

Bewohner/innen mit psychischen Störungen im Altenheim

U. Kastner

Gerontopsychiatrisches
Zentrum Bonn

3. Regionaltagung des Landesverbandes
der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V.

Übersicht

- Expertise Psychische Störungen
Mythen und Realität
- Welches Versorgungsmodell ist das
richtige
- Allgemeines zur
Gerontopsychiatrische Versorgung
- Visionen

Versorgungsforschung ja, aber „Kein Heim gleicht dem anderen!“



Eine bunte Mischung

1A Sortierung



Klein - immer auch fein?

Alte traditionelle Sorten - saftlos?



Manchmal ist der Wurm drin!

Expertise „Psychische Störungen in Heimen“

37 Einrichtungen der Altenhilfe
Regionen Bonn, Rhein-Sieg-Kreis, Geislingen,
Kaufbeuren, Gütersloh, Hannover und Münster

1.942 Bewohner – Stichtag 01.05.2001.

- Psychiatrische Störungsbilder ICD10
- Indikationen für Behandlung
- Medikamentenspektrum
- Juristisches/Pflege/ärztliche Versorgung

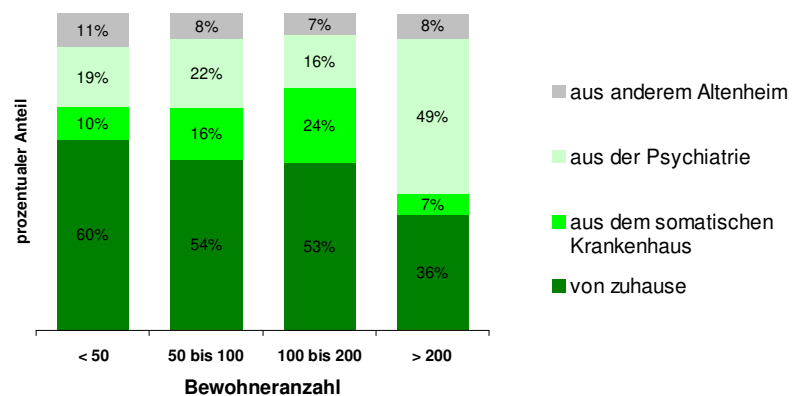
Hirsch & Kastner et al., Psychische Störungen in Heimen, KDA, 2004

Abgeschoben ins Heim?!

Gründe für den Umzug



Beginnen wir am Anfang: Umzug in die Einrichtung



Hirsch & Kastner et al., Psychische Störungen in Heimen, KDA, 2004

Warum der Umzug ins Heim?

- Neuaufnahmen: Aktuell überwiegende demenziell Erkrankte, weniger Bewohner mit körperlichen Einbußen
- Häufig nicht geplant (Ausnahme Spezialeinrichtungen)
- Verschlechterung der gesundheitlichen Situation
- Überlastung oder Ausfall der pflegenden Angehörigen
- Suche des Betroffenen nach Sicherheit oder sozialer Einbindung
- Wunsch nicht zur Last zu fallen
- Auf Drängen von Ärzten oder anderen Professionen

Im Heim sind doch
alle dement !?

