auf Station
- Anwendung valider Assessments zur Erfassung von Demenz und Delir
- Geeignete Interaktionen und Interventionen im Sinne einer personenzentrierten Versorgung planen, anwenden und dokumentieren
- Schulung der personenzentrierten Pflege durch Tandem-Versorgung mit den stationszugehörigen Pflegemitarbeitenden in der Praxis
- Einbindung Angehöriger in stationäre Versorgung

⁶ Fromm K. 2016: Prävalenz und Inzidenz kognitiver Funktionsstörungen bei älteren Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Ernst-Abbe- Hochschule Jena, Fachbereich Gesundheit und Pflege

⁷ Welz-Barth, A: Akute und chronische Verwirrtheit, In Böhmer F, Füsgen I: Geriatrie. Wien: Böhlau Verlag 2008

⁸ Lorenzl S, Füsgen I, Noachter S: Verwirrheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie. Dtsch. Ärzteblatt Int 2012; 109(21): 391-400. DOI: 10.3238/arzteblatt.2012.0391

⁹ Galanos AN, Pieper CF, et al.: Nutrition on Function: Is there a relationship between body mass index and the functional capabilities of community-dwelling elderly? JAGS 1994; 42: 368–73. MEDLINE

¹⁰ Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR: The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. Clin Nutr 1999; 18: 259–67. MEDLINE

¹¹ Cole M, Mc Cusker, Dendukuri N, et al.: The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients. JAGS 2003; 51: 754–60

Umsetzungs-Maßnahmen

- Entwicklung eines LOGGiA-Konzeptes unter Einbindung von Stakeholdern
- Auswahl geeigneter Assessments:
 - o Delir: NuDeSc Nursing Delirium Screening Scale
 - o Demenz: 6-Itemer, erweiterter Barthel Index
- Auswahl von Zielstationen mit erhöhtem Anteil von kognitiv eingeschränkten Patienten
- Abstimmung des Konzeptes mit den ausgewählten Stationen und dazugehörigen Stakeholdern
- Bildung von Projektkernteams an beiden Standorten
- Rekrutierung von Pflegefachpersonen zur Ausführung der speziellen LOGGiA-Aufgaben
- Schulung der gewonnenen Pflegefachpersonen auf die neue Aufgabe:
 - o Anwendung der Assessments
 - o Versorgungsanforderungen von kognitiv eingeschränkten Patienten im Sinne einer personenzentrierten Pflege
 - o Validationsgrund- und Aufbaukurs
 - o Befähigung zur Weitergabe/Schulung von speziellem Fachwissen
- Schaffung IT-gestützter Dokumentation
 - o Erweiterung Schnellinfo „kognitiv eingeschränkt“ und „LOGGiA“
 - o Dokumentationsmöglichkeit in Pflegefreitext
 - o Bereitstellung von Suchfunktion
 - o Beteiligung an Anschaffung von GERD Geriatrie Dokumentation ORBIS AddOn
- IT gestützte Strukturen zur Konsil-Anforderung LOGGiA
- Datensammlung, Dokumentation durchgeführter Versorgungsmaßnahmen
- Schulung der Stationsmitarbeitenden in der täglichen Umsetzung
- Entwicklung Pocketcard „Schmerz“ und „Delir“

