

Von Experten lernen - Bericht der Reiseleitung zur zweiten Studienreise nach Norwegen

Die Schwerpunkte der 2. Studienreise bezogen sich auf Strukturen und Schnittstellen zwischen den einzelnen an der Versorgung von Menschen mit Demenz (im Krankenhaus) beteiligten norwegischen Institutionen, die sich vom deutschen Gesundheitssystem stark unterscheiden. Das Programm sollte den Teilnehmenden einen möglichst umfassenden Blick über das Zusammenwirken der Institutionen ermöglichen. Die Schnittstellen zwischen ambulanter (primary care) und stationärer (secondary care) Versorgung, der Norwegischen Demenzplan, die Rolle der norwegischen Gesundheitsbehörde „*Aldring og Helse*“ – Altern und Gesundheit, das nationale Demenzregister oder auch das Pendant der Norwegischen Alzheimer Gesellschaft, eine Abteilung der „*Nasjonalforeningen for Folkehelsen*“ wurden beleuchtet. Ebenso wurden Aspekte der professionellen – in Norwegen häufig akademisierten – Pflege aus Sicht der universitären Ausbildung eingebunden.

Betrachtung des norwegischen Gesundheitssystems

Das European Observatory on Health Systems and Policies betrachtet in seiner Reihe europäische Gesundheitssysteme, um sie inhaltlich vergleichen zu können. Die Perspektive wird nicht ausschließlich auf die Ergebnisse harter Fakten wie z.B. die Mortalitätsrate gelenkt. Auch Fragen der Organisation, Steuerung, Finanzierung und Leistungserbringung in den nationalen Gesundheitswesen werden einbezogen (Ringard et al. 2013).

Norwegens Gesundheitswesen ist an das Beveridge-Modell angelehnt. In dem fast gänzlich staatlich finanzierten System übernimmt der Staat die Organisation und Steuerung. Durch diese Finanzierungsform erfolgt eine gleichmäßige Belastung aller Einwohner. Ähnlich der nur für wenige Jahre erhobenen deutschen Praxisgebühr muss eine kleine private Zuzahlung für Medikamente und Hausarztbesuche geleistet werden. Private Versicherungen spielen keine nennenswerte Rolle.

Eine kommunale medizinische Grundversorgung wird durch selbstständige Hausärzte (general practitioners) ermöglicht. Ihr Aufgabenbereich umfasst neben der primären Gesundheitsversorgung auch die Überstellung der Patienten zu den Fachärzten, die ohne eine Überweisung nicht aufgesucht werden können. Die primäre Versorgung beinhaltet die ambulante Pflege in den Kommunen und die stationäre Langzeitpflege.

Ein entscheidender Unterschied zu dem deutschen Gesundheitswesen ist die grundständige akademische Ausbildung der norwegischen Pflegekräfte mit deutlichen Auswirkungen auf der Prozessebene des norwegischen Gesundheitswesens. Dies wurde besonders im Rahmen der Vorstellung von Memory-Teams in Oslo und Stavanger sowie in Vorträgen zur Behandlung und stationären Langzeitpflege in Bergen verdeutlicht. Eine solche

