

Newsletter Februar 2018

(Ausgabe 3)

Inhalt

1. **Delirien sind vermeidbar – die Münsteraner machen es uns vor!**
2. **Was wir von den Norwegern über die Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus lernen können**
3. **6. Deutschsprachiger Delirtag am Klinikum Stuttgart**
4. **Aktiver mit „aktiver“ – Delirien vermeiden und Kompetenzen erhalten**
5. **Stadtkirche Untertürkheim unterstützt HuBerTDA mit Nesteldecken und übertrifft sich damit selbst**

1 Delirien sind vermeidbar – die Münsteraner machen es uns vor!

Gastspiel von Frau Dr. Gurlit

Ein voller Erfolg war der Besuch von Frau Dr. Simone Gurlit aus Münster. Über 80 interessierte Zuhörer folgten unserer Einladung, um sich den Vortrag der Anästhesistin anzuhören. Dr. Simone Gurlit, Leiterin der Abteilung für Perioperative Altersmedizin am St. Franziskus-Hospital Münster, referierte über die Auswirkungen des demographischen Wandels für das Akutkrankenhaus und nahm dabei insbesondere eines der Schwerpunktthemen des Projektes „HuBerTDA“, das Delir, unter die Lupe.

Dabei stellte sie zentrale Grundlagen des Delirs dar, sowie die Relevanz der Prävention. Es wurde deutlich, was eine Klinikaufnahme für einen kognitiv eingeschränkten Menschen bedeuten kann und welchen delirbegünstigenden Faktoren ein Patient ausgesetzt wird. Sehr einprägend zeigte die Präsentation etwa wie vielen verschiedenen Gesichtern ein Mensch im Verlauf eines Klinikaufenthaltes begegnet – verschiedenen Ärzten und professionell Pflegenden, verschiedenen Therapeuten, dem Sozialdienst, dem Casemanagement, dem Patientenbegleitdienst und noch vielen mehr. Die Oberärztin untermauerte ihren Vortrag mit zahlreichen Beispielen aus ihrer alltäglichen Praxis.

Eindrucksvoll wurde das OP-Lotsen-Programm „Der alte Mensch im OP“ vorgestellt,



Dr. Simone Gurlit

das im St. Franziskus Hospital in Münster umgesetzt wird und das dort deutliche

Erfolge in der Delirprävention zeigt. Es war Bestandteil des deutschlandweiten „Leuchtturmprojektes Demenz“ und wurde aufgrund der delirpositiven Auswirkungen 2003 dauerhaft im St. Franziskus-Hospital implementiert.

Ziel des Lotsen-Programms war es, die perioperative Versorgung kognitiv eingeschränkter Patienten in einer Klinik zu verbessern, die keinen geriatrischen Fachbereich hat. Das postoperative „Outcome“ sollte vor allem mit dem Blick auf die Vermeidung von Delirien erreicht werden. Mit der unmittelbaren Begegnung und der kontinuierlichen Begleitung soll eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Krankenhausmitarbeiter geschaffen werden. Somit können Ängste und Unsicherheiten geschmälert oder gar genommen werden. Darüber hinaus ist eine fortlaufende Orientierung gewährleistet. Altenpflegekräfte begleiten den Patienten zu sämtlichen präoperativen Untersuchungen wie Röntgen und EKG. Selbst bei der späteren Narkoseeinleitung im OP sind sie mit dabei. So kann zum Beispiel sedierende Begleitmedikation reduziert werden. Durch eine schnellere Rekonvaleszenz, die sich im Münsteraner Hospital gezeigt hat, trägt das Programm auch ein wirtschaftliches Potential in sich.

Am Ende des einstündigen Vortrages stellte sich Frau Dr. Gurlit den zahlreichen Fragen des Publikums. Doch an Feierabend war noch nicht zu denken! Anschließend folgte der „Meet the Expert“-Workshop, der die Themen „Narkoseführung im Alter“ und „Delir auf der Intensivstation“ beinhaltete.

