

Abstract

Station DAVID – Ein interdisziplinärer Austausch zur Versorgung von Patienten mit Dysphagie und Demenz

Autoren: Jana-Kristin Berger, Ann-Kristin Braun, Gina Burtelt

Studienarbeit der Berufsfachschule für Logopädie der Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf gGmbH im Werner Otto Institut, Hamburg

Fragestellung

Der demografische Wandel in Deutschland bringt eine steigende Lebenserwartung und die damit einhergehenden altersbedingten Erkrankungen, wie die Demenz, mit sich. Die Station DAVID des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf wurde für Demenz-Patienten mit internistischen Erkrankungen eingerichtet. Die Multimorbidität der Patienten bedarf einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Aus logopädischer Sicht zählt ebenfalls die Dysphagie zu den altersbedingt stark zunehmenden Diagnosen. Diese Studienarbeit befasst sich mit dem Zusammenhang dieser beiden Störungsbilder und mit der Frage wie das Pflegepersonal der Station DAVID auf die Betreuung von demenzerkrankten Dysphagie-Patienten eingerichtet ist. Gleichzeitig sollen durch den interdisziplinären Charakter dieser Studienarbeit Anhaltspunkte für die logopädische Therapie bei Demenz-Patienten in Erfahrung gebracht werden.

Methode

Um ein umfassendes Meinungsbild des Pflegepersonals zu erhalten, wurde ein Fragebogen erstellt. Die Inhalte dieses Fragebogens wurden zuvor durch Hospitationen auf der Station und ein teilstandardisiertes Gruppeninterview genauer definiert. Die Ergebnisse sollten Aufschluss über den Versorgungsstand dementer Dysphagie-Patienten geben. Gleichzeitig wurden über das Interview und den Fragebogen Ratschläge für den Umgang mit dementen Patienten erfragt.

Zusammenfassung

In den Hospitationen konnten bei vielen Patienten Anzeichen von Dysphagien beobachtet werden. Sowohl das Interview als auch die Ergebnisse des Fragebogens ergaben, dass das Pflegepersonal der Station DAVID theoretisch auf die Betreuung von Dysphagie-Patienten vorbereitet ist, in der praktischen Umsetzung jedoch unter Zeitproblemen leidet. Außerdem zeigte die Befragung, dass generell logopädische Unterstützung sowie eine Auffrischung des Fachwissens erwünscht ist.

In interdisziplinärer Hinsicht konnten einige Empfehlungen zum Umgang mit dementen Patienten gesammelt werden.

Schlüsselwörter

Demenz, Dysphagie, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Station DAVID, Pflegepersonal

Berufsfachschule für Logopädie
der Ev. Krankenhaus Alsterdorf gGmbH
im Werner Otto Institut

Studienarbeit

Station DAVID – Ein interdisziplinärer Austausch zur Versorgung von Patienten mit Dysphagie und Demenz

Verfasserinnen:

Jana Kristin Berger
Eggerskoppel 2 a
21509 Glinde
janno@hotmail.de

Ann-Kristin Braun
Hummelsbütteler Ldstr. 2
22335 Hamburg
annk.braun@googlemail.com

Gina Burtelt
Harburger Str. 14
21244 Buchholz
gina.burtelt@yahoo.de

Betreut von: Anne Mieling, dbI
Hanna Lindemann, B.Sc.

Hamburg, 28. April 2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
1 Einleitung	1
2 Hauptteil	2
2.1 Theoretischer Hintergrund	2
2.1.1 Definitionen von Dysphagie und Demenz	2
2.1.2 Vorstellung und Konzept der Station DAVID	7
2.2 Methodik	9
2.2.1 Hospitationen auf der Station	10
2.2.2 Teilstandardisiertes Gruppeninterview	11
2.2.3 Fragebogen	14
2.3 Empirischer Teil	19
2.3.1 Durchführung der Hospitationen	19
2.3.2 Durchführung des Interviews.....	20
2.3.3 Durchführung und Ergebnisse der Fragebögen	22
2.4 Auswertung der Ergebnisse.....	25
2.4.1 Auswertung der Hospitationen	25
2.4.2 Auswertung des Interviews	27
2.4.3 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse der Fragebögen	28
3 Schlussteil	32
3.1 Diskussion der Studienarbeit	32
3.1.1 Beurteilung der Methoden	32
3.1.2 Beantwortung der Fragestellungen	33
3.1.3 Beurteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit	34

3.2	Ausblick	35
4	Literaturverzeichnis	36
5	Anhang	39
6	Eidesstattliche Erklärung und Einverständniserklärung	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur.....	3
Abbildung 2:	Fragebogen, Frage 1-3	16
Abbildung 3:	Fragebogen, Frage 6	16
Abbildung 4:	Fragebogen, Frage 8	17
Abbildung 5:	Fragebogen, Stärken und Schwächen dementer Patienten	17
Abbildung 6:	Fragebogen Karton	18
Abbildung 7:	Sicherheit bei der Mundpflege	29
Abbildung 8:	Zeit für die Diagnostik	30

1 Einleitung

Die Logopädie ist eine Disziplin, die sich in fortlaufender Weiterentwicklung befindet. Die aktuell steigende Zahl der geriatrischen Patienten in Deutschland (Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2012) fordert eine verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen dieser Patientengruppe.

Nach einer Studie der Nestlé Health Science, haben 45% der älteren Menschen eine Dysphagie (Nestlé Health Science, 2011).

Zusätzlich ist, so Schneider (2012, S.47), die Demenz eine der häufigsten Erkrankungen im Alter.

Die hohe Prävalenz beider Krankheiten war ausschlaggebend dafür, den Zusammenhang beider Störungsbilder und die Auswirkungen für die logopädische Arbeit näher zu betrachten. Denn trotz der großen Relevanz für die Logopädie sind zu dem Thema Dysphagie bei Demenz erst wenige Ergebnisse veröffentlicht worden (Jäger, 2003, S.43).

In dieser Hinsicht bot sich die Zusammenarbeit mit der Station DAVID an. Die Station DAVID ist eine Station des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, die speziell auf die Versorgung von dementen Patienten mit internistischen Krankheiten ausgerichtet ist (Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, 2013). Es handelt sich dort also um eine Patientenklientel, die einer fachübergreifenden Versorgung bedarf.

Diese Studienarbeit soll im Zeichen des interdisziplinären Austauschs zwischen dem Pflegepersonal der Station DAVID und der Logopädie stehen. Jedem Arbeitsschritt ging daher stets die Planung und Gestaltung des interdisziplinären Kontakts als Grundlage voraus.

Ziel der Studienarbeit soll eine Erhebung des Ist-Zustands auf der Station DAVID, bezüglich der Kenntnisse und der Bedürfnisse des Pflegepersonals, im Umgang mit Dysphagie-Patienten sein.

Anhand dieser Daten soll festgestellt werden, welcher Bedarf an logopädischer Unterstützung besteht. Außerdem soll ein Ausblick gegeben werden, welche zusätzlichen Maßnahmen die Versorgung der

Dysphagie-Patienten erleichtern könnten. Zusätzlich sollen wichtige Erkenntnisse für die Therapie mit Demenz-Patienten in der logopädischen Arbeit gewonnen werden.

Diese Studienarbeit bietet einen Überblick über die Versorgungssituation von dementen Dysphagie-Patienten auf der Station DAVID. Außerdem werden ein theoretischer Ausblick und Vorschläge zur weiteren Optimierung dieser gegeben.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen, die im Rahmen dieser Studienarbeiten beantwortet werden sollen:

1. Welche Kenntnisse und Bedürfnisse des Pflegepersonals der Station DAVID im Hinblick auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten lassen sich mit Hilfe eines Fragebogens feststellen, und welcher Bedarf an logopädischer Unterstützung entsteht daraus?
2. Welche Erkenntnisse können aus dem interdisziplinären Austausch mit dem Pflegepersonal der Station DAVID hinsichtlich logopädischer Arbeit mit dementen Patienten gezogen werden?

2 Hauptteil

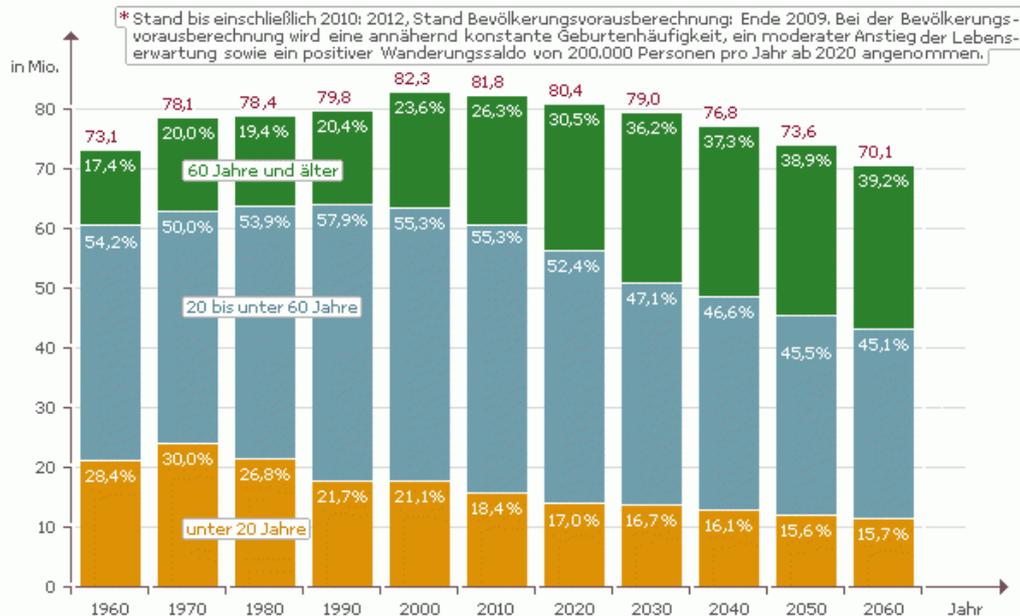
2.1 Theoretischer Hintergrund

2.1.1 Erläuterung von Dysphagie und Demenz

Die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb, 2012) gibt an, dass sich die Altersstruktur in Deutschland in den letzten Jahren deutlich verändert hat. So ist im Rahmen des demografischen Wandels die Zahl der Personen über 60 Jahre von 1960 bis 2010 von 17,4% auf 26,3% gestiegen, während der Anteil der Personen unter 20 Jahre gesunken ist. Wie bereits dargestellt, ist es folglich für die Logopädie von großer Bedeutung, sich dieser Entwicklung anzupassen, das heißt, sich verstärkt auf die Störungsbilder einzustellen, die in dieser Altersgruppe auftreten.

■ Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2060*



Quelle: Statistisches Bundesamt: Lange Reihen, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de
Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, www.bpb.de



Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2012). *Soziale Situation in Deutschland. Entwicklung der Altersstruktur*. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur> (11.02.2014).

Maier, Schulz, Weggen und Wolf (2010, S. 26) führen auf, dass 13,3% der 80- bis 84-Jährigen und 23,9% der 85- bis 89-Jährigen in Deutschland an einer Demenz erkrankt sind.