Umsetzungsrahmen

Lübeck

- Station 41b: Medizinische Klinik I
- Station 43b: Medizinische Klinik I

Kiel

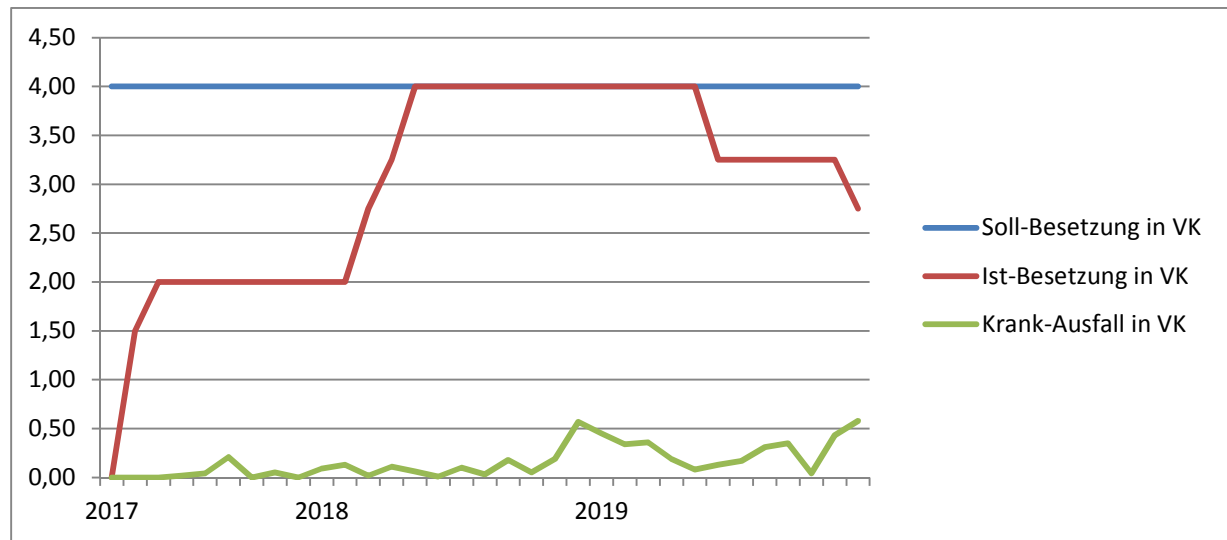
- Station 3, Medizinische Klinik Med I (bis 31.12.2018)
- Station OPZ4/C416, Unfallchirurgie (ab 1.01.2019)
- Station A2, Neurologie und Herz- und Gefäßchirurgie
- Station C320, Altersmedizin (ab 08.2019)

Einschluss Patienten:

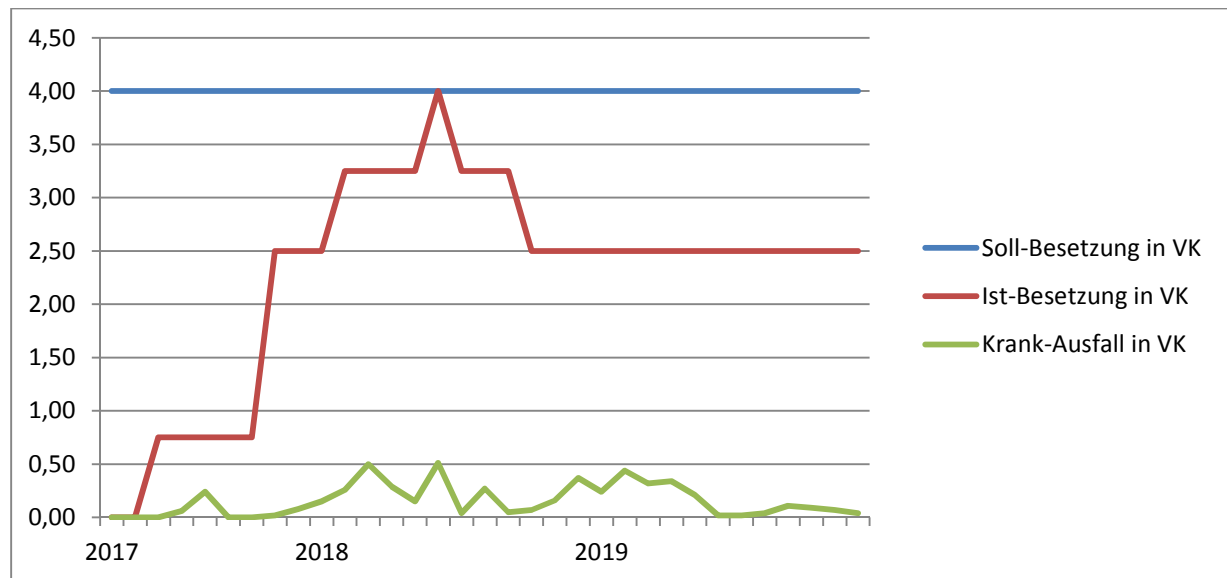
- Notfall-Patienten ≥ 80 Jahre
- Stationäre Aufnahme auf einer der oben genannten Stationen