Wir bedanken uns noch mal ganz herzlich bei Frau Dr. Gurlit für ihr Kommen und ihr Engagement!

Eine sehr detaillierte Beschreibung des Programms „Der alte Mensch im OP“ finden Sie unter: <http://www.mgepa.nrw.de>

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Der alte Mensch im OP.

Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs.

Auch für das HuBerTDA Projekt ist die Implementierung dieses bewährten Programms in adaptierter Form Mitte 2018 vorgesehen.

2 Was wir von den Norwegern über die Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus lernen können.

In Ergänzung des Programms „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ fördert die Robert Bosch Stiftung von 2016 bis 2018 insgesamt drei Studienreisen, die europaweit gesundheitsbezogene Institutionen mit Vorbildcharakter zur Versorgung von kognitiv eingeschränkten Menschen besuchen. „Mit der Förderung der Studienreisen sollen Krankenhäuser in Deutschland bei der Implementierung von innovativen, patientenorientierten Konzepten zur Versorgung von Menschen mit Demenz unterstützt und wichtige Veränderungsimpulse gesetzt werden“ (Robert Bosch Stiftung, 2017). An der Studienreise nach Norwegen konnten mit Stefan Blumenrode und Sarah Weller sogar zwei unserer Projektmitarbeiter teilnehmen. Mit dabei waren 24 weitere Fachleute aus ganz Deutschland, die fünf Tage lang durch Norwegen reisten und Krankenhäuser der Städte Oslo, Stavanger und Bergen besuchten, um sich interdisziplinär auszutauschen.

Norwegen ist zwar gemessen an der Fläche ein großes Land, hat jedoch mit 4,7 Millionen Menschen nur wenige Einwohner und durch seine Topographie nur sehr schwer zugängliche und vernetzbare Regionen. Das Gesundheitswesen, das sich in staatlicher Trägerschaft befindet, hat die Verantwortung für die ärztliche Betreuung, die ambulante häusliche Pflege und die Pflegeheime in die Hand der Gemeinden gelegt. Mit seinen verpflichtenden Vorgaben trägt es zu einer einheitlichen Umsetzung der Leitziele in den Kommunen bei.

Eine der Vorgaben stellt der 2007 vom *Norwegian Ministry of Health and Care Services* entwickelte sogenannte **Dementia Plan 2015** dar, der einen Bestandteil des nationalen Care-Plans ausmacht. Dieser

beschreibt unter dem Leittitel „*Making the most of the good days*“ fünf zentrale Initiativen, die in den Gemeinden schrittweise bis zum Jahr 2011 umgesetzt werden sollen. An diesen Plan schließt sich der **Dementia Plan 2020** an, der als Leitziel „*A More Dementia-Friendly Society*“ benennt. Er nimmt Bezug zu den Erfahrungen des letzten Demenzplans und hebt hier die besondere Bedeutung der Prävention, der Schaffung von Wissen und Kompetenz, der Diagnosestellung und postdiagnostischen Betreuung, der Notwendigkeit eines differenzierten Angebots an Tages- und Kurzzeitpflegemöglichkeiten, der individualisierten Hilfe für die Betroffenen und deren Angehörigen sowie der gesellschaftlichen Inklusion hervor. Mittlerweile hat sich auf Grundlage dieser Maßnahmen in Norwegen ein vielseitiges Versorgungsangebot entwickelt, das bedarfsgerechte Angebote für eine nachhaltige, integrierte und koordinierte Versorgung für Menschen mit Demenz vorsieht.

Unser erster Besuch fand im Ullevål-Universitätskrankenhaus in Oslo statt.

Zusammen mit dem Reichshospital und dem Aker Universitätskrankenhaus bildet es das Universitätsklinikum Oslo, das als größter Klinikverbund Skandinaviens gilt. In den 14 medizinischen Fachabteilungen werden jährlich rund 1,2 Millionen Patienten behandelt. An 40 kommunalen Standorten arbeiten ca. 40.000 Mitarbeitende für das Universitätsklinikum. Allein fast die Hälfte der Forschungstätigkeit im Gesundheitsbereich wird hier durchgeführt.