Professionalisierung ermöglicht in den Memory Teams die Durchführung einer demenzspezifischen Diagnostik durch Pflegende und Ergotherapeuten. In den Vorträgen von Frau Prof. Husebø und dem ärztlichen Direktor des Haraldsplass Sykehus in Bergen zeigte sich die Notwendigkeit dieser akademisierten Pflege für die Nachbehandlung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Da sich aufgrund des hohen Professionalisierungsgrades die Versorgungsqualität zwischen der Krankenhausversorgung und stationären Langzeitpflege kaum unterscheidet und in der stationären Langzeitpflege seit einigen Jahren ebenfalls Hausärzte fest angestellt werden, können Patienten und Patientinnen direkt im Anschluss an eine akute Diagnostik oder Therapie aus dem Krankenhaus entlassen werden. Die norwegischen Krankenhäuser werden durch die Regional Health Authorities (RHA), eine Art staatlicher Behörde, organisiert und gesteuert. Die zentralen Strukturen ermöglichen auf der kommunalen Ebene auch eine dezentrale Organisation mit regionalspezifischen Lösungen. Der Staat stellt den Kommunen und den RHAs Gelder zur Verfügung, die sie selbstständig für die Leistungserbringung, Organisation und Steuerung einsetzen können: Im Universitätskrankenhaus Stavanger wurden Störungen innerhalb von Kommunikation und verzahnten Abläufen zwischen Klinikärzten und kommunalen Hausärzten beobachtet. Eine neu installierte Krankenhausstelle, die mit einem ehemaligen Hausarzt besetzt wurde, führte zu spürbaren Verbesserungen der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen primär und sekundär versorgenden Leistungserbringern. Ein ehemaliger Hausarzt als Vermittler kann mit klinischen Ärzten Rücksprache halten, hat die notwendige Zeit sich mit den Primär-Versorgern zusammenzuschließen und versteht die arbeitssoziale Realität der Hausärzte. Ein weiterer Aspekt, der das norwegische von dem deutschen Gesundheitssystem unterscheidet, ist die übergeordnete, staatliche Steuerung von Reformen durch Verordnung und top-down Umsetzung. Im Vorfeld sind verschiedenste Akteure, wie Praktiker, Wissenschaftler, Politiker, Patientenvertreter etc. in dem Entstehungsprozess so genannter „Whitepaper“ involviert. Diese werden anschließend als Verordnungen umgesetzt. So wurde der norwegische "Demenzplan 2020" entwickelt, dessen Umsetzung von dem nationalen Kompetenzzentrum „Aldring og helse“ gesteuert und überprüft wird. Das norwegische Gesundheitswesen beinhaltet auch modellspezifische Schwächen. Aufgrund staatlicher Vorgaben, werden bestehende Bedarfe nur annähernd gedeckt. Für viele Bürger sind Krankenhäuser nur schwer erreichbar. Rationalisierungen und Wartezeiten für fachärztliche Diagnostik und Behandlungen sowie sehr häufige Überbelegungen in den Krankenhäusern gehören zur Versorgungsrealität in Norwegen, so dass man mit der Wiedereinführung der Triage experimentiert.

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

Die Reiseroute ermöglichte uns zweimal in einem der größten Krankenhäuser Nordeuropas, dem Ullevål-Sykehus (Ullevål-Krankenhaus) in Oslo zu Gast sein. Es bildet zusammen mit zwei weiteren Standorten (dem Rikshospitalet und dem Aker universitetssykehus) die Universitätskliniken Oslo.

Der **norwegische Demenzplan 2020** wurde uns von Guro H. Bjørkløf, Leiter der Abteilung Demenz bei Ageing and Health, vorgestellt. Norwegen verfügt seit 2007 über einen Demenzplan, der Ziele für mehrere Jahre vorschreibt. Der aktuelle Demenzplan bis 2020 berücksichtigt besonders junge Menschen mit Demenz, wobei die Schätzungen von 4.000 bis 5.000 erkrankten Personen ausgehen. Ein Schwerpunkt umfasst dabei die spezifische Situation der Angehörigen und besonders der Kinder junger Demenzpatienten. Für sie wurde ein [preisgekrönter Animationsfilm](#) „Hvem ser meg?“ gestaltet, der leider nur in norwegischer Sprache verfügbar ist. Außerdem werden für erwachsene Kinder junger Demenzkranker Wochenenden mit Kursformat und Selbsthilfe-Elementen unter dem Namen „Time to be young“ angeboten.