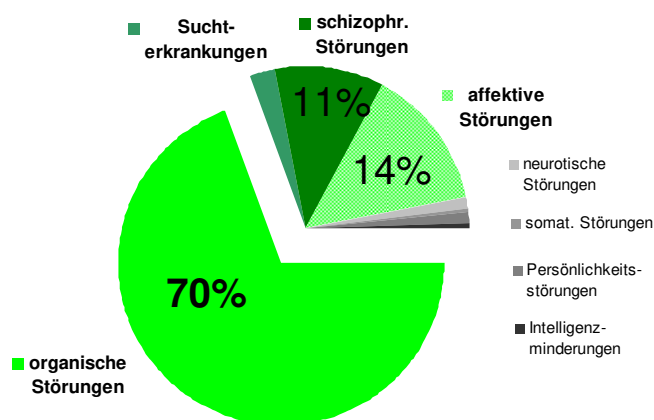
Diagnosen und Symptome



Wer ist psychisch erkrankt: Eine Studienübersicht

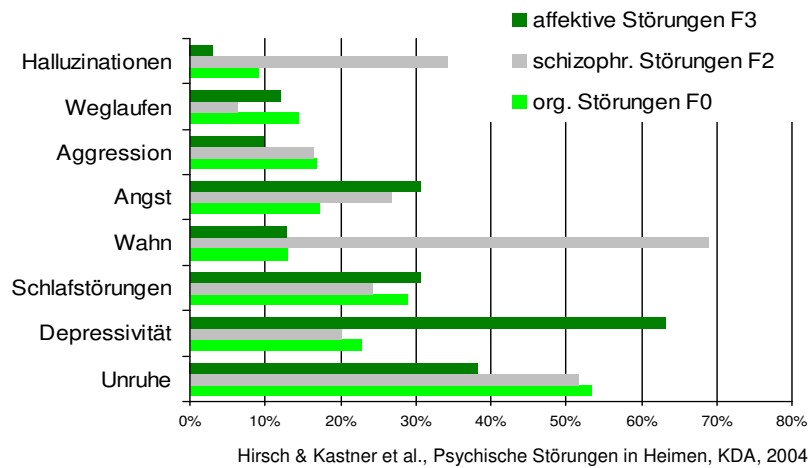
Autor	Bewohnerzahl	Anteil psychisch Erkrankter
Damkowski et.al., Hamburg 1994	4034	42,6%
Soldo F. , Freudenstadt 1995	1595	76,0%
Wolter-Henseler, Solingen 1996	705	65,2%
Förster, Berlin Marzahn 1997	677	57,0%
Gerontopsychiatrische Fachplanung, Berlin 1999	22315	72,0%
AWO, München 2000	575	67,0%
Kirchen-Peters, Saarlouis 2000	473	75,7%
Homborg, Deutsche Expertengruppe Demenz 2001	2839	53,0%
KDA PLAISIR, Bremen/Segeberg 2001	4970	83,6%
Hirsch/Kastner, Expertise 2001/2004	3908	65,6%

An welchen psychische Störungen leiden Bewohner?

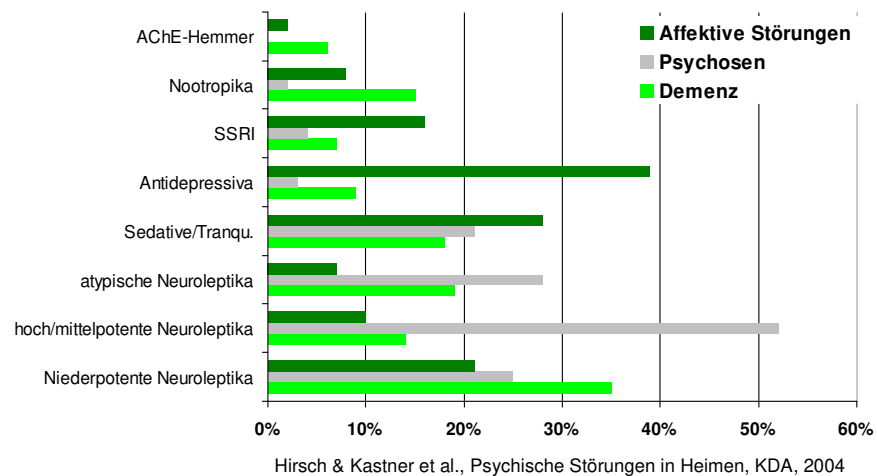


Hirsch & Kastner et al., Psychische Störungen in Heimen, KDA, 2004

Warum kommt der Psychiater? Leitsymptome!



Die Reaktion des Psychiaters? Psychopharmaka!