Daraus ergibt sich ein wichtiger Gesichtspunkt für die Logopädie, denn wie Füsgen (2003, S.4) darstellt, kann, je nach Art der Demenz, eine Dysphagie zusätzlich auftreten. Im mittleren bis schweren Stadium der Demenz zeigen 84% der Patienten in einer Videofluoroskopie Anzeichen für eine Dysphagie (Jäger, 2003, S. 45).

Im Folgenden werden die Störungsbilder Demenz und Dysphagie jeweils dargestellt:

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation definiert eine Demenz als Folge einer Erkrankung des Gehirns mit chronischem oder fortschreitendem Verlauf.

Beeinträchtigt sind die kognitiven Funktionen Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit sowie die Sprache und das Urteilsvermögen. Zusätzlich können die Kontrolle der Emotionen, das Sozialverhalten und die Motivation betroffen sein (Krollner, Krollner, 2013).

Der Verlauf der Demenz wird in drei Stadien eingeteilt: die leichte, die mittelschwere und die schwere Demenz (Schneider, 2012, S.45ff). Es gibt fünf Hauptformen, wobei sie sich im Verlauf der Krankheit bezüglich der Symptome immer ähnlicher werden (Schneider, 2012, S. 52).

Insgesamt, so die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2013), kann das Auftreten von Demenz als primär oder sekundär beschrieben werden. Der Krankheitsverlauf der primären Demenz beginnt direkt im Gehirn. Zu den primären Demenzformen gehören die Alzheimer-Demenz, die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz. Bei der sekundären Demenz tritt die Demenz als Folge einer Grunderkrankung, wie zum Beispiel Parkinson, auf (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2013). Laut Schneider (2012, S. 36) sind davon 30% der Parkinson Patienten betroffen.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Demenz (Maier et al., 2010, S. 27). Dabei handelt es sich um eine neurodegenerative Hirnerkrankung, bei der aufgrund von Eiweißablagerungen Nervenzellen absterben. Der Verlauf der Alzheimer-Demenz ist schleichend. Das Leitsymptom ist die zunehmende Abnahme des Gedächtnisses (Schneider, 2012, S. 20ff).

Eine weitere Form ist die vaskuläre Demenz, welche durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns mit einhergehender Schädigung der Blutgefäße hervorgerufen wird. Diese Form der Demenz tritt im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz plötzlich, zum Beispiel nach einem Schlaganfall, auf. Die Symptome beider Formen ähneln sich hingegen sehr (Schneider, 2012, S. 27ff).

Oft kommen auch Mischformen der Alzheimer- und der vaskulären Demenz vor. In solchen Fällen spricht man von einer gemischten Demenz (Schneider, 2012, S. 29).

Weiterhin gibt es die frontotemporale Demenz. Hier bilden sich in den Nervenzellen nach dem Entdecker benannte Pick-Körperchen im frontalen und temporalen Bereich des Gehirns, die dort zu Abbauprozessen führen. Charakteristisch für diese Demenzform ist der Beginn im mittleren Lebensalter, geprägt von Wesensveränderungen und stark eingeschränkter emotionaler Kontrolle (Schneider, 2012, S. 31).

Ähnlich wie bei der frontotemporalen Demenz bilden sich auch bei der sogenannten Lewy-Körperchen-Demenz typische Körperchen, Lewy-Körperchen genannt, in den Nervenzellen aus. Bei dieser Demenzform treten vor allem Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, sowie Störungen der Motorik und Halluzinationen auf (Schneider, 2012, S. 34f).

Nach Prosiegel und Buchholz (2006, S.61) gehen ca. 70% der Alzheimer-Demenzen und 15 bis 20% der vaskulären Demenzen jeweils in der Reinform mit einer Dysphagie einher.

Die Dysphagie tritt also als sekundäre Symptomatik einer verstärkt im Alter auftretenden Erkrankung, in diesem Falle einer Demenz, auf. Man spricht von einer sekundären Presbyphagie (Schröter-Morasch, 2006, S. 83). Die Betroffenen weisen also neben den Symptomen der dementiellen Grunderkrankung zusätzlich altersstrukturelle, dysphagische Symptome auf (Rittig, 2003, S. 52).

In differentialdiagnostischer Hinsicht ist hier die primäre Presbyphagie zu nennen, welche die altersbedingten organischen Veränderungen als Ursache hat, ohne dass eine mit Dysphagie einhergehende Erkrankung zu Grunde liegt (Schröter-Morasch, 2006, S. 81).

„Aspiration stellt das gefährlichste Symptom einer Dysphagie dar.“ (Prosiegel, Weber, 2010, S. 34). Ist ein Mensch nicht mehr in der Lage, Flüssigkeiten oder Nahrung sicher zu schlucken, sodass Speichel, Nahrung oder Flüssigkeiten in die Atemwege gelangen, können Atemnot, Ersticken oder Lungenentzündungen die Folge sein und zum Tod führen (Prosiegel et al., 2010, S. 34ff). Die Lungenentzündung aufgrund einer Aspiration, auch Aspirationspneumonie genannt, stellt die „[...] häufigste

mittelbare Todesursache schwerer Dysphagien [...]“ (Prosiegel et al., 2010, S.73) dar.

Jedoch können offensichtliche Hinweise auf eine Aspiration, wie Husten oder Atemnot, „[...] aufgrund gestörter Sensibilität und/oder Reflexauslösbarkeit [...]“ (Schröter-Morasch, 2006, S. 210f) entfallen. Es kommt zu einer stillen Aspiration (Schröter-Morasch, 2006, S. 210f). Nur indirekte Symptome, wie Fieber und Pneumonien lassen eine stille Aspiration aufgrund einer Dysphagie vermuten, sodass eine medizinische Schluck-Diagnostik nötig wird (Prosiegel et al. 2010, S. 35f).

Doch nicht nur Aspirationen können für Dysphagie-Patienten gesundheitliche Folgen darstellen. Durch ihr vermehrtes Auftreten sehen Prosiegel und Buchholz (2006, S.53) die Mangelernährung als ein immer größer werdendes Problem bei älteren Menschen an. Unabhängig davon, ob der so genannten Protein-Energy-Malnutrition (= Mangelernährung) eine Erkrankung, eine Dysphagie oder eine strukturelle Veränderung zu Grunde liegt, kann sie Teil eines Teufelskreises werden. Denn ihre Folgen, wie die Schwächung der Muskulatur oder ein erhöhtes Infektionsrisiko, begünstigen, besonders in Kombination mit altersbedingten, gesundheitlichen Problemen, wiederum die Entstehung oder Verschlechterung einer Dysphagie (Prosiegel et al., 2006, S. 61).

Neben den gesundheitlichen Folgen einer Dysphagie verschlechtert sich auch die Lebensqualität. Betroffene können aufgrund der zentralen Rolle der Nahrungsaufnahme im Alltag und der damit verbundenen ständigen Konfrontation mit den Einschränkungen sowohl in psychischer als auch in sozialer Hinsicht leiden (Prosiegel, Weber, 2010, S. 188).

Insgesamt „[...] beschäftigt sich die überwiegende Zahl von Publikationen zum Thema Dysphagien schwerpunktmäßig mit Apoplex und Parkinson-Syndrom. Bei Patienten mit Demenzen liegen dagegen kaum Daten vor.“ (Jäger, 2003, S. 43)

Von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2012) gibt es für die Diagnostik und Behandlung von Demenzen, für vaskuläre Demenzen und für neurogene Dysphagien, Leitlinien und Empfehlungen. Jedoch

befassen sich lediglich die Leitlinien für vaskuläre Demenzen mit möglichen Schluckstörungen. Diese werden außerdem nur als Folge einer Pseudobulbärparalyse erwähnt.

Da die Leitlinien für neurogene Dysphagien nicht die möglichen, zugrunde liegenden Erkrankungen auflisten, werden hier demente Patienten nur als Probanden im Zusammenhang mit Studien genannt (Diener, Weimar, 2012).

Es wird also von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie kein Zusammenhang zwischen Dysphagie und Demenz hergestellt.

Dabei ist die Beachtung und Behandlung der Dysphagie für die Therapie von Demenzpatienten als „[...] eigenständiger Risikofaktor [...]“ (Füsgen, 2003, S.4) anzusehen.

Im Rahmen des demografischen Wandels ist die Tatsache, dass die Demenz vorwiegend bei geriatrischen Patienten auftritt, besonders bedeutend, da folglich die Zahl der Demenzkranken steigt.

Der Grund, weshalb sich die Logopädie verstärkt auf die Behandlung von Demenz-Patienten einstellen muss, ergibt sich daraus, dass, wie schon beschrieben, nach Prosiegel und Buchholz (2006, S.61) bei einem Großteil der Demenz-Patienten im Rahmen der Erkrankung eine Dysphagie auftritt.

Die oben beschriebene Symptomatik der Demenz erfordert einen besonderen Umgang mit den Patienten bei einer Therapie der Dysphagie.

2.1.2 Vorstellung und Konzept der Station DAVID

Wie die obigen Erläuterungen darstellen, erfordert eine Demenzerkrankung eine spezielle Versorgung. So ist es besonders wichtig, dass die Patienten beispielsweise einem klar strukturierten Tagesablauf folgen, der in einer ruhigen Umgebung mit bekannten Gesichtern stattfindet. Besondere Bedeutung hat diese Versorgung, wenn zusätzlich eine akut internistische Erkrankung, wie zum Beispiel eine akute Lungenentzündung, eine Herzschwäche oder eine

Tumorerkrankung vorliegt, die einer Behandlung in einem Krankenhaus bedarf.

Oftmals können die speziellen Bedürfnisse der dementen Patienten bei einer solchen Behandlung nicht berücksichtigt werden und die Symptome der Demenz finden nur wenig Beachtung.

Als bundesweit neuartiges Konzept wurde im Januar 2011 die Station DAVID auf der inneren Station des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf mit Chefarzt Dr. Poppele eröffnet. Die Abkürzung **DAVID** steht hierbei für **D**iagnostik, **A**kuttherapie und **V**alidation auf einer Internistischen Station für Menschen mit **D**emenz.

Sie hat sich zur Aufgabe gemacht, diese speziellen Bedürfnisse bei einer stationären Behandlung von dementen Patienten zu decken, um so besser auf die Symptome eingehen zu können.

Ziel der Station DAVID ist eine optimale medizinische, pflegerische und therapeutische Betreuung, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten (Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, 2013).

Der Chefarzt der Abteilung Innere Medizin und Leiter der Station DAVID, Dr. Poppele, gibt an: „Das Krankenhaus muss sich dem Patienten anpassen, nicht der Demenzkranke dem Klinikalltag.“ (Förderpreis MitMenschlichkeit, Diakonie Stiftung Hamburg, 2012).

Diese Anpassung beginnt bei der Aufnahme, welche direkt auf der Station und nicht wie gewöhnlich über die zentrale Notaufnahme erfolgt. Damit wird einer unnötigen Verunsicherung der Patienten vorgebeugt.