Frau Skarpenland verdeutlicht uns die **Funktion von Memory-Teams**. Zwei Drittel der Gemeinden haben mindestens ein Memory-Team etabliert. Die Erkennung, eine erste Diagnose und Versorgung von Menschen mit Demenz ist explizit dem ambulanten Sektor zugeordnet und obliegt der koordinierenden Funktion der Gemeinden. Ausnahmen existieren ausschließlich für Patienten unter 65 Jahren, die in spezifischen Memory-Kliniken mit großem Einzugsbereich diagnostiziert werden, oder bei komplexen Diagnosen. Memory-Teams bestehen aus Mitgliedern verschiedener Pflege- und Therapieberufe. Ärzte sind in 40% aller Teams direkt eingebunden. Diese Teams sollen die Versorgung nach der endgültigen Diagnose während des gesamten Krankheitsverlaufs für die Patienten und deren Familien gewährleisten bzw. durch Beratung optimieren. Betroffene und Angehörige werden so eng in das System eingebunden und die Inanspruchnahme ist kostenlos. Den Teams stehen landesweit standardisierte Tests zur Verfügung. Nach den Einblicken, die wir bekommen haben, handelt es sich um ein umfassendes geriatrisches Assessment mit somatisch-funktionellen, neuropsychologischen, seelischen und sozialen Komponenten, dass auch die Belastungssituation der Angehörigen umfasst. Auf diese Weise sind die Betroffenen nicht nur in der gewohnten Umgebung und in Anwesenheit ihrer informellen Pflegepersonen, auch die Team-Mitglieder gewinnen gleichzeitig einen Eindruck von der praktischen Umsetzung („Natürlich versorge ich mich zuhause selbst!“). Die körperliche

Untersuchung, Bluttests, die Bildgebung und schließlich die Diagnose erfolgen dann von ärztlicher Seite im Krankenhaus.

Wichtiges Ziel der aktuellen Demenzstrategie ist die Vermeidung einer Phase ohne spezifische Betreuung und Versorgung im Anschluss an die Diagnosestellung einer Demenz. Über die Empfehlung, alle sechs Monate eine Nachsorgeuntersuchung durchzuführen, hinaus beinhaltet das Konzept der Memory-Teams:

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

Der persönliche Eindruck, den viele Teilnehmende von den Memory-Teams gewinnen konnten, war äußerst positiv. Dieser Eindruck bezog sich sowohl auf Strukturen und Aufgaben, aber auch auf die (inter-)professionelle Zusammenarbeit innerhalb der Teams. Viele professionell Pflegende und Therapeuten in Norwegen besitzen einen universitären Abschluss. Die Mitglieder der Memory-Teams interagieren auf gleicher Augenhöhe, jede Person ist verantwortlich für ihr Spezialgebiet. In Deutschland sind die Aufgaben des Memory-Teams auf verschiedene Akteure verteilt oder noch nicht umgesetzt. Unter den Teilnehmenden der Reisegruppe entstanden erste Diskussionen zum Thema Memory-Teams auch in Deutschland zu erproben. Die Bedeutung der Memory-Teams für die klinische Versorgung ist groß, auch wenn die Teams nicht an den Krankenhäusern angesiedelt sind: Gerade für die Versorgung von Menschen mit Demenz nach der akutstationären Versorgung im häuslichen Umfeld ergeben sich viel umfassendere Möglichkeiten um notwendige Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten und Menschen mit Demenz möglichst schnell in ein gesichertes häusliches Umfeld zu entlassen. Das Thema begegnete uns auch in Stavanger und in Bergen und gehört wohl zu den wichtigsten Eindrücken der Reise.

Anne-Brita Knapskog und Marit Nåvik berichteten über die Demenzforschung an der 1990 eröffneten **Memory-Klinik** in Oslo. Jährlich werden ca. 300 Neuaufnahmen und 800 Kontrolluntersuchungen bereits erfasster Personen durchgeführt. In einem multidisziplinären Team aus Ärzten, Pflegenden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten erfolgen zusätzlich bis zu 50 Forschungsprojekte zu Demenzerkrankungen. Klinische Forschungsbereiche umfassen u.a. Diagnostik-Instrumente und Biomarker, Medikamenten-Studien (Monoklonale Antikörper), Interventionsstudien (z.B. Cordial-Studie), die Orientierung im Raum und die Lebensqualität junger Erkrankter.