Kombinationstherapie von Psychopharmaka

	gesamt	
Monotherapie	729	37,5%
Zweifachkombination	529	27,2%
Dreifachkombination	178	9,2%
Vierfachkombination	26	1,3%
Fünffachkombination	3	0,2%
keine Psychopharmaka	477	24,6%
gesamt	1942	100,0%

Diagnosen und Symptome

- Allein kognitive Störungen sind kein Überweisungsgrund
- In vielen Einrichtungen tatsächlich über 70% der Bewohner psychisch krank
- Heimleitungen überschätzen den Anteil Demenzerkrankter
- Nicht-Erkennen andere psychischer Krankheiten
- Suchterkrankungen (wahrscheinlich vor allem Medikamentenabhängigkeit unterdiagnostiziert)

Medikamente - Psychopharmaka

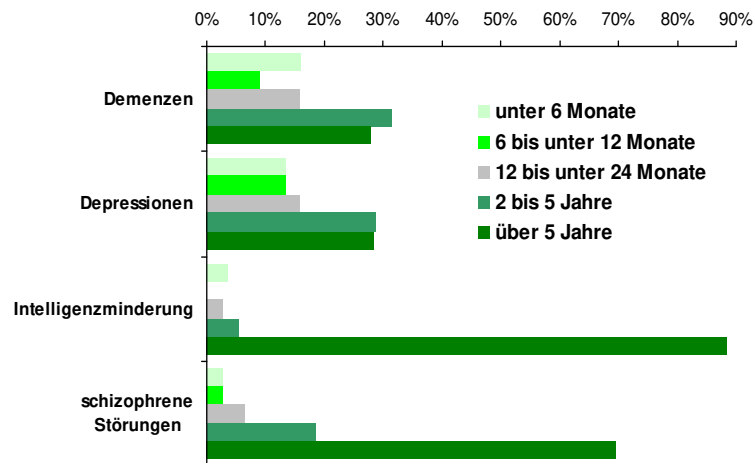
- 75% aller Bewohner erhalten Psychopharmaka
- Hausärzte zumeist Monotherapie – dafür mehr Neuroleptika
- Fachärzte Kombinationstherapie – dafür mehr neuere Psychopharmaka
- Auch weiterhin überwiegend Neuroleptika
- Wenig Acetylcholinesterase-Hemmer
- In spezialisierten Einrichtungen differenziertere Therapie und weniger Fehlverordnungen

**Wer ins Heim kommt
stirbt oder wird
künstlich ernährt ...**



PEG, Aufenthaltsdauer

Aufenthaltsdauer vom Tag des Einzugs bis zum Stichtag



Häufigkeiten von PEG-Sonde*

Pflegestufe	0	I	II	III	(IV)	Gesamt
Anzahl PEG	1	4	52	72	1	140
% Anteil	0,5%	0,8%	8,7%	24%	20%	7,9%
mit oraler Zusatzkost			18	20	1	39
% (an Anzahl PEG)			34,6%	27,8%	100%	27,9%

*perkutane endoskopische Gastrostomie zur Anlage einer Ernährungssonde



Das beklagen Pflegenden in unseren Heimen

- Gerontopsychiatrische Ausbildung fehlt
- Umgang und Struktur häufig auf gesunde/pflegedürftige Bewohner abgestimmt
- Zeitliche und personelle Ressourcen knapp
- Zunahme der Pflegebedürftigkeit und von Verhaltensstörungen
- Häufiger Personalwechsel – Burnout, Krankenstand
- Heimvermeidung als (gesundheits-)politisches Ziel bzw. Heimaufnahme stigmatisierend
- Dokumentationsaufwand
- Funktionspflege statt Bezugspflege, fehlende Wohnkonzepte

Versorgungsmodelle

Vollintegrativ

- ✘ **Contra:** Überforderung, Konflikte, zu wenig Berücksichtigung von Demenz
- **Pro:** Keine Stigmatisierung, keine Umzüge, mehr Normalität

Segretativ

- ✘ **Contra:** Gefahr der Abschiebung, Förderung der Demenz, Steigerung der Verhaltensstörungen, Überlastung der Mitarbeiter
- **Pro:** Spezialisierung, Professionalisierung, weniger Überforderung von Demenzkranken



Besondere Dementenbetreuung vs. traditionelle Versorgung

Besonderen Dementenbetreuung:

- Demenzkranke häufiger in Aktivitäten eingebunden
- Zeigten mehr positive Gefühle
- Waren weit weniger von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffen
- Wurden wesentlich häufiger psychiatrisch behandelt
- Angehörige waren stärker in Pflege und Betreuung eingebunden
- Verschlechterung langsamer, Mobilität besser erhalten
- Mitarbeiter zufriedener, weniger krank

Weyerer S (2004), Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung

Wenn wir gefragt werden - was empfehlen wir?