Da Menschen mit Demenz weiterhin vertraute Gesichter benötigen, ist es auf der Station DAVID auch Angehörigen möglich, kurzzeitig mit aufgenommen zu werden. Ebenfalls soll ein beständiges Team von Pflegekräften, Servicemitarbeitern, Ärzten und Therapeuten gewährleisten, dass sich die Patienten nicht immer wieder auf neue Personen einstellen müssen.

Räumlich ist die Station vom hektischen Alltagsbetrieb im Krankenhaus getrennt. Auf der Station selber können sich die Patienten frei bewegen und in einem Tagesraum mit anderen in Kontakt treten.

Nach Möglichkeit werden die Untersuchungen auf den Patientenzimmern durchgeführt. Dies soll sicherstellen, dass einer unnötigen Aufregung vorgebeugt wird (Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf, 2013).

Durch verschiedene Fördergelder und Spenden war es möglich, spezielle Mitarbeiterschulungen durchzuführen und die Station hinsichtlich der Räumlichkeiten so zu gestalten, dass sie dem Bedarf der Patienten entspricht.

So soll die Atmosphäre durch die vornehmlich hellen Farben freundlich und einladend wirken (Evangelische Stiftung Alsterdorf, 2013).

Anhand einer Studie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf wurden Konzept, Umsetzung und Alltag der Station DAVID von 2011 bis 2012 wissenschaftlich ausgewertet. Die Ergebnisse sind auf der Internetseite des Universitätsklinikums einzusehen.

2.2 Methodik

In allen Teilen der nun folgenden Erläuterungen zur Methodik wird auf den Stellenwert von Dysphagien auf der Station DAVID eingegangen. Es wurde in diesem Zusammenhang jedoch bedacht, dass die Patienten der Station DAVID als Grunderkrankung die Demenz aufweisen und unter internistischen Problemen leiden. Daher soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass bei allen Überlegungen Rücksicht darauf genommen wurde, dass die Behandlung der internistischen Erkrankung den Schwerpunkt des Arbeitsalltags auf der Station DAVID darstellt. Es ist weiterhin nicht Ziel dieser Studienarbeit, die Arbeitsweisen auf der Station zu bewerten. Ein grundlegender Gedanke dieser Arbeit ist die Dokumentation der gegenwärtigen Gegebenheiten in Bezug auf die Versorgung der Dysphagie-Patienten. Ein weiteres Ziel ist es, aus einer freiwilligen, interdisziplinären Zusammenarbeit zu profitieren. Die Studienarbeit soll für einen Erkenntnisgewinn im Bereich der logopädischen Therapie mit dementen Dysphagie-Patienten sorgen. Die Station DAVID wiederum soll ebenfalls von den Erkenntnissen dieser Arbeit profitieren, da diese Denk- und Handlungsanstöße für interdisziplinäre Interventionen bieten können.

Es sollen zwar mögliche Unterstützungsmöglichkeiten ausgearbeitet werden, jedoch lässt der begrenzte Umfang dieser Studienarbeit keine direkte Intervention oder die Umsetzung dieser Möglichkeiten zu.

2.2.1 Hospitationen auf der Station

Vor dem Beginn des interdisziplinären Austauschs sollten zunächst relevante Bereiche und bedeutsame Inhalte für die Gestaltung des weiteren Vorgehens herausgefunden und festgelegt werden. Nach Kallus (2010, S. 14) eignen sich für die Eingrenzung der zu überprüfenden Merkmale Verhaltensbeobachtungen. Auf diese Weise sollten die grundlegenden Informationen für die später geplante Erstellung des Interviews und des Fragebogens gesammelt und eingegrenzt werden.

In Absprache mit dem Pflegepersonal der Station DAVID wurden an drei aufeinanderfolgenden Tagen Termine für je eine Hospitation einer Person à zwei Stunden vereinbart.

Die Hospitationen sollten in Form von passiv-teilnehmenden Beobachtungen stattfinden, wobei die Option der aktiven Einbindung in die Abläufe, zum Beispiel beim Anreichen von Essen, offen gehalten wurde.

In erster Linie bestand das Ziel der Hospitationen darin, einen Eindruck von der Arbeit auf der Station DAVID zu erhalten und den Aufbau sowie die Abläufe dort kennenzulernen. Es sollte festgestellt werden, wie der Pflegeschlüssel aufgestellt und wie die Betreuung der Patienten gestaltet ist. Weiterhin sollte ein Überblick über die Aufgaben und Tätigkeiten des Pflegepersonals gewonnen werden.

Thematisch sollten sich die Hospitationen auf die Beobachtung der Mahlzeiten und die Betreuung der Patienten während der Essenssituation konzentrieren. Im Hinblick auf die Fragestellung der Studienarbeit sollte beobachtet werden, ob es bei den Patienten Anzeichen auf eine Dysphagie gibt und inwiefern dies in der Essenssituation berücksichtigt wird. Die Termine wurden so gelegt, dass sie zweimal während des Frühstücks und einmal während des Mittagessens stattfanden.

Während der Hospitationen wurden alle Eindrücke und Beobachtungen in Form von Notizen dokumentiert. Um eine ausführliche Auswertung zu gewährleisten, wurden im Anschluss detaillierte Berichte verfasst, auf deren Basis der Leitfaden für das Interview abgeleitet wurde.

2.2.2 Teilstandardisiertes Gruppeninterview

Die Erstellung eines Fragebogens bedarf einer Eingrenzung der relevanten Themen beziehungsweise der Merkmalsbereiche. Eine Befragung der Zielpersonen in Form eines Interviews kann in diesem Falle als hilfreiche Unterstützung dienen (Kallus, 2010, S. 14). Die „[...] ExpertInnenbefragung mittels Interview [...]“ (Kallus, 2010, S.28) ermöglicht daher eine präzisere Entwicklung von Fragebogeninhalten und die Berücksichtigung der Perspektive der Zielgruppe, da die Aussagen der Befragten als Grundlage für die Formulierung der Fragen dienen. Das Interview bedarf daher einer theoretischen Vorbereitung. Die Erarbeitung der Inhalte und die Strukturierung der Vorgehensweise sind hierbei die ersten wichtigen Schritte (Kallus, 2010, S. 28f).

Ein standardisiertes Interview ist sowohl in Bezug auf die Fragen als auch auf die Antwortmöglichkeiten komplett strukturiert und zeichnet sich durch geschlossene Fragen aus. Im Gegensatz dazu steht das nichtstandardisierte Interview, bei dem durch die freie Befragungssituation die Gestaltung der Fragen und des gesamten Interviews dem Interviewer überlassen ist. Diese Methode eignet sich zur Erforschung eines Themenbereichs und ist eine mögliche Grundlage für die Ausarbeitung einer standardisierten Befragung (Bortz, Döring, 2006, S.238f).

Durch das theoretische Vorwissen stellten sich bereits vor dem Interview einige Fragen zu bestimmten Themengebieten als bedeutsam heraus. Einige sollten von den Befragten frei beantwortet werden, andere erforderten klare Angaben. Gleichzeitig sollte sich die Gesprächsführung relativ offen gestalten, sodass sich die Durchführung eines teilstandardisierten Interviews anbot. Ein Leitfaden für ein solches Interview kann sowohl offene als auch geschlossene Frage-Antwort-

Einheiten beinhalten und gilt als ein typisches Mittel (Bortz et al., 2006, S. 239).

Die Inhalte des Leitfadens ergaben sich aus den Eindrücken und offenen Fragen aus den durchgeführten Hospitationen. So entstanden die drei folgenden Themenbereiche: Dysphagie, Demenz und Informationen über die Station DAVID. Die Ergebnisse des Interviews sollten im Anschluss maßgeblich die Inhalte des Fragebogens bestimmen.

Nach der Erstellung des Fragenkatalogs und der Festlegung der Rahmenbedingungen sollten die Zielpersonen kontaktiert und ein Termin vereinbart werden.

Im Rahmen der Studienarbeit und ihrer begrenzten Kapazitäten werden im Folgenden die erarbeiteten Inhalte des Interviews nur exemplarisch dargestellt. Der vollständige Leitfaden des Interviews ist als Anlage im Anhang zu finden.

Aus logopädischer Sicht ist das Themengebiet Dysphagie von großer Bedeutung und somit ein Kernteil dieser Studienarbeit, sodass im Interview die Mehrheit der Fragen auf dieses Thema ausgelegt wurde. Die Befragung sollte hierbei jedoch nicht ausschließlich der Überprüfung von Kenntnissen des Pflegepersonals dienen. Vielmehr standen die Erkennung von Dysphagien und der Umgang mit davon betroffenen Patienten im Fokus. So war es beispielsweise von Interesse, welchen Stellenwert die Dysphagie im Arbeitsalltag des Personals einnimmt und wie die Diagnostik und die Betreuung der Betroffenen gestaltet wird. Außerdem sollte das Interview herausstellen, ob sich die Angestellten der Folgen von Dysphagien bewusst sind.

Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit sollte der Fokus des Interviews nicht nur auf der Betreuung von Patienten mit Dysphagie liegen, da die Spezialisierung auf demente Patienten eine Anhäufung von Fachwissen bietet, von der Logopäden und insbesondere Berufsanfänger profitieren können. Daher sollte das Interview unter anderem dazu dienen, grundsätzliche Informationen über den Umgang mit demenzen Patienten vom Fachpersonal zu erhalten.

Aber auch Fragen nach den Besonderheiten und speziellen Aufgaben, die dem Personal auf einer solchen Station begegnen („Was unterscheidet die Station DAVID von anderen Stationen?“, Interviewleitfaden, siehe Anlage), besitzen Relevanz. Sie sollen die Arbeitsbelastung deutlich machen und so Aufschluss darüber geben, welche Aufgaben vom Personal bei der Betreuung dementer Dysphagie-Patienten zusätzlich geleistet werden.

Neben der Fertigstellung des Fragenkatalogs sind Vorüberlegungen zur Durchführung notwendig. Dieser Leitfaden legt die Rahmenbedingungen fest und strukturiert auf diese Weise die Interviewsituation.

Die erarbeiteten Fragen wurden den drei Themengebieten untergeordnet und nach Priorität sortiert, sodass im Falle von Zeitmangel während der Befragung die relevantesten Fragen bereits geklärt wurden.

Als Befragungszeitraum wurde eine Dauer von 20 Minuten festgelegt, um sowohl die Anzahl der Fragen als auch den arbeitsbedingten Zeitmangel seitens des Personals zu berücksichtigen. Außerdem sollte das Interview mit mindestens zwei Pflegekräften stattfinden.

Das Vorhaben, mehrere Personen gleichzeitig zu befragen, unterlag dem Wunsch, repräsentative Antworten zu erhalten.

Ein Gruppeninterview kann „[...] auf ökonomische Weise die Position mehrerer Gesprächspartner ermitteln [...]“ (Bortz et al., 2006, S. 319) und sorgt gleichzeitig für ein gelasseneres Befragungsklima (Bortz et al., 2006, S.319).

Um die Befragungssituation weiter zu strukturieren, wurde ein Mitglied der Studienarbeitsgruppe als Moderator festgelegt, während die anderen Mitglieder die Antworten protokollierten und aufzeichneten und sich um die Einhaltung der zeitlichen Rahmenbedingungen kümmerten.