Von besonderem Interesse war die Nutzung und Anwendung der Optionen des 2008 eingerichteten norwegischen Demenzregisters „Norwegischen Register für Personen mit kognitiven Symptomen“ (**NorCog**). Dort werden systematisch Daten als Eigentum der Universitätskliniken Oslo erfasst. Die administrative Verantwortung obliegt der norwegischen Behörde „Aldring og Helse“. Das Register wurde eingerichtet, um die Qualität von Erhebungsinstrumenten, Diagnose und Behandlung bei älteren und alten Patienten mit kognitiven und psychiatrischen Symptomen – v.a. auch in Krankenhäusern - zu verbessern und epidemiologischen Daten für die klinische Forschung zu generieren. Insgesamt nehmen in vier Gesundheitsregionen 30 Einrichtungen an der Datensammlung teil. Sofern verfügbar werden im Bereich „Kognition“ Befunde mittels neuentwickelten Assessment-Instrumente ermittelt. Im psychiatrischen Bereich erfolgt die Diagnostik durch das Gespräch und ein Assessment (MADRS). Zusätzlich zur Speicherung körperliche und neurologische Daten wird der Konsum von Alkohol erfragt, Konzentrationen verschiedener Biomarker in Blut und Cerebrospinalflüssigkeit gemessen und Ergebnisse von Bildgebungen hinterlegt.

Angehörigen tragen ebenfalls durch persönliche Gespräche sowie verschiedene Fragebögen zu Lebensqualität, Depression, Neuropsychiatrisches Inventar I-ADL in Bezug auf den Patienten sowie eine Stress-Skala für Angehörige zur Datenakquise bei. Wichtig ist, dass dies eine Zustimmung von Betroffenen und Angehörigen erfordert.

Im Mai 2017 konnte das Register auf 2.550 Blutproben und 429 Cerebrospinalflüssigkeiten in der Bio-Datenbank zurückgreifen, in der 5.639 Patienten erfasst waren. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen in dieser Memory-Klinik liegt aktuell bei 76 Jahren, was sich in Spezialisierung auf jüngeren Erkrankten begründet.

Die in der Datenbank hinterlegten Ergebnisse ermöglichen es nicht nur Qualitätssicherung und –entwicklung sondern auch Zeitverläufe bei Diagnosen, Symptomen und biochemischen Parametern zu erhalten.

Am Institut für Klinische Medizin der Universität Oslo forscht eine Arbeitsgruppe zum Thema **Delir** mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Anwendung von Forschungsergebnissen. Bjørn Erik Neerland erklärt, dass die Erkennung und differenzierte

Betrachtung der Symptome eines Delirs und der Verhaltenssymptome einer Demenz (die auf der symptomalen Ebene identisch sein können) im Krankenhaus nicht nur in Deutschland, sondern auch in Norwegen ein Forschungsthema ist. „DSD - **Delirium Superimposed on Dementia**“ als eine Delirform, die vorhandene Demenzerkrankung überlagert, stellt eine große Herausforderung dar.

Gerade bei Patienten mit noch nicht diagnostizierter Demenz liegen im norwegischen System noch große Optimierungspotenziale (Memory-Teams bieten eine große Chance, kommen aber erst zum Einsatz, wenn der Verdacht auf eine Demenz entstanden ist). Aus den dargestellten Daten wurde deutlich, dass das Auftreten eines Delirs bei älteren Patienten mit Hüftfrakturen einen deutlichen prognostischen Faktor für eine sich entwickelnde Demenz liefert. Die Delir-Forschungsgruppe in Oslo beschäftigt sich u.a. mit der wichtigen Frage der Vorhersage eines Delirs durch Biomarker in der Cerebrospinalflüssigkeit. Weitere Hinweise ergeben sich auf die Veränderungen der Blut-Hirn-Schranke im Rahmen eines Delirs, die möglicherweise auch ursächlich für die Symptomatik sind.