Stadiengerechtes Wohnen

- bei einer hohen Anzahl an demenzerkrankten Bewohnern
- mit klaren Absprachen für einen Umzug bei Veränderung des Krankheitsbildes
- Segregatives Modell – bzw. Domus-Modell
- Angebote für alle Stadien der Demenz

Wenn wir gefragt werden - was empfehlen wir?

Stadiengerechtes Wohnen

Integratives Modell

- bei gemischtem Klientel (Demenzerkrankte, Depressive, Psychosekranken und Gesunde)
- Teilintegrativ mit besonderer Betreuung der Demenzkranken am Tag

Wenn wir gefragt werden - was empfehlen wir?

Stadiengerechtes Wohnen

Integratives Modell

Aufnahmemanagement

- Vor Aufnahme, wenn möglich Hausbesuch
- Ablehnen der Aufnahme falls Symptomatik oder Beeinträchtigungen nicht zu dem Haus passen

Wenn wir gefragt werden - was empfehlen wir?

Stadiengerechtes Wohnen

Integratives Modell

Aufnahmemanagement

Pflegemix

- Angebot von Tagespflege, Kurzzeitpflege und stationärer Pflege
- Wenn möglich ambulante Angebote
- Kooperation mit anderen Anbietern oder Wohngruppen

Wenn wir gefragt werden - was empfehlen wir?

Stadiengerechtes Wohnen

Integratives Modell

Aufnahmemanagement

Pflegemix

Multiprofessionelle Fallbesprechungen

- „Horizontenerweiterung“
- Multiprofessionalität
- Lernen am Modell

Was wir lernen durften ...

- Behandlung nur nach **Einverständnis** des jur. Betreuers
- **Aufnahmegespräche** mit Angehörigen und Pflege
- **Überleitungspflege** – Wechsel aus der Klinik in die Einrichtung
- Wir sind **Gäste** der Einrichtung

Was wir als Zentrum beitragen können ...

- **Multiprofessionalität** – Ärzte, Pflege, Sozialdienst
- **Fallbesprechungen** – Biographie, soziales Umfeld, Beziehung- und Kommunikation, Einbeziehen der Angehörigen, Übertragbarkeit auf andere „Problemfälle“
- **Konstanz** – Regelmäßige Visiten (14tägig), Therapeutenkonstanz, Erreichbarkeit
- **Weiterbildungsangebote** – Schulungen, Fortbildungen, Inhouse-Veranstaltungen

Der idealtypische Ablauf durch die Überleitungspflege!

- Anmeldung von Station oder der Nachfolgeeinrichtung
- Zustimmung des Betreuers oder Bevollmächtigten
- Übergabe im Pflgeteam und Vorinformation der weiter betreuenden Einrichtung durch Fachpflegekraft
- Ambulanter Arztkontakt und Übersiedlung in das Heim
- 2-4malige Fallbesprechung und Folgekontakte mit „Übersetzung“ der Pflegeplanung wo notwendig (z.B. NANDA-Taxonomie -> Krohwinkel)
- 14-tägige Visite durch Facharzt
- Hohe Akzeptanz der Altenpflege, geringe Rückkehrer

Man darf doch sich doch was wünschen: **Perspektive und Träume?!**

- Wohnortnahe Versorgung
- Heim als vielseitiges Versorgungszentrum
- Neue Wohnformen in der Regelversorgung
- Verbindliches Assessment zu Beginn, eigentlich **vor** Aufnahme
- Gelebte Multiprofessionalität
- Heim ist **keine** Einbahnstraße

Unsere Erkenntnis: Altenheime können ganz vorzüglich munden!

Forum

Kurat
Alters

<http://>