Während des Interviews sollte dem Pflegepersonal gegebenenfalls deutlich gemacht werden, dass diese Studienarbeit keine direkten Veränderungen der Gegebenheiten auf der Station DAVID bewirken kann, sondern lediglich der Erfassung der derzeitigen Situation dient.

2.2.3 Fragebogen

Nach Kallus (2010, S. 11) muss vor der Gestaltung eines Fragebogens zunächst geklärt werden, was Gegenstand der Befragung und Messung ist.

Grundlage für die Konzeption des Fragebogens waren die Protokolle aus den durchgeführten Hospitationen sowie aus dem Interview. Der vollständige Fragebogen ist als Anlage im Anhang einzusehen.

Ziel war es, einen differenzierten Eindruck über den Umgang der Pflegekräfte mit Dysphagie-Patienten auf der Station DAVID zu erhalten. Besonders die Aspekte Zeit, Sicherheit, Diagnostik und Unterstützungsmöglichkeiten sollten dabei näher untersucht werden.

Die sich hieraus ergebenden vertiefenden Fragen wurden zunächst grob zusammengefasst.

Nachdem das Pflegepersonal der Station DAVID als Zielpopulation festgelegt wurde, konnten die zu erfassenden Merkmale definiert und in Subtests zusammengefasst werden.

Diese Subtests bildeten die Grundlage für den Fragebogen. Jeder Subtest umfasst einen Merkmalsbereich.

Es folgte die Formulierung der Frage-Antwort-Einheiten, die sogenannten Items. Diese wurden auf ihre sprachliche Konsistenz und Verständlichkeit geprüft. Dabei wurde gesonderter Wert darauf gelegt, diese nicht negativ zu formulieren, um die Auswertung und Interpretation nicht zu verfälschen. (Kallus, 2010, S. 28).

Nach Kallus (2010, S. 17) ist es weiterhin wichtig, aus Sicht der Befragten zu formulieren. Kallus (2010, S. 17) beschreibt, dass sich die Fragen auf konkrete Aspekte beziehen sollen, „[...] die für die Befragten sichtbar, spürbar, erlebbar und erfahrbar sind [...]“. Durch eine sehr abstrakte Fragestellung entstehe die Option einer Verzerrung (Kallus, 2010, S. 18).

Es folgte eine Festlegung der Antwortskala pro Subtest. Zusätzlich wurden Instruktionen pro Subtest notiert.

Dadurch, dass sich die jeweiligen Merkmalsbereiche durch die Untergliederung in die Subtests in ihrer Antwortskala nicht unterscheiden,

wird erreicht, dass die antwortende Person je Subtest immer in gleicher Weise antworten kann und die Antworten bei der Auswertung sauber miteinander verglichen werden können (Kallus, 2010, S. 38).

Die Frage-Antwort-Items wurden so konzipiert, dass sie schnell zu verstehen und auszufüllen sind, damit sie für die Pflegekräfte der Station nur einen minimalen Mehraufwand darstellen.

Fachspezifische Formulierungen wurden vermieden, um eine Vergleichbarkeit der Antworten bei unterschiedlichem Vorwissen zu gewährleisten.

Innerhalb der Bereiche Selbsteinschätzung, Zeit und Sicherheit im Umgang mit Dysphagie-Patienten, wurden geordnete Kategorien in einer Intensitätsskalierung erstellt, deren Beantwortung von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft voll zu) sowie eine Möglichkeit der Enthaltung zuließen.

Die Formulierung der Enthaltung „keine Angabe möglich“ anstelle der gängigen Formulierung „keine Angabe“, sollte bezwecken, dass dieses Feld nicht leichtfertig aus Zeitmangel oder ähnlichen Gründen angekreuzt wird. Das Wort „möglich“ impliziert, dass wirklich keine präzise Antwort gegeben werden kann.

Diese Art der Antwortskala ermöglicht eine Übersicht über die Stärke der Merkmalsausprägung (Kallus, 2010, S. 45).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die ersten drei Fragen mit der zuvor erläuterten Antwortskala:

Nr.		1	2	3	4	5	◇
1.	Ich fühle mich gut auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten vorbereitet.						
	Und zwar durch:						
	➤ Ausbildung						
	➤ praktische Erfahrungen						
	➤ eigene Recherche						
	➤ Fortbildungen						
	<u>Sonstiges:</u>						
2.	Ich fühle mich im Umgang mit Dysphagie Patienten sicher in Bezug auf:						
	➤ Essensanreicherung						
	➤ Kostanpassung (z.B. Andicken)						
	➤ Mundpflege						
	➤ Diagnostik						
3.	Ich habe pro Patient ausreichend Zeit für:						
	➤ Essensanreicherung						
	➤ Kostanpassung (z.B. Andicken)						
	➤ Mundpflege						
	➤ Diagnostik						

Abbildung 2: Fragebogen, Frage 1-3

Quelle: Berger, J., Braun, A., Burtelt, G. (2014). *Fragebogen zum Thema „Dysphagie & Demenz“*. Studienarbeit an der Berufsfachschule für Logopädie im Werner-Otto-Institut.

Da aus den Hospitationen und dem Interview nicht deutlich abgeleitet werden konnte, ob und auf welche Art die Diagnostik einer Dysphagie auf der Station durchgeführt wird, sollte dies in den Fragebogen aufgenommen werden. Hierfür wurde eine Ja-Nein-Frage ausgewählt (Kallus, 2010, S. 20).

Um genaueren Aufschluss darüber zu erhalten, welche Diagnostik in der Regel durchgeführt wird, blieb Platz für freie Antworten.

<p>6. Wird eine gesonderte Schluckdiagnostik bei Neuaufnahme durchgeführt?</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:..... </p>

Abbildung 3: Fragebogen, Frage 6

Quelle: Berger, J., Braun, A., Burtelt, G. (2014). *Fragebogen zum Thema „Dysphagie & Demenz“*. Studienarbeit an der Berufsfachschule für Logopädie im Werner-Otto-Institut.

Über eine abgestufte Zustimmungsskala (Kallus, 2010, S. 44) wurde erfragt, was die Pflegekräfte der Station für eine sichere Behandlung dysphagischer Patienten benötigen. Um nicht nur herauszufinden, welche Unterstützung benötigt wird, sondern auch den Stellenwert für die Befragten festzustellen, sollten die Möglichkeiten nach Relevanz geordnet werden.

8. Folgende Aspekte würden meinen Arbeitsalltag unterstützen bzw. erleichtern in Bezug auf Patienten mit Dysphagie:

(Bitte nummerieren Sie nach Wichtigkeit, 1= am wichtigsten. Streichen Sie die Punkte, die Sie nicht als notwendig empfinden durch!)

mehr theoretisches Hintergrundwissen bzw. Auffrischung des Wissens

mehr Erfahrung

logopädische Anleitung Sonstiges:

mehr personelle Unterstützung durch Logopäden/-innen

mehr personelle Unterstützung durch Pflegekräfte

Abbildung 4: Fragebogen, Frage 8

Quelle: Berger, J., Braun, A., Burtelt, G. (2014). *Fragebogen zum Thema „Dysphagie & Demenz“*. Studienarbeit an der Berufsfachschule für Logopädie im Werner-Otto-Institut.

Tipps, Hinweise und Anregungen über den Umgang mit Demenz-Patienten wurden von dem Pflegepersonal durch offene Fragen erbeten. Hier wurden die drei Themengebiete Essenssituation, Gespräch sowie Stärken und Schwächen dementer Patienten vorgegeben.

Der Bereich „Essenssituation“ wurde gewählt, da dieser vor allem für eine Dysphagietherapie von Bedeutung ist. Das Thema „Gespräch“ wurde gewählt, da dieses die Grundlage jeder Therapie darstellt. Die Stärken und Schwächen sind ebenfalls grundlegend für den Umgang mit dieser Patientengruppe innerhalb einer therapeutischen Intervention.

Im Allgemeinen sehe ich folgende Stärken bzw. Schwächen bei dementen Patienten:

<u>Stärken:</u>	<u>Schwächen:</u>
.....
.....
.....
.....

Abbildung 5: Fragebogen, Stärken und Schwächen dementer Patienten

Quelle: Berger, J., Braun, A., Burtelt, G. (2014). *Fragebogen zum Thema „Dysphagie & Demenz“*. Studienarbeit an der Berufsfachschule für Logopädie im Werner-Otto-Institut.

Nach Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser vervielfältigt und in einem extra angefertigten Karton auf die Station weitergeleitet.



Abbildung 6: Fragebogen Karton

Quelle: Burtelt, G. (2014). Foto für die Studienarbeit.

Um eine hohe Rücklaufquote zu erhalten, wurde der Karton so gestaltet, dass er besonders durch die Größe und Farbe auch im hektischen Alltagsbetrieb gut von dem Pflegepersonal wahrgenommen werden konnte. Zusätzlich enthielt er durch ein am Rücken angebrachtes Schild den Hinweis: „An das Pflegepersonal: Fragebogen der Berufsfachschule für Logopädie“. Dies sollte sicherstellen, dass ausschließlich die ausgewählte Zielpopulation an der Befragung teilnimmt und somit das Meinungsbild nicht verfälscht wird.

In einer frei zugänglichen Ablage auf dem Karton befanden sich die Fragebögen.

Um eine anonyme Rückgabe gewährleisten zu können, wurde darunter ein Schlitz gefertigt, in den die ausgefüllten Fragebögen abgegeben werden sollten.

Trotz der eingehenden Erläuterungen zu den detaillierten Überlegungen der Subtests kann nicht hundertprozentig vermieden werden, dass bei der

Beantwortung der Fragebögen eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit oder positiven Selbstdarstellung erfolgt ist (Kallus, 2010, S. 53f).

Durch die Möglichkeit der anonymisierten Rückgabe sollte dem zusätzlich entgegengewirkt werden.

2.3 Empirischer Teil

2.3.1 Durchführung der Hospitationen

Bei einer ersten Kontaktaufnahme in Form eines kurzen persönlichen Treffens mit dem Pflegepersonal der Station DAVID wurden die Idee der Studienarbeit und die geplanten Schritte auf der Station vorgestellt. Die Station gab dazu ihre Zustimmung, woraufhin Termine für drei Hospitationen vereinbart wurden.

In der folgenden Beschreibung werden die wichtigsten inhaltlichen Aspekte der drei Hospitationen zusammengefasst und die wesentlichen Beobachtungen beschrieben. Um den Rahmen nicht zu überschreiten, wird nicht jeder Termin einzeln dargestellt. Die genauen methodischen Grundlagen und Ziele der Hospitationen sind unter 2.2.1 beschrieben. Nach der Anmeldung im Dienstzimmer fand der größte Teil der Hospitationen im Tagesraum während der Mahlzeiten statt. Vor oder nach den Mahlzeiten wurde die Zeit für die Besichtigung der Station DAVID genutzt. Die Station umfasst sieben Zimmer, die von einem breiten Gang abgehen. In den Zimmern befinden sich je zwei Betten. Der Zu beziehungsweise Ausgang zur Station erfolgt über ein Türöffnungssystem mit einer Klingel.