Hier besichtigten wir die Memory Clinic und das Gerontopsychiatrische Zentrum mit seiner besonderen Milieugestaltung, in welchem wir erfuhren, wie sogenannte **Memory Teams** zu einer fachlich guten Diagnostik und Begleitung im Rahmen einer Gemeindeversorgung beitragen. Wir hörten einen Vortrag der **Norwegian Health Association**, die als

Pendant zur Alzheimer Gesellschaft bei uns gilt. Auch erfuhren wir, dass in Norwegen **ein sog. „nationales Demenzregister“** eingerichtet wurde. Dieses ist für alle Patienten freiwillig, jedoch stimmen die meisten dieser Registrierung zu. Gespeichert werden hier zahlreiche Daten (u.a. Soziodemographie, Blutwerte, Befragungsergebnisse von Angehörigen, bestehende Symptomatiken (z.B. Verhaltensauffälligkeiten), ADLs sowie IADLs, Schlafsituation, Neuropsychologische Angaben), die vor allem für Forschungszwecke eingesetzt werden.

Da einer der zentralen Schwerpunkte des aktuellen Demenzplans bei **jungen Demenzerkrankten** liegt, stand einer der Vorträge in diesem Fokus. Jährlich bekommen rund 200-300 sog „YOD“ die Diagnose Demenz. Viele von ihnen haben (kleinere) Kinder. Für die Aufklärung dieser wurde spezifisches Material entwickelt, zu dem etwa ein preisgekrönter Film zählt, der auf norwegisch und englisch im Internet downloadbar ist. Auch spezielle Angebote wie Summercamps werden für die Kinder demenzerkrankter Eltern durchgeführt.

Unser zweiter Besuch führte uns in die Uniklinik Helse nach Stavanger.

Diese Klinik ist eine von fünf lokalen Gesundheitsbehörden in Westnorwegen und im Besitz der regionalen privaten Gesundheitsgesellschaft Helse Vest. Dennoch wird es staatlich finanziert. 7000 Mitarbeiter sind hier in verschiedenen Professionen für ein 200.000 m² großes Gebiet mit 300.000 Einwohnern tätig. Das Krankenhaus hat einen akutmedizinischen Bereich, eine Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, eine Abteilung für Psychiatrie (mit einer Alterspsychiatrie) und eine für Radiologie.

Wir hörten zahlreiche Vorträge von aktuellen Forschungen des **SESAM - Center for Aged-Related**

Medicine. Dieses Zentrum für Altersmedizin wurde von der Regionalen Gesundheitsbehörde in Westnorwegen gegründet, um die Koordinierung, Forschung und berufliche Entwicklung, Vernetzung und Bildung innerhalb der Geriatrie zu verbessern. Im Mittelpunkt steht hierbei die Pflege älterer Menschen sowie die Überwindung bestehender körperlicher, psychiatrischer und sozialer Problematiken. Als besonders relevant bei allen Projekten wird ein Bezug in die aktuelle Praxis gesehen. Ein Facharzt berichtete über die dortige Kurzliegerstation, auf der diejenigen Patienten durchschnittlich 1.2 Tage verbringen, bei denen ein Krankenhausaufenthalt von 2 Tagen oder weniger erwartet wird.