Personaleinsatz

Lübeck



Kiel



In der gesamten Laufzeit von 33 Monaten

- waren die vorgesehenen Stellen von jeweils 4 VK vollständig in Lübeck über 13 Monate und in Kiel über einen Monat besetzt
- gab es einen Krankenstand mit Schwankungen zwischen 0,01 bis 0,58 VK

Datenerhebung ab 1.10.2017 bis 31.12.2019

Die Datenerhebung hat nach erforderlicher Einarbeitung der Mitarbeitenden ab Oktober 2017 begonnen.

Anzahl Patienten in der LOGGiA-Versorgung

Lübeck	Kiel
2017: 186	2017: 146
2018: 1026	2018: 831
2019: 1050	2019: 629

Anzahl kognitiv eingeschränkter Patienten

Assessment zur Einschätzung kognitiver Fähigkeiten: Erweiterter Barthel

	Lübeck	Kiel
1 = keine oder leichte kognitive Einschränkung	5,1%	20,4%
2= mittelschwere kognitive Einschränkung	14,4%	39,3%
3= schwere kognitive Einschränkung	21,7%	4,6%

Patienten mit mittelschwerer und schwerer kognitiver Beeinträchtigung sind für den klinischen Alltag von besonderer Bedeutung, weil sie einen erhöhten Versorgungsbedarf haben.

Assessment zur Einschätzung von Symptomen eines Delirs: Nursing Delirium Screening Scale NuDesc

	Lübeck	Kiel
≥2 Punkte (Symptom in starker Ausprägung vorhanden)	56,9%	27,9%

Pflegerische Maßnahmen

Kommunikation

	Lübeck	Kiel
Schulung und Anleitung von Patienten	12,9%	21,7%
Schulung und Anleitung von Angehörigen	2,4%	5,7%
Schulung und Anleitung von Mitarbeitenden	2,1%	8,1%
Gespräche Patienten (Orientierung/Aktivierung)	41,6%	32,4%
Gespräche Angehörige (Anamnese/Beratung/weiterführende Angebote)	6,8%	7,3%
Gespräche Teams (Fallbesprechung/Reflexion)	31,9%	22,4%

Mobilisation

	Lübeck	Kiel
Übungen im Bett	32,1%	28,9%
BK Sitzen	22,5%	17,4%
Stehen vor Bett	9,3%	7,0%
keine Mobi	7,7%	17,5%
unabhängig Gehen	6,8%	7,1%
aktiver Transfer in Stuhl	5,1%	8,8%
Gehen mit Hilfsmittel	4,6%	3,5%
Gehen mit 1 Pers. >5m	4,3%	3,8%
Auf der Stelle gehen	4,2%	1,6%
passiv in Stuhl mobil.	1,5%	3,6%
Gehen mit ≥ 2 Pers. >5m	0,6%	0,8%

Essen und Trinken

	Lübeck	Kiel
Anleitung zu selbständigem Essen und Trinken	23,1%	39,0%
Anreichen von Essen und Trinken	10,9%	30,8%

Begleitung Körperpflege/Körperwaschung

	Lübeck	Kiel
Inkontinenzversorgung	16,1%	9,1%
Teilkörperwaschung	8,4%	7,8%
Ganzkörperwaschung	2,5%	4,0%
Begleitung zur Toilette	3,0%	4,9%