Wenn es zeitlich möglich war, wurden kurze Gespräche mit den Pflegekräften geführt. Es konnte festgestellt werden, dass in der Früh- und Spätschicht jeweils zwei Pflegekräfte anwesend sind und in der Nacht eine Pflegekraft.

Bei den beobachteten Mahlzeiten aßen zwischen vier und sieben Patienten gemeinsam im Tagesraum. Einige Patienten aßen auf ihren Zimmern. Nach Angaben der Pflegekräfte sei es immer unterschiedlich, wie viele Patienten Unterstützung beim Essen brauchen. Es komme vor, dass allen Patienten das Essen angereicht werden muss.

Das Essen wurde von einer Servicemitarbeiterin zubereitet und an die Patienten verteilt. Die Getränke wurden in Gläsern und teilweise in Bechern mit Trinkaufsätzen gereicht. In Einzelfällen wurden pürierte Kost und andgedickte Getränke ausgegeben.

Während der Mahlzeiten waren die Patienten allein im Tagesraum. Die Pflegerinnen waren die meiste Zeit auf den Patientenzimmern oder im Dienstzimmer beschäftigt.

Zeitweise kam die Servicemitarbeiterin oder eine Pflegekraft kurz in den Tagesraum. Der jeweilige Beobachter saß mit am Tisch. Es fiel auf, dass einige der Patienten beim Trinken große Schlucke nahmen. Bei durchschnittlich drei von sieben Patienten folgte direkt danach starkes Husten. Außerdem erschien bei ein bis zwei Patienten die Atmung erschwert und die Stimme klang brodelnd.

Schnell wurden die Beobachter aktiv in die Abläufe durch Aufgaben, wie dem Anreichen von Essen, einbezogen. Eine Anleitung fand vorher nicht statt.

Bezüglich des Essverhaltens waren die Patienten sehr verschieden. Der Großteil hat selbstständig gegessen. Es konnte dabei sehr schnelles, schlingendes genauso wie sehr langsames, teilnahmsloses Essen beobachtet werden.

Im Gespräch mit den Patienten fielen häufig bestimmte Verhaltensweisen auf. Beispielhaft ist hier das Wiederholen von bereits Erzähltem oder das Vergessen von Anweisungen zu nennen.

Die Organisation auf der Station DAVID erschien sehr strukturiert und eng getaktet. Ausführliche Gespräche mit den Pflegekräften konnten nicht geführt werden.

2.3.2 Durchführung des Interviews

Nachdem ein passender Termin vereinbart wurde, der es ermöglichte, dass mehr als eine Pflegekraft an dem Interview teilnehmen konnte, wurde die Befragung mit drei Mitglieder des Pflegepersonals, die

unterschiedliche Berufserfahrungen aufwiesen, im Pausenraum der Station DAVID innerhalb von 20 Minuten durchgeführt.

Während der Befragung protokollierten zwei Mitglieder der Studienarbeitsgruppe handschriftlich die Antworten der Befragten und zeichneten diese gleichzeitig mit Hilfe eines Diktiergeräts auf. Zuvor wardas mündliche Einverständnis hierfür eingeholt worden. Ein weiteres Mitglied der Studienarbeitsgruppe fungierte als Moderator.

Die Ergebnisse der Befragung werden im Folgenden resümiert und nur exemplarisch dargestellt:

Die Frage nach Ratschlägen für den Umgang mit demenzerkrankten Menschen erbrachte neben einigen praktischen Hinweisen auch eine Literaturempfehlung: Naomi Feil entwickelte 1985 die Methode der Validation, die die Kommunikation mit Demenzkranken zum Inhalt hat (Bundesministerium für Gesundheit, 2006, S. 87).

Die Befragten gaben an, ihre Kenntnisse über Demenz aus ihrer Berufsausbildung und zum Teil aus eigenen Recherchen und/ oder Fortbildungen, vor allem aber aus den Praktika zu beziehen. Für die Mitarbeiter der Station würden Fortbildungen angeboten.

Die Befragung ergab außerdem, dass die Anzeichen, Folgen und die Diagnostik von Schluckstörungen bekannt sind, die Betreuung der Dysphagie-Patienten jedoch sehr zeitintensiv sei. Besonders die Kostanpassung und –anreicherung verlange einen hohen Zeitaufwand und Geduld. Neben der Kostanreicherung liege auch die Kostanpassung von Frühstück und Abendbrot im Aufgabenbereich der Pflegekräfte und sei ebenfalls sehr zeitintensiv. Das Personal messe der Nahrungszufuhr eine hohe Priorität bei und investiere dafür die nötige Zeit. Aufgrund eines starken Personalmangels sei die Erbringung der benötigten Zeit jedoch äußerst schwierig und eine adäquate Betreuung der betroffenen Patienten über die Mahlzeiten hinaus daher im Prinzip nicht möglich.

Unterstützung erhalte die Station in regelmäßigen Abständen durch eine Logopädin, die sich um Patienten mit einer entsprechenden Verordnung beziehungsweise einem Konsil um die weitere Diagnostik und Kostanpassung kümmere. Auf diesem Wege erhalte das Pflegepersonal

die Anweisungen und Empfehlungen für die individuelle Betreuung mit schluckgestörten Patienten.

Im Vergleich mit anderen Stationen gaben die Befragten an, dass durch die verringerte Selbstständigkeit der Patienten ein größerer beziehungsweise umfassenderer Pflege- und Betreuungsaufwand nötig sei.

Außerdem konnte in Erfahrung gebracht werden, dass die Station seit wenigen Monaten neuen räumlichen und personellen Veränderungen unterliegt.

Die Frage nach der Sicherheit im Umgang mit Dysphagie-Patienten und gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten ergab, dass sich das Personal bezüglich des Umgangs recht sicher fühle, die Kenntnisse in der Diagnostik jedoch noch etwas gefestigt werden könnten.

Zur Erleichterung des Arbeitsalltags, die Dysphagie-Patienten betreffend, würden sich die Befragten mehr logopädische Unterstützung in personeller Hinsicht wünschen. Diese Unterstützung wäre insbesondere bei der Essensanreicherung während der Mahlzeiten und zur Verifizierung der Dysphagie-Diagnosen wünschenswert.

2.3.3 Durchführung und Ergebnisse der Fragebögen

Die Übergabe des Kartons inklusive der Fragebögen erfolgte am Freitag den 10. Januar 2014. Dies sollte sicherstellen, dass auch das Personal der Wochenendschicht in die Auswertung einbezogen werden konnte und somit ein Gesamteindruck der Station DAVID entstehen konnte.

Des Weiteren wurde ein Anschreiben hinzugefügt, welches Informationen zu der Studienarbeit sowie den Hinweis enthielt, dass der Fragebogen eine Woche später wieder abgeholt wird.

Zum vereinbarten Abholtermin war die Rücklaufquote gering.

Eine Pflegekraft teilte mit, dass den Pflegekräften besonders die offenen Fragen auf der Rückseite sehr zeitaufwendig erschienen und diese Zeit im Alltag nicht vorhanden sei.

Aus diesem Grund wurde die Frist um eine Woche verlängert. Zusätzlich wurde vereinbart, die Rückseite optional auszufüllen, und nachdrücklich auf die Wichtigkeit der Vorderseite hingewiesen.

Am 24. Januar 2014 erfolgte die Abholung der Fragebögen.

Mit sieben ausgefüllten Fragebögen wurde eine hundertprozentige Rücklaufquote erreicht.

Die Ergebnisse stellen nur die aussagekräftigsten Antworten dar und geben somit einen Anhaltspunkt für die Meinung der Station.

Auf die Frage, wie gut sich die Pflegekräfte durch die Ausbildung sowie die praktischen Erfahrungen auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten vorbereitet fühlen, gaben je 42,86% „trifft teilweise zu“ an, Tendenz jeweils steigend.

Jeweils 42,86% gaben auf die Frage, ob eine Besorgnis darüber bestehe, dass sich durch das eigene Handeln die Risiken einer Dysphagie verstärken und im Folgenden gesundheitliche Risiken für den Patienten entstehen, „trifft eher nicht zu“ sowie „trifft teilweise zu“ an.

Bei der eigenen Sicherheit im Hinblick auf die Essensanreicherung dysphagischer Patienten gaben die Befragten zu jeweils 42,86% „trifft eher nicht zu“ sowie „trifft eher zu“ an.

Auf die Frage, wie sicher sich die Pflegekräfte in Bezug auf die Kostanpassung, wie zum Beispiel dem Andicken, fühlen, gaben 42,86% „trifft eher zu“ an. 28,57% dagegen gaben „trifft eher nicht zu“ an.

Bei der Frage nach der Sicherheit in Bezug auf die Mundpflege gaben 42,86% „trifft nicht zu“ und 28,57% „trifft voll zu“ an.

Bei der Sicherheit im Umgang mit der Diagnostik dysphagischer Patienten gaben 14,29% der Befragten „trifft nicht zu“ und jeweils 28,57% „trifft eher nicht zu“ sowie „trifft eher zu“ an.

71,43% der Befragten gaben an, dass eine gesonderte Schluckdiagnostik bei Neuaufnahme durchgeführt wird. 28,57% verneinten dies.

Als Diagnostikmethode wurden lediglich der Stichpunkt Schlucktest sowie eine Schluckprobe mit einem Teelöffel Wasser angegeben.

85,71% gaben an, dass die Schluckdiagnostik von dem Pflegepersonal und nicht von einem Arzt durchgeführt wird.

Jeweils 28,57% der Befragten gaben auf die Frage, ob pro Patient ausreichend Zeit zur Essensanreicherung vorhanden sei, „trifft nicht zu“ sowie „trifft eher nicht zu“ an.

Der zeitliche Rahmen für die Kostanpassung dysphagischer Patienten wird von 42,86% mit „trifft eher zu“ bewertet, der zeitliche Rahmen für die Mundpflege wird von 57,14% mit „trifft eher zu“ bewertet.

Bei der Frage nach dem ausreichenden zeitlichen Rahmen für die Diagnostik dysphagischer Patienten gaben 42,86% „trifft teilweise zu“ und 28,57% „trifft eher zu“ an.

Weiterhin gaben 57,14% der Befragten auf die Frage, ob jede Essenssituation durch eine Pflegekraft beaufsichtigt wird, „trifft eher nicht zu“ an.

Um im Arbeitsalltag eine Erleichterung im Umgang mit Dysphagie-Patienten zu erhalten, ist folgende Tendenz der Prioritäten erkennbar:

1. mehr theoretisches Hintergrundwissen bzw. Auffrischung des Wissens
2. logopädische Anleitung
3. mehr Erfahrung sowie mehr personelle Unterstützung durch Logopäden/-innen
4. mehr personelle Unterstützung durch Pflegekräfte

Die Ergebnisse der offenen Fragen der Rückseite ergaben, dass bei der Versorgung dementer Patienten bei der Kostanpassung darauf geachtet werden sollte, die Nahrung mundgerecht zu schneiden. Die Patienten essen besonders häufig gern Süßes und Weiches. Des Weiteren sollten die Portionen nicht zu üppig ausfallen.