Ebenso erfuhren wir viel über die **Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Städten und Krankenhäusern**. Grundlegende Angebote jeder Kommune in Norwegen sind tagespflegerische Einrichtungen, ambulante (Kranken)Pflegerdienste, ambulante psychiatrische Pflegerdienste sowie Pflegeheime. Jede Kommune hat jedoch ihre eigene Angebotsstruktur. Die Kommune hält „städtische Ärzte“ vor, deren Aufgabe es ist, Veränderungen in Krankenhäusern beratend zu begleiten sowie an Fallbesprechungen teilzunehmen. Zudem arbeiten die Memory Teams eng mit den Krankenhäusern in Bezug auf Aufnahme- und Entlassmanagement zusammen. Deren Gespräche mit Angehörigen und Betroffenen tragen oft dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Ärzte, Pfleger und Patienten werden durchweg als verschiedene Spezialisten für verschiedene Bereiche betrachtet. Darüber hinaus bekommen demenzerkrankte Patienten in den Krankenhäusern eine Karte, auf der „VIP“ steht, die sie nach dem Krankenhaus Ärzten und anderen vorzeigen können, um auf eine würdevolle Art auf ihren gesundheitlichen Hintergrund aufmerksam zu machen.

Bei unserem letzten Besuch wurden wir herzlich im Haraldsplass Diakonale Sykehus in Bergen aufgenommen.

Es ist das lokale Krankenhaus für die Städte Bergenhus, Åsane und Arna in Bergen und alle Gemeinden in Nordhordland zuständig. Es hat eine Abteilung für Innere Medizin, Anästhesiologie, Überwachung und Radiologie sowie eine regionale Funktion in der Geriatrie und in der Palliativ- und Hilfsbehandlung (Sunniva). Insgesamt hat es eine Bettenzahl von 183 und 925 Mitarbeitende.

Zentral bei diesem Besuch war der Vortrag von Bettina Husebø, Leiterin des Centre for Elderly and Nursing Home Medicine (SEFAS), die ihren Arbeitsschwerpunkt auf die **ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern** legt. Sie berichtete, dass es in allen Pflegeheimen fest angestellte Ärzte gibt, die dort von 09:00 – 16:00 Uhr ständig vor Ort sind. Mit jedem demenzerkrankten Heimbewohner führt der im Heim ansässige Arzt standardisiert 1x/Jahr ein Gespräch. Bewohner können durch die Anwesenheit von Ärzten im Pflegeheim behandelt werden, was zu einer Vermeidung delirauslösender Krankenhausaufenthalte führt. Nur für wenige Diagnosen kommen Bewohner ins Krankenhaus (z.B. Oberschenkelhalsfraktur), werden dann aber auch nach 1-2 Tagen wieder ins Heim entlassen. Durch die Anwesenheit von Ärzten konnte auch die Antibiotikagabe in den Heimen stark reduziert werden. Um bei akutmedizinischen Vorfällen gut unterstützen zu können, sind die akutmedizinischen Kurse für die Pflegekräfte sehr gut besucht.

Bettina Husebø referiert zudem über das Problem der Schmerzerfassung bei Demenzerkrankten. Diese ist oftmals durch krankheitsassoziierte Symptomaten wie einen sich manifestierenden Sprach-/Reflexionsverlust stark eingeschränkt.

Auch weisen diese Patienten oft den sog. „painavoidance-effect“ auf, d.h. im Sitzen sind sie schmerzfrei, zeigen aber bei Bewegungsaufforderungen Schmerzsymptomaten. Darüber hinaus ähnelt das Verhalten von Demenzerkrankten oft per se dem Verhalten von Menschen mit einer Schmerzsymptomatik. Zudem erschweren Veränderungen, die im Zuge einer Demenzerkrankung entstehen, eine Unterscheidung dahingehend, ob bei einem Patienten keine, eine akute oder auch eine chronische Schmerzsymptomatik vorliegt.

Demenzerkrankte haben in diesem Zusammenhang etwa das gleiche Schlafmuster wie 3-monatige Babys, es ist also auch ohne Schmerzen „normal“, dass sie oft aufwachen und umherirren. Wichtig ist die Beachtung, dass Demenzerkrankte oft eine zeitverzögerte Wahrnehmung ihrer Schmerzen haben und sich diese mehr in der Mimik denn in Lautäußerungen zeigen. Für die Schmerzerfassung von Demenzerkrankten empfiehlt die Professorin die **Schmerzskala MOBID-2**.