Begleitung Medikamenteneinnahme

	Lübeck	Kiel
Begleitung Medikamenteneinnahme	30,2%	31,5%

Kognitive Aktivierung

	Lübeck	Kiel
Kognitive Aktivierung	57,0%	54,4%

Bewertung der Zielerreichung

- Erkennen von kognitiv auffälligen Patient*innen in der Aufnahmesituation auf Station
Mitarbeitende der Stationen sind geschult, diese zu erkennen und sichtbar zu machen. Sie nutzen zunehmend die Einschätzung nach ePA-AC und können in der Schnellinfo des Patienten eine Markierung setzen, so dass die Einschätzung in der Fieberkurve sichtbar wird.

Status erreicht: **80%**

- Anwendung valider Assessments zur Erfassung von Demenz und Delir
Bei allen kognitiv auffälligen Patient*innen werden die NuDesc (Nursing Delirium Screening Scale) zur Einschätzung eines Delirs und der 6-Itemer zur Einschätzung einer demenziellen Erkrankung durchgeführt. Bei positivem 6-Itemer wird zusätzlich auch das erweiterte Barthel-Assessment gemacht. Dieses Assessment dauert länger als der 6-Itemer und ist im Rahmen der MDK-Prüfung als anerkanntes Verfahren zur Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten hinterlegt.
Status erreicht: **95%**
- Geeignete Interaktionen und Interventionen im Sinne einer personenzentrierten Versorgung planen, anwenden und dokumentieren
Zu den am häufigsten angewendeten Interaktionen gehören
 - Schulung und Anleitung von Patienten in alltäglichen Situationen
 - Orientierung und Aktivierung von Patienten durch wiederkehrende Gespräche
 - Bewegungsübungen im Bett
 - Mobilisation auf die Bettkante
 - Anleitung zu selbständigem Essen und Trinken
 - Inkontinenzversorgung
 - Begleitung Medikamenteneinnahme
 - Kognitive Aktivierung (z.B. Reime aufsagen, Sprichwörter vervollständigen, Singen, Fingerfertigkeiten)Status erreicht: **95%**
- Schulung der personenzentrierten Pflege durch Tandem-Versorgung mit den stationszugehörigen Pflegemitarbeitenden in der Praxis
Schulungen und gemeinsame Tandem-Versorgung der Patienten finden noch zu selten statt. Es braucht noch verbindliche Strukturen, die das gemeinsame Arbeiten in schwierigen Situationen ermöglichen. Außerdem ist eine Lernkultur im Sinne von kollegialer Beratung und Anleitung noch zu stärken.
Status erreicht: **10%**
- Einbindung Angehöriger in stationäre Versorgung
Die Einbindung von Angehörigen ist noch weiter auszubauen. Zum einen braucht es verbindliche Strukturen, die die Rolle und Aufgaben von Angehörigen umschreiben und zum zweiten braucht es ein größeres Verstehen bei Pflegenden, welche Ressource Angehörige bieten.
Status erreicht: **12%**

Als insgesamt hemmend ist die personelle Situation der gesamten Laufzeit zu betrachten. Die zeitliche Ressource der Projektleitung ist mit 50% der üblichen Arbeitszeit für die Größe des Themas und über beide Standorte des UKSH eher niedrig ausgestattet. Zudem ließen sich nur erschwerte Pflegenden gewinnen, die über die erforderliche Fachkenntnisse bzw. persönliche Fähigkeiten für diese Aufgabe verfügen. Das ist ein Grund, warum die Schulung und Befähigung der LOGGiA-Pflegenden mehr Zeit in Anspruch genommen hat als gedacht.

Außerdem ist es eine große Herausforderung in einer Situation wie der aktuellen, die von fehlende Pflegefachpersonen und gleichzeitig extrem verdichteter Arbeitsanforderungen geprägt ist, ein Projekt dieser Tiefe und Größe anzustoßen.

Unter diesen Gesichtspunkten ist das Projekt als erfolgreich einzustufen, weil es gelungen ist, die Bedeutung der personenzentrierten Versorgungsansätze zu platzieren.