Im Gespräch sollte keine Hektik entstehen, der Blickkontakt sollte gehalten werden und das Gegenüber sollte immer damit rechnen, keine Rückmeldung von dem Patienten zu erhalten. Zusätzlich sollte man geduldig sein, auf die Geschichten der Patienten eingehen können und dabei nicht ihre subjektiv wahrgenommene Realität negieren.

Die Pflegekräfte der Station DAVID sehen folgende Stärken der Patienten:

Durch die Gedächtnislücken könne zum Teil mehrfach angeleitet werden und die Patienten seien geduldiger.

Als Schwächen von dementen Patienten werden die Unselbstständigkeit und Hilfsbedürftigkeit in allen Bereichen sowie Kommunikationsprobleme gesehen, des Weiteren die örtliche, zeitliche und personelle Desorientierung.

2.4 Auswertung der Ergebnisse

2.4.1 Auswertung der Hospitationen

Anhand der Hospitationen war es möglich, einen umfassenden Eindruck der Station DAVID zu bekommen.

Der große Tagesraum fördert die Gemeinschaft der Patienten und das selbstständige Essen. Insgesamt erschien die Station großzügig geschnitten und übersichtlich aufgebaut.

Deutlich wurde eine strukturierte und patientenorientierte Organisation der Abläufe, abgestimmt auf die Patientengruppe der Station DAVID.

Gleichzeitig ließen die Beobachtungen darauf schließen, dass die Zeitfenster für die Aufgabender Pflegekräfte, wie Körperpflege der Patienten und Anreichen des Essens, eng bemessen zu sein scheinen.

Obwohl in erster Linie eine passiv-teilnehmende Beobachtung geplant war, mit der Option bei Bedarf eventuell Aufgaben zu übernehmen, fand dieser Bedarf an personeller Unterstützung in der aktiven Einbindung der Beobachter deutlichen Ausdruck.

Da sich die Hospitationen auf die Essenssituation konzentrierten, konnten die Beobachter hauptsächlich in diesem Bereich Unterstützung leisten. Der Zeitmangel wurde unter anderem dadurch spürbar, dass es keine Einweisung oder Anleitung der zu übernehmenden Aufgaben gab. Aufgrund der Fachkenntnisse der Beobachter aus der Logopädie-Ausbildung konnten sie die Aufgaben trotzdem annehmen und durchführen.

Die Beobachtungen während der Essenssituation, wie starkes Husten und eine brodelnde Stimme direkt nach dem Trinken, sind als Warnhinweise

auf eine Aspiration zu werten. Da sich dies nach jedem Schluck wiederholte, liegt der Verdacht auf eine Dysphagie nahe.

Aus logopädischer Sicht sind bei Dysphagie-Patienten eine Betreuung während des Essens und eine entsprechende Kostanpassung zur Minimierung der Gefahr einer Aspirationspneumonie notwendig.

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und des Zeitdrucks schien es nicht umsetzbar zu sein, eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

Aus dieser Sicht lässt sich die starke Einbindung der Beobachter in die Abläufe erklären.

Durch die Hospitation konnten bereits wichtige Aspekte für die logopädische Arbeit mit Demenz-Patienten abgeleitet werden. Der Umgang mit allen Patienten war angenehm. Jedoch wurde die Kommunikation durch die eingeschränkte Funktion des Gedächtnisses und die kognitive Beeinträchtigung merklich erschwert. In Bezug auf das Essverhalten fielen Desorientierung sowie fehlende Kontrolle auf. Beispielhaft sind hier das unkontrollierte Trinken sehr großer Schlucke sowie das Vergessen des Kauens und des Schluckens zu nennen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Patienten mit Demenz einer besonderen Betreuung bedürfen. Die äußeren Voraussetzungen dafür sind auf der Station DAVID gegeben. Allerdings lassen der Personalmangel und die daraus resultierende Arbeitsbelastung eine angemessene Betreuung nicht zu.

Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden folgende Ergebnisse der Hospitationen herangezogen:

Da der Umgang der Pflegerinnen mit Dysphagie-Patienten nicht direkt beobachtet wurde, sollten die Kenntnisse über Dysphagie und der Umgang damit genauer erfragt werden. Außerdem sollten allgemeine Informationen über die Station und dessen Organisation eingeholt werden. Ein besonderes Interesse sollte weiterhin darin bestehen, die Eindrücke und Vermutungen über die hohen Anforderungen und den Zeitdruck zu hinterfragen und zu konkretisieren.

2.4.2 Auswertung des Interviews

Die Befragungssituation fand, wie beabsichtigt, mit mehreren Pflegekräften der Station DAVID innerhalb der vorgesehenen 20 Minuten statt. Die Teilnehmer stellten ihre Pause für das Interview zur Verfügung und beantworteten alle Fragen bereitwillig. Es konnten alle zuvor erarbeiteten Fragen gestellt und beantwortet werden.

Die Belastung des Personals wurde in dem strukturierten Gespräch sehr deutlich und bestätigte die zuvor gewonnenen Eindrücke. Der daraus resultierende Stress scheint vor allem durch den starken Personalmangel bedingt zu sein. Die Angaben wiesen darauf hin, dass sich die Befragten der Symptome und Auswirkungen einer Dysphagie und der daraus resultierenden Relevanz einer speziellen Betreuung bewusst sind. Sie machten deutlich, dass sie dieser speziellen Betreuung auch eine erhöhte Priorität zuweisen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass die Pflegekräfte unter besseren zeitlichen und personalen Bedingungen die Behandlung der Dysphagie noch stärker berücksichtigen könnten.

Da demente Dysphagie-Patienten nicht nur unter den gesundheitlichen Folgen leiden, sondern auch die Einbußen ihrer Lebensqualität zu spüren bekommen, müssen die Pflegekräfte neben Zeit auch viel Geduld investieren, wenn beispielsweise Patienten die Kostanpassung aufgrund der pürierten Konsistenz des Essens nicht annehmen wollen.

Durch die regelmäßigen Besuche einer Logopädin scheint eine grundlegende, interdisziplinäre Zusammenarbeit und therapeutische Betreuung bei entsprechendem Konsil gewährleistet zu sein. Hierbei bleibt die Frage, ob alle Patienten mit einer Dysphagie erkannt werden und im Zuge dessen ein solches Konsil erhalten. Dies könnte durch die nicht immer klar erkennbaren Anzeichen einer Dysphagie (zum Beispiel bei stillen Aspirationen oder dem Vorliegen anderer Erkrankungen, die Ähnlichkeiten in der Symptomatik aufweisen) oder die Priorität anderer Problematiken im Bereich des Möglichen liegen.

Die Wünsche der Pflegekräfte nach mehr Unterstützung mussten eingedämmt werden, da sie die Möglichkeiten der Studienarbeitsgruppe übersteigen.

Insgesamt stellte sich das Interview als sehr hilfreich für die Überlegungen zum geplanten Fragebogen heraus. Aus den Angaben der Befragten leiteten sich verschiedene offene Fragen für den Fragebogen ab. So ließen die Antworten bezüglich der Anzeichen und Diagnostik von Dysphagien und der Sicherheit im Umgang mit Dysphagie-Patienten Überlegungen aufkommen, wie sich die Pflegekräfte in diesem Bereich selbst einschätzen und wie gut sie sich auf die damit einhergehenden Aufgaben vorbereitet fühlen.

Es zeichnete sich bei diesen Themengebieten eine generelle Sicherheit ab. Teilweise wurden jedoch auch Unsicherheiten geäußert. So blieb in Bezug auf den Fragebogen die Frage offen, wie die Meinung der gesamten Belegschaft dazu ausfiele. Außerdem war von Interesse, ob ein einheitliches Meinungsbild zu den Themen „Zeitdruck“ und „gewünschte Unterstützungsmöglichkeiten“ vorherrschen würde.

Diese und weitere Überlegungen zeigen sich deutlicher in den methodischen Vorbereitungen zum Fragebogen (siehe 2.2.3).

In interdisziplinärer Hinsicht profitierte die Studienarbeitsgruppe von den Empfehlungen und Hinweisen zum Umgang mit Demenzerkrankten.

2.4.3 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse der Fragebögen

Nach der Fristverlängerung erfolgte ein Rücklauf von sieben Fragebögen. Da zur Zeit sieben Pflegekräfte auf der Station tätig sind, entspricht dies einer Quote von 100%. Somit kann ein umfassendes Bild der Station DAVID dargestellt werden.

Trotz des Einwands, dass es durch den Zeitmangel für die Pflegekräfte schwer zu realisieren sei, die Rückseite mit offenen Fragen zu dem Krankheitsbild der Demenz zu beantworten, wurde diese von 57,14% ausgefüllt.

Die Auswertung der Ergebnisse lassen folgende Interpretationen zu:

Die Ausbildung sowie die praktischen Erfahrungen stellen für die Pflegekräfte der Station eine gute Vorbereitung auf die Arbeit mit Dysphagie-Patienten dar.

Die Unterschiede im Hinblick auf die Sicherheit bei der Essensanreicherung, der Kostanpassung, der Mundpflege sowie der Diagnostik können mit der unterschiedlich langen Berufserfahrung der Pflegekräfte erklärt werden. Besonders die Ergebnisse im Bereich Sicherheit bei der Mundpflege zeigen jedoch deutlich, dass hier ein Verbesserungsbedarf besteht.

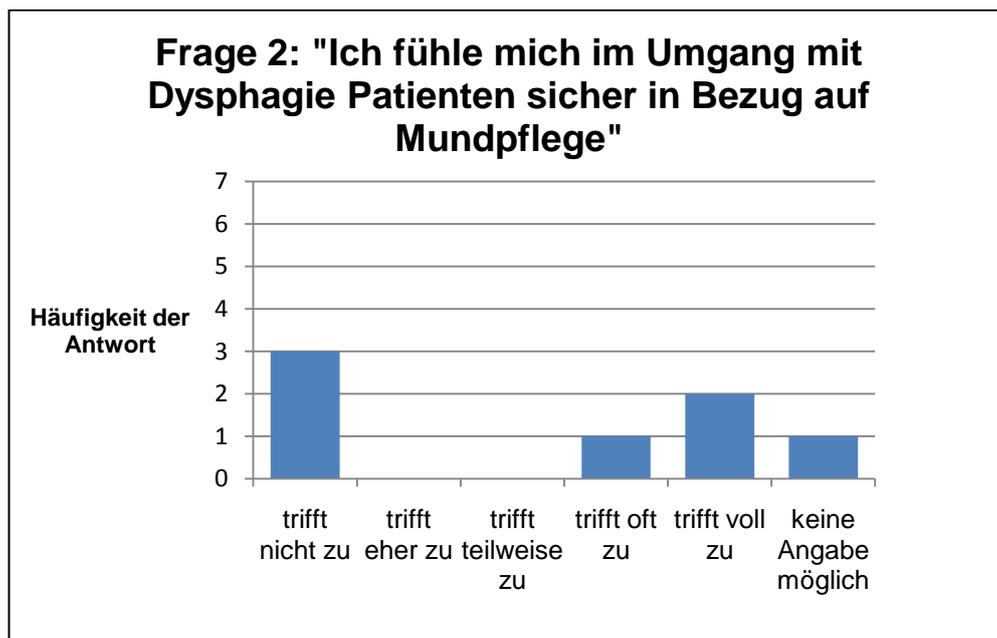


Abbildung 7: Sicherheit bei der Mundpflege

Quelle: Berger, J. (2014). Selbst erstelltes Diagramm.