Mehr über das Programm der Internationalen Studienreisen mit Schwerpunkt „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ finden Sie unter

<http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/64002.asp>

Ein ausführlicher Bericht zur Studienreise nach Norwegen ist hier downloadbar:

http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Bericht_Studienreise_Norwegen.pdf

3 6. Deutschsprachiger Delirtag am Klinikum Stuttgart

Am 20. November 2017 fand der 6. Deutschsprachige Delirtag im Klinikum Stuttgart statt. Es trafen sich VertreterInnen multiprofessionell verschiedener Berufsgruppen: Pflege, Medizin, Therapeuten, um sich über den aktuellen Wissensstand bezüglich dem Thema Delir auszutauschen. Im Klinikum Stuttgart wird das Thema Delir in den Projekten HuBerTDA („Handeln im Hier und Jetzt! Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus) und PAWEL (Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität: Reduktion von Delirrisiko und postoperativer kognitiver Dysfunktion nach Elektivoperationen im Alter) nachhaltig bearbeitet. Über 130 Personen lockte der Delirtag in die Räumlichkeiten des Olga-hospitals und den OrganisatorInnen sowie den Vortragenden war es von großer Bedeutung, die Thematik umfassend zu beleuchten. Deutlich wurde dies durch die Vielfalt der multiprofessionellen und interdisziplinären DozentInnen sowie den fachlichen Austausch neben den Vorträgen.

Vortragende waren unter anderem Prof. Dr. Walter Hewer aus dem Klinikum Christophsbad, welcher sich mit der Frage beschäftigte, welche Therapie bei Delir im hohen Lebensalter im Vordergrund steht, oder Michael Junge, Pflegedirektor am Diakonissen-krankenhaus in Dresden, welcher sich mit dem Leitgedanken eines demenzsensiblen Krankenhauses auseinandersetzt, in welchem die Delirprävention einen wichtigen Projektbaustein bildet. Die praktischen Aspekte an diesem Tag wurden durch eine Reihe Workshops integriert. Hier wurden unter

anderem Workshops durch Frau Dr. Katrin Markgräfe-Weisser bezüglich der Basics eines Delirscreenings oder durch Frau Juliane Spank mit praktischen Einblicken zum australischen Delirpräventionsprogramm CHOPs, beide Mitarbeitende des Klinikums Stuttgart, durchgeführt. Herr Benjamin Vollmar berichtete aus dem Klinikum Gütersloh in einem Workshop praxisnah über seine Arbeit als Demenz-Koordinator. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch eine Zusammenfassung der Ärztlichen Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere des Klinikums Stuttgart, Frau PD Dr. med Christine Thomas, und die Take-home-messages der Workshops sowie der Verabschiedung durch die duale Leitung des Projekts HuBerTDA, Frau Dr. Thomas und Frau Cathleen Koch.

Der 6. Deutschsprachige Delirtag war bis auf den letzten Platz ausgebucht, wodurch die Aktualität der Thematik unterstrichen wird. Das Organisationsteam dankt den Vortragenden und Workshopleitenden und freut sich auf erneut zahlreiche Gäste zum übernächsten Delirtag 2019 in Stuttgart. Im kommenden Jahr 2018 findet der 7. Deutschsprachige Delirtag in Bielefeld im Evangelischen Klinikum Bethel statt.