Eine an der Universitätsklinik Oslo durchgeführte Studie im orthopädischen Bereich weist darauf hin, dass sich pflegerische prä- und postoperative Maßnahmen positiv auf die Vermeidung eines Delirs auswirken. Inwiefern Delir-Assessments im klinischen Bereich routinemäßig angewandt werden, konnte nicht erschöpfend geklärt werden.

Die **Memory-Klinik** am Universitätskrankenhaus in Oslo wurde 1989 gegründet und ist - vergleichbar dem deutschen System –für Menschen mit Demenz im Alter von unter 65 Jahren zuständig. Die Wahrnehmung der Kliniker ist nach Aussage von Peter Bekkhus-Wetterberg ein seit 1989 im Mittel jünger werden des Patientenklintel. Auffällig ist ein weit weniger fortgeschrittenes Krankheitsbild beim Erstkontakt und viele Patienten und Patientinnen, die vor allem über subjektive Gedächtnisprobleme klagen. Über 65-jährige mit deutlich ausgeprägten Symptomen werden nur noch selten überwiesen. Derzeit haben sich drei Gruppen herauskristallisiert: Ältere über 65 Jahre kommen bereits am Anfang einer Demenzerkrankung in die Memory-Klinik, unter 65-Jährige kontaktieren die Klinik grundsätzlich bei Verdacht auf eine Demenz und ebenso wie Patienten und Patientinnen, deren Fahrtüchtigkeit überprüft werden muss.

Die Klinik betreut jährlich etwa 1.000 Patienten und Patientinnen, davon 300 Menschen im Rahmen eines ersten Kontakts. Mehr als die Hälfte dieser Patienten und Patientinnen stammt nicht aus den Universitätskliniken Oslo.

Das Team der Klinik besteht aus 3,6 Stellen für ärztliches Personal (Geriatler, Neurologen, Psychiater) sowie 3,5 Stellen für spezialisierte Pflegekräfte. Ärzte, Ärztinnen und Pflegenden teilen sich die Aufgaben: Während beispielsweise der Patient vom Arzt untersucht wird, werden Angehörige von Pflegenden befragt. Beide Gruppen nutzen einheitlich

standardisierte Methoden. Im Anschluss werden die Ergebnisse zwischen Arzt und Pflegenden ausgetauscht. Um einen diagnostischen Befund abzurunden werden gelegentlich die Ansprechpartner getauscht, so dass der Arzt mit der Familie spricht und der Pflegende mit dem Patienten. Die Befunde und eine mögliche weitere Strategie werden gemeinsam mit den Patienten und dessen Familie besprochen. In der Regel wird keine Entscheidung nach dem ersten Patientenkontakt gefällt. Ergänzt wird das Aufgabenspektrum durch wöchentliche ärztliche Fallbesprechungen und einmal im Monat steht auch ein Neuropsychologe oder eine Neuropsychologin zur Verfügung.

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

Prof. Marit Kirkevoll leitet die **Abteilung für Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheit und Gesellschaft der Universität Oslo**, das eines von drei Instituten an der Fakultät für Medizin bildet. In der Abteilung für Pflegewissenschaft sind acht Professoren vier außerplanmäßige Professoren und drei Postdocs beschäftigt. 25 Studierende arbeiten an ihrer Dissertation. Die Abteilung bietet einen Masterstudiengang in Pflegewissenschaft an und einen Studiengang zum „Advances Nurse Practitioner“ im Bereich geriatrische Pflege, also einem Berufsbild, bei dem die Pflegenden mit akademischen Hintergrund dennoch in die unmittelbare Pflege „am Bett“ eingebunden bleiben, dort aber auch komplexere Aufgaben wie spezielle Assessments übernehmen. Forschungsbereiche als Beiträge des Promotionsprogramms der Fakultät für Medizin durch die Abteilung Pflegewissenschaft beinhalten die Pflege von Älteren, die Entwicklung innovativer Pflegeansätze, die Erfahrungen von Patienten bei Gesundheitsproblemen sowie weitere Forschungsprojekte im Bereich Rehabilitation. Die Abteilung beheimatet auch eine nationale Institution, die sich mit der Forschung und Wissensvermittlung bei Pflegesituationen auf der Ebene der Gemeinden beschäftigt.