Nutzen

Mit dem LOGGiA-Projekt haben wir das Thema „kognitiv eingeschränkte Patienten“ und ihre Bedarfe in der Versorgung deutlich erkenn- und verstehbar aufgezeigt. Die personenzentrierte Ansprache, Begleitung und Versorgung ist in hohem Maße von Mitarbeitenden in ihrer Bedeutung verstanden und angenommen worden. Die Erfahrung, dass mit dem personenzentrierten Ansatz ein hohes Maß an Unruhe und Abwehr gesenkt werden kann, ist sehr positiv aufgenommen.

Das Verstehen, dass es sich bei den kognitiven Einschränkungen um ernst zu nehmende Erkrankungen handelt und nicht um unangepasstes Verhalten, macht einen großen Unterschied in der Versorgung der Patienten aus.

Hier die Einschätzung der LOGGiA-Arbeit von Herrn Prof. Dr. Sebastian Schmid:

Mein Eindruck ist, dass sich durch die strukturierten Assessments von Delir/Demenz und Schmerz eine deutliche Verbesserung in der Patientenversorgung ableitet. Auch wenn uns hier gezielte Analysen und Studien (noch!) fehlen, scheint es das durch Ihren gezielten Einsatz von nicht-medikamentösen Interventionen die Episoden von Erregtheit und Agitiertheit bei den Patienten deutlich zurückgegangen ist. Dies ist nicht nur meine persönliche Wahrnehmung auf der Station 43b, sondern wird mir auch von den pflegerischen und ärztlichen MitarbeiterInnen widerspiegelt. Diese Art der Patientenbetreuung - nicht-medikamentöse Intervention wenn möglich und medikamentöse Intervention wenn nötig - setzt im besten Wortsinne das Leitbild der Medizinischen Klinik 1 und des UKSH um.

Das LOGGiA-Team ist gut in den Stationsablauf integriert und inzwischen fester und wichtiger Bestandteil in der Versorgungsrealität unserer Patienten. Gerne sollten wir die positiven Effekte die wir gemeinsam mit Ihrem Team für unsere Patienten erreichen konnten in der Zukunft wissenschaftlich evaluieren und weiterentwickeln.

Ausblick

Die LOGGiA-MA sind alle seit dem 01.01.2020 auf die Stationen in die Teams übergegangen und nehmen ihre spezielle Aufgabe mit in die Regelversorgung.

Es wird weiter darum gehen müssen, alle Daten zu dokumentieren und auszuwerten. Fragestellungen zu gezielten Themen müssen von der Pflegeforschung formuliert werden.

Eine Zusammenarbeit mit der Sektion für Pflege in Lehre und Forschung ist anzustreben. Auch können die Bachelor-Absolventen für das Projekt mit einer bestimmten Aufgabestellung betraut werden, um das Thema weiter voran zu bringen.

Das Thema Schmerzmanagement bei kognitiv eingeschränkten Patienten ist im Rahmen der Arbeit aufgetaucht als eines, welches mehr Beachtung braucht. Erste Ansätze für einheitliche medikamentöse Schmerzschemata und Schulungen zu nichtmedikamentösen Interventionen liegen vor. Ein gemeinsames Schmerzassessment auch für kognitiv eingeschränkte Patienten muss geschult und angewendet werden.

Die Schulung der Pflegefachpersonen auf den Stationen muss weiter voran gebracht werden. Das Wissen um die Bedarfe und eine personenzentrierte Patientenversorgung muss bei mind. 80 % der Pflegefachpersonen vorhanden sein.

Weitere Interventionen, die zur Aktivierung der kognitiv eingeschränkten Patienten im Akutsetting des UKSH geeignet sind, müssen beschrieben werden und zur Anwendung kommen.

Angehörige von Patienten mit kognitiven Einschränkungen müssen weiter in die Versorgung eingebunden werden.