Die Vorträge der Referenten und Workshopleiter sind auf unserer Homepage einsehbar:

<http://www.klinikum-stuttgart.de/kliniken-institute-zentren/klinik-fuer-psi-chi-at-rie-und-psy-cho-ther-a-pi-e-f-ue-r-a-e-l-t-e-r-e/ter-mi-ne-und-ver-an-stal-tun-gen/rue-ck-bli-ck-del-ir-tag-2017/>

4 Aktiver mit „aktiver“ – Delirien vermeiden und Kompetenzen erhalten



Eine zentrale Herausforderung in der Versorgung älterer, insbesondere demenzkranker Patienten im Krankenhaus ist der sehr anregungsarme Krankenhausalltag. Die Patienten verbringen viel Zeit damit, alleine im Bett liegend auf Behandlungen zu warten. Sie langweilen sich und verbringen meist einen Großteil des Tages in Inaktivität. Dies führt schon nach kurzer Zeit dazu, dass nicht nur körperliche, sondern auch kognitive Fähigkeiten der Patienten nicht aktiviert werden. Als Folge ist nicht nur mit einer Verschlechterung diverser Gedächtnisleistungen zu rechnen, sondern auch verstärkt mit Problematiken wie nächtlicher Unruhe.

Um dem entgegenzuwirken startete im Rahmen des Projekts HuBerTDA die Umsetzung eines Maßnahmenbündels, das unter „aktiver“ auf der Pilotstation eingeführt wurde. Das Akronym beschreibt zugleich wesentliche Bausteine des Konzepts: **„Alltags- und Kognitives Training – Interdisziplinarität – verbessert Ergebnis und mindert das Risiko“**.

Das Konzept soll wesentlich dazu beitragen, dass Patienten > 70 Jahre während des gesamten Krankenhausaufenthaltes ihre kognitiven und körperlichen Funktionen erhalten können, Komplikationen – vor allem die Entwicklung von Delirien – zu reduzieren und dem Patienten zu ermöglichen, nach der Entlassung so selbstständig wie zuvor zu sein. Es

richtet sich an Patienten ab 70 Jahren, die demenzerkrankt sind oder bei denen der Verdacht auf ein Delir besteht. Diese Patienten weisen in der Regel noch weitere Delirrisikofaktoren auf – etwa ein Delir in der Vorgeschichte, Seh- oder Höreinschränkungen, eine Nierenfunktionsstörung, Dehydration oder Schlafstörungen.

Geschulte FSJ-ler bieten diesen Patienten unter der Anleitung von speziell ausgebildeten Pflegekräften während ihres Krankenhausaufenthaltes bedarfsorientiert vier spezifische Interventionen an, die entsprechend dokumentiert werden, um deren Verläufe in ihrer Wirksamkeit überwachen und gegebenenfalls anpassen zu können. Die wesentlichen Zielsetzungen und zentrale zugehörige Maßnahmen sollen nachfolgend kurz skizziert werden.

AKTIV-Besuch und PLUS-Besuch



Das Ziel des Bausteins ist es, geplant, systematisch und kontinuierlich einen Verwirrtheitszustand bei Patienten zu vermeiden und das Wohlbefinden zu fördern. Wichtige Interventionen hierzu sind tägliche Besuche oder auch die Förderung der Kognition durch Gesellschaftsspiele etc.

FIT-Besuch

Mit dem Fit-Besuch soll erreicht werden, dass ältere Menschen während des Krankenhausaufenthaltes in Bewegung bleiben. Patienten die aufstehen können, sollen durch den Fit-Besuch die Möglichkeit bekommen, dreimal täglich Hilfe und in Absprache mit der Physiotherapie Begleitung beim Gehen zu erhalten. Für Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht gehen können, gibt es eine Anleitung, wie sie einfache Bewegungsübungen im Bett durchführen können.



Unterstützung bei den Mahlzeiten

Unter anderem Appetitlosigkeit oder eine demenzielle Erkrankung führen zu Schwierigkeiten, einen guten Ernährungszustand bei älteren Patienten aufrecht zu erhalten. Die FSJ-ler / Ehrenamtlichen können, orientiert an den jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten, unterschiedliche Hilfen beim Essen und Trinken leisten. Im Einzelnen sind dies z.B.