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

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

Wesentliche Ziele ebenfalls als Vollzeit- oder Teilzeitstudium angebotenen Masterstudiengangs in Pflegewissenschaft sind der Erwerb von Kenntnissen zu Theorien und Forschungsgegenständen, die für die Pflege von Bedeutung sind sowie das Entwickeln von Forschungsstrategien und der Erwerb methodischer Kenntnisse, die auf die Pflegeforschung anwendbar sind.

Besonders an diesen Vortrag von Prof. Marik Kirkevold schloss sich eine lebhafte Fragerunde und Diskussion zur Arbeitssituation für Pflegende in Norwegen an. Dabei ergaben sich folgende Erkenntnisse: Grundsätzlich herrschten in Norwegen im internationalen Vergleich gute Bedingungen für die Pflegenden, die auch ein angemessenes Gehalt erhalten.

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

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

Helle Schoyen, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, stellte die Universitätsklinik in Zahlen vor. Etwa 7.000 Personen arbeiten beim viertgrößten Gesundheitsanbieter in Norwegen, davon viele in Teilzeit, übriges auch eine Reihe deutscher „Auswanderer“. Die Klinik unterhält 900 Betten und ein Hotel mit 220 Zimmern. Die Gerontopsychiatrie ist eine von vier Abteilungen der psychiatrischen Klinik in der insgesamt 850 Mitarbeiter bis zu 110 Patientinnen und Patienten versorgen. Jährlich werden zusätzlich etwa 6.000 ambulante Patienten behandelt.

Versorgung ambulanter Patienten und Psychiatrischer Liaisondienst

Maria Magdalena Chiruta und Frederike Fritze führten aus, dass neben Ärzten in der Abteilung zur **Versorgung ambulanter Patienten mit einem psychiatrischen Liaisondienst** auch Pflegende mit einer speziellen Ausbildung zu nicht-medikamentösen Behandlungsstrategien beschäftigt sind. Beide Berufsgruppen beteiligen sich an der Entscheidung, welche Therapie angewandt wird. Der interdisziplinäre Austausch wird auch bei einem wöchentlichen gemeinsamen Essen gepflegt.

Unter 65-Jährige mit kognitiven Einschränkungen werden grundsätzlich von einem Neurologen untersucht. Zur Differentialdiagnose von Lewy-Körperchen-Demenz wird die dementia cognitive fluctuation scale der amerikanischen Mayo-Universität verwendet. Skalen zur Erfassung einer Depression sind im Hinblick auf eine hohe potentielle Suizidrate integraler Bestandteil der Untersuchung. Im häuslichen Umfeld wird auf die nun bereits

bekannten Dienste zurückgegriffen: Memory-Teams, Gemeindeschwestern und Tagespflegeeinrichtungen.

Elektronische Patientenakten („DIPS“) können von den Patienten und Patientinnen sofort eingesehen werden. Frederike Fritze berichtete dabei von Fällen in denen Betroffene eine manifeste Diagnose noch vor einem Arztgespräch aus der Patientenakte entnommen haben. Auch bei Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen sind die dort vermerkten Diagnosen und Therapien den Patienten zugänglich, was unter Umständen zu schwierigen Situationen führen kann.

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

Die leitende Pflegekraft Berit Saagvag gab uns Einblicke in **Strategien zur Pflege demenziell veränderter Menschen nach der Marte Meo-Methode**. Diese Anwendung beinhaltet z.B. das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten und die Organisation einer Tagesstruktur. Für Kleingruppen werden besondere Aktivitäten angeboten, wie Morgensport oder Cafébesuche. Grundsätzliches Ziel ist die Entwicklung und Gewährleistung einer festen Patientenbindung im Sinne der Beziehungspflege. Die Marte-Meo-Methode (einem Konzept der personenzentrierten Kommunikation bzw. den Validationsmethoden ähnliche Kriseninterventionsstrategie) wird als deeskalierende Kommunikationsmethode vor allem bei herausforderndem Verhalten eingesetzt.