Die unterschiedlichen Aussagen auf die Frage, ob überhaupt ein gesondertes Schluckscreening bei Neuaufnahme durchgeführt wird, lassen einen Rückschluss darauf zu, dass diese vermutlich nicht bei jedem Patienten durchgeführt wird und es weiterhin kein einheitliches Vorgehen im Sinne eines Screenings, einer logopädischen Untersuchung und einer fiberendoskopischen Schluckuntersuchung gibt. Die Angaben im Fragebogen zur Durchführung der Diagnostik deuten auf eine Orientierung am 50-ml-Wasserschlucktest hin.

Dies verhindert aussagekräftige Ergebnisse und in der Folge eine adäquate Versorgung dysphagischer Patienten.

Da 28,57% der Befragten angaben, dass keine gesonderte Schluckdiagnostik bei Neuaufnahme durchgeführt wird, kann außerdem

vermutet werden, dass die Frage dahingehend missverstanden wurde, dass die Pflegekräfte die Durchführung direkt auf ihre persönliche Durchführung bezogen haben.

Das Item „Zeit“ zeigt deutlich, dass den Pflegekräften besonders für die Essensanreicherung nicht genügend Zeit pro Patient bleibt.

Gerade bei Dysphagie-Patienten sollte dies allerdings berücksichtigt werden, um in den Essenssituationen assistieren zu können und so starkes Verschlucken und eine Mangelernährung der Patienten zu vermeiden.

Auch die Tatsache, dass die Beaufsichtigung der Essenssituation zu 57,14% mit „trifft eher nicht zu“ bewertet wurde, stellt gerade bei dementen Dysphagie-Patienteneinen erheblichen Risikofaktor dar und sollte kritisch hinterfragt werden.

Im Durchschnitt fallen die Einschätzungen bezüglich der Zeit, besonders bei den Punkten Kostanpassung, Mundpflege und Diagnostik, jedoch besser aus, als nach der Auswertung des Interviews erwartet.

Aus diesem ging zunächst hervor, dass ein erheblicher Zeitmangel herrscht. Dieses Bild wird bei der Auswertung der Fragebögen nicht widerspiegelt.

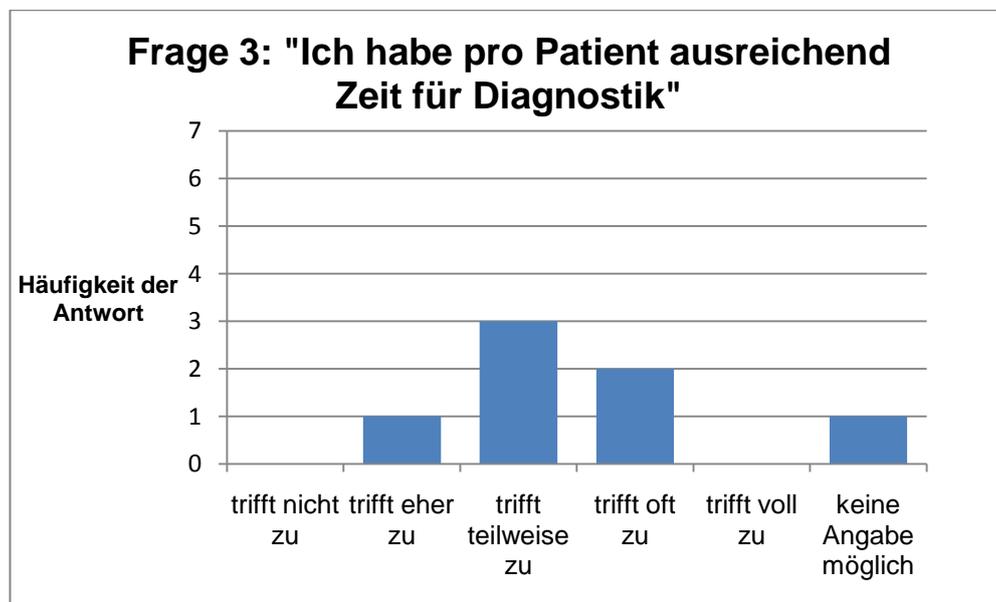


Abbildung 8: Zeit für die Diagnostik

Quelle: Berger, J. (2014). Selbst erstelltes Diagramm.

Insgesamt kann vermutet werden, dass die Instruktionen und Fragen oftmals nicht deutlich genug formuliert waren oder den Pflegekräften schlichtweg die Zeit fehlte, diese sorgfältig zu lesen.

So wurden beispielsweise auf die Frage nach den Aspekten, die sich das Pflegepersonal wünschen würde, um im Arbeitsalltag Unterstützung im Hinblick auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten zu erhalten, unterschiedliche Antwortformate gewählt. Dies erschwerte die Auswertung.

Diese stellt dar, dass es einen Bedarf an einer Auffrischung des Wissens gibt und nicht der Personalmangel primär das Problem ist.

Wie oben bereits erwähnt, zeigt sich auch hier ein deutlicher Widerspruch zu den Erwartungen, die sich nach dem Interview ergaben.

Sicherlich ist der Personalmangel ein wichtiger Faktor, der jedoch ein generelles Problem für die Pflegekräfte darstellt.

In Bezug auf die Fragen zur Demenz ist im Nachhinein folgendes anzumerken:

Kritisch gesehen ist die Erfragung von Stärken bezogen auf eine Krankheit nicht sinnvoll. Im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit war angedacht, auch die Stärken der Patienten zu erfragen. Diese sind allerdings nicht auf die Krankheit zurückzuführen, sondern sind durch die Persönlichkeiten der Patienten bedingt.

Der Austausch mit dem Pflegepersonal lässt folgende Schlüsse für den Umgang mit dementen Patienten zu:

Im interdisziplinären Team sollte ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Geduld dem Patienten gegenüber herrschen. Aufgrund der hohen Vergesslichkeit des Patienten ist eine engmaschige Betreuung erforderlich. Es ist zu vermuten, dass sich Therapieerfolge verspätet einstellen oder Therapieziele schwerer erreicht werden können.

Die Gedächtniseinschränkungen der Patienten können mitunter positiv gesehen werden. So ist es möglich, dass Anweisungen wiederholt werden, ohne dass die Patienten ablehnend und kritisch darauf reagieren.

Im Hinblick auf die Deckung des Flüssigkeits- und Kalorienbedarfs sollte die Kostanpassung möglichst individuell und appetitanregend durchgeführt werden, um die Compliance der Betroffenen zu erhöhen und damit den Pflegeaufwand zu reduzieren. Bei den Mahlzeiten sollte wenn möglich in Abhängigkeit zu der Anzahl der Patienten die Assistenz beim Essen benötigen eine angemessene Zahl an Fachkräften im Gemeinschaftsraum sein, um eine sichere Nahrungsaufnahme zu gewährleisten.

3 Schlussteil

3.1 Diskussion der Studienarbeit

3.1.1 Beurteilung der Methoden

Rückblickend betrachtet war die Auswahl der Methoden für die Beantwortung der Fragestellungen sinnvoll. Es stellte sich heraus, dass sich die Methoden Hospitation, teilstandardisiertes Gruppeninterview und Fragebogengut ergänzten.

Jede Methode einzeln ergab wichtige Teilaspekte, die wesentlich zur Beantwortung der Fragestellungen beitrugen. Hätte man nur jeweils eine der Methoden gewählt, wären einige Informationen nicht deutlich geworden.

Zum einen hätten sich ohne das Interview der Zeit- und Personalmangel sowie das Bedürfnis nach logopädischer Unterstützung nicht herausgestellt. Gleichzeitig hat sich diese Darstellung durch den Fragebogen relativiert. Außerdem ergab der Fragebogen zusätzlich einen hohen Bedarf an Vertiefung des Fachwissens über Dysphagie.

Die Hospitationen dienten dazu, die Inhalte des Interviews sowie des Fragebogens zu definieren und die Themenbereiche zu präzisieren.

Im Fragebogen überwog der Anteil der Fragen zur Dysphagie gegenüber dem Anteil der Fragen zur Demenz. Außerdem wurde dem Teil zur

Dysphagie nach der Verlängerung der Abgabefrist eine höhere Priorität zugewiesen.

Im Hinblick auf den Erkenntnisgewinn über dementielle Erkrankungen stellte sich die schriftliche Beantwortung von Fragen als nicht gut geeignet heraus. Mehr praktische Erfahrungen hätten sich hier eher angeboten, um den Umgang mit Demenz-Patienten ausgiebiger kennen zu lernen.

3.1.2 Beantwortung der Fragestellungen

Beide Fragestellungen (siehe 1) konnten anhand der gewählten Methoden beantwortet werden. Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie zufriedenstellend die Ergebnisse waren. Hierzu werden beide Fragen nochmals dargestellt und einzeln untersucht:

1. Welche Kenntnisse und Bedürfnisse des Pflegepersonals der Station DAVID im Hinblick auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten lassen sich mit Hilfe eines Fragebogens feststellen, und welcher Bedarf an logopädischer Unterstützung entsteht daraus?

In dem Interview wurde deutlich, dass bei den Befragten ein grundlegendes Wissen über Symptome und Gefahren von Dysphagien vorhanden ist. Auch im Umgang mit den Dysphagie-Patienten zeichnete sich eine generelle Sicherheit ab. Im Hinblick auf die Ergebnisse des Fragebogens lassen sich dennoch Unsicherheiten, unter anderem in den Bereichen Mundpflege und Diagnostik, vermuten. Besonders die Angaben in Bezug auf die Mundpflege wurden nicht erwartet.

Die konträren Ergebnisse von Interview und Fragebogen spiegeln sich auch bei der Frage nach den Bedürfnissen wider. Obwohl im Interview ein deutlicher Wunsch nach mehr personeller Unterstützung, auch in logopädischer Hinsicht, deutlich wurde, ergab der Fragebogen, dass dem Erwerb von mehr theoretischem Fachwissen über Dysphagie insgesamt eine deutlich höhere Relevanz zugesprochen wird. Zusätzlich wird im

Fragebogen auch der Wunsch nach Wissenserweiterung durch eine logopädische Anleitung deutlich.

2. Welche Erkenntnisse können aus dem interdisziplinären Austausch mit dem Pflegepersonal der Station DAVID hinsichtlich logopädischer Arbeit mit dementen Patienten gezogen werden?

Der interdisziplinäre Austausch ergab, dass der Begriff der Validation (siehe 2.3.2) den Umgang mit Demenz-Patienten prägt. Das bedeutet, dass seitens des Therapeuten in der Therapie ein erhöhtes Maß an Einfühlungsvermögen notwendig ist.