- Hilfe mit den Speiseplänen
- Gesellschaft bei den Mahlzeiten
- Zum Essen und Trinken anregen
- Assistenz bei der Nahrungsaufnahme (keine Essenseingabe!)
- Dokumentation der Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme



Entspannungs- und Schlafförderung

Bei älteren Menschen können krankenhausbedingte Veränderungen dazu führen, dass Orientierungsstörungen auftreten oder es zu einer „Tag-Nacht-Umkehr“ kommen kann. Um auch im Krankenhaus gut einschlafen zu können, reicht es nicht aus, einfach das Licht auszuschalten oder ein Schlafmittel zu geben. Maßnahmen, die dem Patient helfen, abends zur Ruhe zu kommen, können den Heilungsverlauf verbessern und helfen, ungewollte Komplikationen (nächtliche Unruhe, Weglaufen, Stürze, Delir) zu verhindern. Mögliche Interventionen sind hierbei

- Angenehme, ruhige Musik oder Schlafrituale
- Ein warmes Getränk anbieten (Milch, Schlaftee)
- Für eine entspannte Schlafatmosphäre sorgen (Lüften, richtige Zimmertemperatur)
- Aromatücher (Lavendelöl, Orangenblütenöl, Rosenöl)
- Geräuschquellen mindern
- Zusätzliche Kissen / Decken

Das Konzept „aktiver“ wird im Frühjahr 2018 auch im Rahmen des Delirpräventionskonzeptes „PAWEL“ eingeführt. Weitere Informationen hierzu finden Sie u.a. hier:

https://www.klinikum-stuttgart.de/fileadmin/mediapool/bilder/6_Delirtag_November_2017/Brachth%C3%A4user_Vortrag_PAWEL-Studie_Delirtag_2017.pdf

5 Stadtkirche Untertürkheim unterstützt HuBerTDA mit Nesteldecken und übertrifft sich damit selbst

Überaus fleißige Strickerinnen der Stadtkirche Untertürkheim unterstützen das Ziel, demenzerkrankten Patienten möglichst viel an Aktivierung und Sinnesanregung im Krankenhaus zu ermöglichen. Sie gehören dem Handarbeitskreis der Stadtkirche Untertürkheim an:



Der Handarbeitskreis hat es sich zur Aufgabe gemacht, das ganze Jahr über selbstgemachte Habseeligkeiten herzustellen, die sie traditionell auf dem Weihnachtsbazar verkaufen. Der eingenommene Erlös wird komplett gespendet und so altruistisch Teil eines guten Zweckes. Dass diese Gruppe jedoch auch offen dafür ist, neue Wege einzuschlagen und neben dieser Tätigkeit auch andere Aufgaben im Handumdrehen in Angriff zu nehmen, zeigt sich an der wunderbaren Reaktion auf unsere Anfrage. Mit offenen Armen wird die Idee aufgenommen, etwas zum Nesteln für demenzerkrankte Patienten herzustellen, um diesen so einen wunderbaren Moment der Sinnesanregung zu ermöglichen und dazu beizutragen, sie zu aktivieren, ihre Wahrnehmung zu stärken und ihre Fähigkeiten zu erhalten. Mit großem Fleiß, Eifer und einer bewundernswerten Kreativität wurde gestrickt, genäht und gewerkelt. Die Resonanz der Patienten war bislang durchweg positiv und begeistert.

Einen kleinen Einblick in die tolle Arbeit der Handarbeitsgruppe sollen nachfolgende Fotos ermöglichen:



Ein herzliches Dankeschön an die Damen der Handarbeitsgruppe, an ihre Offenheit und ihr großes Engagement!

Der Newsletter wird herausgegeben von

Klinikum Stuttgart
Krankenhaus Bad Cannstatt
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart

Projektleitung
PD Dr. Christine Thomas
Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere

Stellvertretende Projektleitung
Cathleen Koch (Diplom-Pflegewirtin FH)
Pflegerische Zentrumsleitung Interdisziplinäres Medizinisches Zentrum und Neurozentrum

Telefon 0711 278-22857 (Sekretariat PD Dr. Thomas)
Telefax 0711 278-22809
HuBertDA@klinikum-stuttgart.de