Besondere Schnittstellen zeigten sich in gemeinsamen Besprechungen über Patienten, die im Altenheim betreut werden, mit dem dortigen Personal sowie das Coaching der Pflegenden in dem Altenheim (Koordinationsaufgabe des Instituts SESAM).

SESAM ist für verschiedene Projekte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des lokalen Gesundheitssystems zuständig. Erwartungsgemäß ist eines der Hauptprobleme die Multimorbidität der Patienten erklären Martha Therese Gjesten und Svein Kjosavik.

Ein Forschungsprojekt bei Sesam zur Verbesserung in der Zusammenarbeit zwischen Kommune und Krankenhaus ist das ABC-Programm, dass im Zusammenhang mit dem norwegischen Demenzplan 2015 entwickelt und landesweit angeboten wird. Zielgruppe sind

professionell Pflegende in den Kommunen. Neben einem Seminar werden auch Fachtage und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch angeboten. Im Jahr 2016 haben etwa 22.000 Personen am Programm teilgenommen. Teil der wissenschaftlichen Aufgaben von SESAM ist es, das Programm zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

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

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

Donnerstag, 1. Juni 2017 Haraldsplass Diakonale Sykehus Bergen

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

Die Forschungsfragestellungen von Bettina Husebø sind vor allem der **Erfassung und Behandlung von Schmerzen älterer Menschen**, besonders mit demenziellen Veränderungen in verschiedenen Settings gewidmet. Im Akutkrankenhaus liegt der Fokus der Schmerzbehandlung – auch bei älteren Patientinnen und Patienten - im Rahmen der aktuellen Behandlungsstrategien und Eingriffe auf akuten Schmerzen. Je nach kognitivem Zustand können diese mehr oder weniger deutlich artikuliert werden. Häufig unberücksichtigt bleiben chronische Schmerzen, die die Patienten unabhängig von deren akuten Gesundheitsproblem aufweisen, das aktuell zur Einweisung geführt hat. Bei den chronischen Schmerzen stehen degenerative Leiden an Skelett, Haut und Bindegewebe oder auch Schmerzen im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung im Vordergrund. Als weitere

Probleme der Patientengruppe benannte Husebø die Polypharmazie bei einer hohen Zahl an bestehenden Diagnosen sowie die Verabreichung von Antipsychotika – auch zur „Beruhigung“ von Patienten, die aufgrund von Schmerzen herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Sie verwies dabei auf Studien, die eine Verkürzung der Überlebenszeit durch Verwendung von Antipsychotika nachweisen.

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

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

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

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

Abschließend berichtete Bettina Husebø über den **Nutzen nicht-medikamentöser Ansätze** etwa zu Schmerz- und Verhaltenstherapie: Am besten würde die Anwesenheit eines realen

Säuglings im Heim angenommen, also echtes Sozialleben über Generationen hinweg. Gute Erfahrungen habe man auch mit einer 1:1 Betreuung im Sinne von Gesprächen gemacht. Platz drei belegten (mitgebrachte) Hunde, wobei große besser angenommen wurden als kleinere.

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

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

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

In der **geriatrischen Abteilung des Haraldsplass-Krankenhauses** wurden von Nala Maik und Petter Thornam im Hinblick auf Menschen mit Demenz fünf Handlungsfelder für ein demenzfreundliches Krankenhaus vorgestellt:

1. die Umgebung gestalten, in der Pflege stattfindet
2. das Wissen, die Fertigkeiten und Haltung in der Versorgung von Menschen mit Demenz verbessern
3. die Fähigkeit, kognitive Beeinträchtigungen zu identifizieren und mit Assessments zu bewerten
4. die Möglichkeit, Menschen mit Demenz in das häusliche Umfeld zu entlassen
5. die Entwicklung eines personenzentrierten Pflegepfades, der Pflegende und Familienangehörige miteinschließt

Besondere Herausforderungen sieht das gesamte Krankenhaus in

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

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

Als ein Steuerungs- und Planungsinstrument werden „korridorpatienter“ eingeführt. Damit wird die Anzahl der Patienten pro Monat, die ein Bett auf dem Flur erhalten (müssen) erfasst. Deren Anzahl hat sich seit dem Jahr 2014 deutlich verringert. Die Verweildauer in diesem Krankenhaus beträgt derzeit durchschnittlich 3,5 Tage. Anschließend wird der Grundriss des neu geplanten Krankenhauses vorgestellt.