Auch die Empfehlungen und Anregungen zum Umgang (siehe 2.3.3) waren größtenteils hilfreich.

Im Rahmen der Überlegungen zur Studienarbeit ist deutlich geworden, dass die Bedeutung der Multimorbidität in der logopädischen Arbeit einen steigenden Stellenwert einnehmen wird. Die Störungsbilder lassen sich aufgrund ihrer Komplexität nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen. In diesem Zusammenhang wird sich die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen erhöhen.

3.1.3 Beurteilung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Interdisziplinarität dieser Arbeit bestand im Austausch zwischen dem Pflegepersonal der Station DAVID und angehenden Logopäden.

Abgesehen vom Zeitdruck ist die interdisziplinäre Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen sehr positiv verlaufen. Die Gestaltung dieser Kommunikation beeinflusste maßgeblich die Planung und das Vorgehen.

Die Pflegekräfte der Station DAVID stellten ihre Meinung und ihr Wissen sowohl im Interview als auch bei der Beantwortung des Fragebogens aufrichtig dar. Vor allem innerhalb des Interviews wurde offen über die Arbeit auf der Station kommuniziert.

Schließlich wurde damit die Grundlage für weitere interdisziplinäre Schritte geschaffen.

3.2 Ausblick

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Studienarbeit haben sich folgende Bereiche ergeben, die weitere Schritte offen halten:

Wie die Auswertung des Fragebogens zeigt, ist der Wunsch des Pflegepersonals nach einer Auffrischung und Vertiefung des Fachwissens über Dysphagie groß. In diesem Zusammenhang wären verschiedene Maßnahmen denkbar.

Zunächst könnte ein Überblick über bestehende Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Bei Bedarf könnte dieses Angebot erweitert und spezifiziert werden. Auch eine verstärkte personelle Unterstützung durch Logopäden könnte den Zeit- und Personalmangel in Bezug auf die Essenssituation kompensieren.

Aufgrund der großen Unsicherheiten bei der Mundpflege und der Diagnostik von Dysphagien wäre es außerdem relevant, die Durchführung dieser Bereiche auf der Station genauer zu beobachten und gegebenenfalls verstärkt zu schulen.

Vor allem ist die Sicherstellung der Diagnostik von Dysphagien auf der Station DAVID von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang muss die Durchführung der Diagnostik genauer untersucht und bei Bedarf an die Standards angepasst werden.

Weiterhin wäre es von Interesse, wie die Kommunikation zwischen den Ärzten, dem Pflegepersonal und den Therapeuten gestaltet wird und wie effektiv die bisherige interdisziplinäre Zusammenarbeit bezüglich der Versorgung von Dysphagie-Patienten ist.

Eine weitere Idee, die sich im Rahmen der Studienarbeit ergab, ist die Etablierung einer Kooperation zwischen der Berufsfachschule für Logopädie und der Station DAVID. So könnten beide Parteien weiterhin von einer interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren.

4 Literaturverzeichnis

Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf , S. 87 (10.02.2014)

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2012). *Soziale Situation in Deutschland. Entwicklung der Altersstruktur*. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>(21.03.2014).

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.) (2013). *Selbsthilfe Demenz. Die Krankheit*. <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html> (22.03.2014).

Diakonie Stiftung Hamburg (Hrsg.) (2012). *Förderpreis MitMenschlichkeit 2012*. <http://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/spenden/Foerderpreis-MitMenschlichkeit-2012.pdf> (21.03.2014).

Diener, H., Weimar, C. (Hrsg.)(2012). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. <http://www.dgn.org/leitlinien-online-2012/inhalte-nach-kapitel.html?q=leitlinien>(11.11.2013).

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (Hrsg.) (2013). *Station DAVID - ein geschützter Ort für Menschen mit Demenz*. <http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/innere-medizin/station-david/> (22.03.2014).

Füsgen, I. (Hrsg.) (2003). *Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in*

der Demenztherapie; 5. Dokumentationsband des 9. Workshops des Zukunftsforums Demenz.

Jäger, M. (2003). *Schluckstörungen. Bei Demenz-Patienten noch zu wenig beachtet*. In: Füsgen, I. (Hrsg.): *Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie*; 5, 43-50. Dokumentationsband des 9. Workshops des Zukunftsforums Demenz.

Kallus, K. W. (2010). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: facultas wuv.

Krollner, B., Krollner, D. M. (2014). *ICD-Code. F00-F09 Organische, einschließlich symptomatische psychischer Störungen*. <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F03.html?sp=SDemenz> (22.03.2014).

Maier, W., Schulz, J. B., Weggen, S., Wolf, S. (2010). *Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung*. Stuttgart: Thieme.

Nestlé Health Science (Hrsg.) (2011). *Was ist eine Dysphagie? Wer ist davon betroffen?* http://www.dysphagiaonline.com/de/seiten/02_who_does_it_affect.aspx (22.03.2014).

Prosiegel, M., Buchholz, D. (2006). *Mit Schluckstörungen assoziierte neurologische Erkrankungen*. In: Bartolome, G., Schröter-Morasch, H. (Hrsg.): *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage. 51-74. München: Elsevier, Urban&Fischer.

Prosiegel, M., Weber, S. (2010). *Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Rittig, T. (2003). *Therapeutische Strategien bei Dementen*. In: Füsgen, I. (Hrsg.): *Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie*; 5, 43-50. Dokumentationsband des 9. Workshops des Zukunftsforums Demenz.

Schneider, F. (2012). *Demenz. Der Ratgeber für Patienten und Angehörige*. München:Herbig.

Schröter-Morasch, H. (2006). *Schluckstörungen bei Erkrankungen der oropharyngealen und laryngealen Strukturen*. In: Bartolome, G., Schröter-Morasch, H. (Hrsg.): *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage. 75-98. München: Elsevier, Urban&Fischer.

Schröter-Morasch, H. (2006). *Medizinische Basisversorgung von Patienten mit Schluckstörungen - Trachealkanülen - Sondenernährung*. In: Bartolome, G., Schröter-Morasch, H. (Hrsg.): *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage. 209-370. München: Elsevier, Urban&Fischer.

5 Anhang

Interviewleitfaden

Fragebogen

6 Eidesstattliche Erklärung und Einverständniserklärung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt haben. Quellen und Hilfsmittel haben wir angegeben – wörtlich oder annähernd wörtlich.

Datum, Unterschriften

Einverständniserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass bei Interesse Dritter an unserer Studienarbeit unsere Adressen zur Kontaktaufnahme weitergegeben werden.

Datum, Unterschriften

Fragebogen zum Thema „Dysphagie & Demenz“

Bitte kreuzen Sie gemäß folgender Skala *eindeutig* an (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile; eindeutig in einem Kästchen):

1= trifft nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft eher zu, 5= trifft voll zu

◇ = keine Angabe möglich

Nr.		1	2	3	4	5	◇
1.	Ich fühle mich gut auf den Umgang mit Dysphagie-Patienten vorbereitet.						
	Und zwar durch:						
	➤ Ausbildung						
	➤ praktische Erfahrungen						
	➤ eigene Recherche						
	➤ Fortbildungen						
	<u>Sonstiges:</u>						
2.	Ich fühle mich im Umgang mit Dysphagie Patienten sicher in Bezug auf:						
	➤ Essensanreicherung						
	➤ Kostanpassung (z.B. Andicken)						
	➤ Mundpflege						
	➤ Diagnostik						
3.	Ich habe pro Patient ausreichend Zeit für:						
	➤ Essensanreicherung						
	➤ Kostanpassung (z.B. Andicken)						
	➤ Mundpflege						
	➤ Diagnostik						

Nr.		1	2	3	4	5
4.	Jede Essenssituation wird durch eine Pflegekraft beaufsichtigt.					
5.	Ich bin sehr häufig besorgt, dass durch mein Handeln die Risiken einer Dysphagie verstärkt werden können und dadurch gesundheitliche Folgen für den Patienten entstehen.					

6. Wird eine gesonderte Schluckdiagnostik bei Neuaufnahme durchgeführt?

Ja Nein Ja, und zwar:.....

7. Wer führt die Schluckdiagnostik durch?

Arzt / Ärztin
 Pflegepersonal

8. Folgende Aspekte würden meinen Arbeitsalltag unterstützen bzw. erleichtern in Bezug auf Patienten mit Dysphagie:

(Bitte nummerieren Sie nach Wichtigkeit, 1= am wichtigsten. Streichen Sie die Punkte, die Sie nicht als notwendig empfinden durch!)

- mehr theoretisches Hintergrundwissen bzw. Auffrischung des Wissens
- mehr Erfahrung
- logopädische Anleitung Sonstiges:
- mehr personelle Unterstützung durch Logopäden/-innen
- mehr personelle Unterstützung durch Pflegekräfte

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir schätzen es sehr, dass Sie sich Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens genommen haben!

Demenz

Da diese Studienarbeit im Zeichen der interdisziplinären Zusammenarbeit steht, würden wir uns freuen, von Ihrem Fachwissen in Bezug auf Menschen mit **Demenz** profitieren zu können. Wenn Sie Anregungen für uns im Umgang mit dementen Patienten in folgenden Situationen haben, würden wir uns freuen, wenn sie diese hier aufschreiben könnten (z.B. Besonderheiten, mögliche Probleme, etc.):

Essenssituation:

Im Gespräch:

Im Allgemeinen sehe ich folgende Stärken bzw. Schwächen bei dementen Patienten:

Stärken:

Schwächen:

<hr/>	<hr/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Interviewfragen

I. Allgemeines:

- Wie ist der Pflegeschlüssel aufgestellt, d. h. wie viel Personal ist für wie viele Patienten eingeteilt?
- Lässt er eine intensive Betreuung schluckgestörter Patienten überhaupt zu?

II. Demenz / Station

- Was unterscheidet die Arbeit auf dieser Station von anderen geriatrischen Stationen?
- Welche Tipps haben Sie für den Umgang mit dementen Patienten? Was ist die größte Herausforderung?
- Kommen die Kenntnisse aus der Ausbildung und den Schulungen oder sind sie hauptsächlich durch eigene Erfahrungen entstanden?
- Welchen Stellenwert hat die Dysphagie bei der Pflege der Patienten für Sie; was steht noch davor? Das heißt, was wäre noch wichtiger bei der Pflege zu berücksichtigen?

III. Dysphagie

- Woran erkennen Sie eine Schluckstörung bei Ihren Patienten?
 - Wasserschluck Screening
 - Beobachtungen beim Essen
 - Gespräche mit Angehörigen und Patienten
- Wie sieht der weitere Verlauf aus, wenn eine Schluckstörung bei einem Patienten erkannt wird? (z.B. Konsil zur weiteren Abklärung, klinische Untersuchungen, Logopädie, Kostformanpassung)
- Was sind in Ihren Augen gravierende Auswirkungen einer Schluckstörung?
- Wo fühlen Sie sich im Umgang mit schluckgestörten Patienten sicher; wo hätten Sie noch gerne Unterstützung?