Im Rahmen der **Besichtigung der geriatrischen Abteilung** konnten Patientenzimmer nicht besucht werden, um die Patienten nicht zu beunruhigen. Die geriatrische Station ist Anlaufstelle für die 150.000 Bewohner der Region Bergen und Nordhorland. Sie verfügt über 24 Betten, die je zur Hälfte in geriatrische Betten und Betten für eine Stroke-Unit aufgeteilt sind. Die Stroke-Unit versorgt Patienten und Patientinnen in einem Alter von über 60 Jahren, jüngere Patienten werden in einem anderen Krankenhaus versorgt.

Die Station verfügt über einen großen, hellen und gemütlich eingerichteten Aufenthaltsraum im Stil eines Wohnzimmers. Der Holzboden wirkt warm. Außerdem gibt es ausreichend

Räume für Physio- und Ergotherapie um drei Patienten gleichzeitig betreuen zu können. Viele entsprechende Therapien finden in den Patientenzimmern statt. Es gibt eine Therapieküche.

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

Freitag, 2. Juni 2017

Ullevål-Universitäts-Krankenhaus in Oslo

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

Die Bestrebungen der norwegischen Gesundheitsvereinigung „Nasjonalforeningen for folkehelsen“ zu einer **demenzfreundlichen Gesellschaft** ähneln nach Auffassung von Rand i Kiil sehr stark dem deutschen Programm „Demenz in der Kommune“ bzw. den Allianzen für Demenz. Der gemeinnützige Verein besteht seit 1910 und besitzt ca. 500 Ortsverbände, von denen sich etwa 100 ausschließlich dem Thema Demenz widmen. Die Vereinigung ist damit den Alzheimer Gesellschaften in anderen Ländern vergleichbar.

Das Programm beinhaltete drei Schritte: Zuerst wurde eine Demenz-Kampagne in ganz Norwegen gestartet, die für eine Zustimmung der Akteure zu den einzelnen Handlungsfeldern sorgte. Im zweiten Schritt wurden Kommunen angesprochen und lokale Arbeitsgruppen gebildet, die die örtlichen Themen sammeln und einen lokalen Demenzplan ausarbeiten. Im dritten Schritt werden verschiedene Personengruppen durch Materialien sensibilisiert, aufgeklärt und ausgebildet, die von der Nasjonalforeningen gestellt werden. In diesem Jahr sollen die ersten 100 Gemeinden erreicht sein, im nächsten Jahr soll die Zahl der demenzfreundlichen Gemeinden auf 150 steigen. Das Thema demenzfreundliches Krankenhaus ist dabei noch nicht ausreichend abgebildet.

Anne Rita Øksengård und Anette Hylén Ranhoff berichten über den Beginn des norwegischen Wegs zum **demenzfreundlichen Krankenhaus**. Am 17. Mai 2017, also etwa zwei Wochen vor unserer Studienreise, fand ein erster Workshop zum Thema auf Einladung

der Nasjonalforeningen statt. Teilnehmer waren Vertreter des Patientengremiums (Menschen mit Demenz), Vertreter von drei diakonischen Krankenhäusern in Norwegen, die Behörde Aldring og Helse, das schwedische Demenz-Zentrum, das Dandryd-Krankenhaus in Stockholm und ein speziell ausgebildeter Internist.

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

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

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

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

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

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

Stadien der Bewältigung. Die strukturierte Nachsorge ist daher eine ebenso wichtige Therapieoption wie Medikamente.

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

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