

GISAD

**Geriatrisch-Internistische
Station für Akuterkrankte
Demenzpatienten**

Tania Zieschang

Bethanien-
Krankenhaus



Geriatrisches Zentrum

Biersdorf am 09.09.010

■ Wie groß ist das Problem?



■ 12% der Patienten in deutschen Krankenhäusern hatten eine Demenz. *Lübecker Krankenhausstudie, Arolt 1997*

■ International bis 31%, im Mittel um 20%. *Chodosh 2004*

■ Etwa 50% - 60% der Patienten im Bethanien KH und Reha haben eine Demenz

■ Prävalenz von herausforderndem Verhalten (behavioural and psychological symptoms of dementia):
95% *Sourial 2001*



Abläufe im Krankenhaus setzen voraus, dass ein Patient

- **kooperativ ist**
- **seine eigenen Bedürfnisse äußern kann**
- **die Bedürfnisse anderer Patienten berücksichtigen kann**
- **sich schnell durch das System bewegt**
- **entlassen werden kann, wenn das akute Problem behoben ist**

Der/die Kranke soll sich an **unsere Bedürfnisse anpassen!!**



Gefahr der Verschlechterung der kognitiven und funktionellen Funktionen bei älteren Menschen, häufig zur Einweisung ins Pflegeheim und auch zum Tod führend *Covinsky et al. 2003, Creditor 1993, Kohn et al. 2000*

Iatrogene Komplikationen bei 29-38% der älteren Patienten (3-5fach im Vergl. zu jüngeren, *Gillick et al. 1982*)



- **Nicht diagnostiziertes Delir: 33-66%**
- **Prävalenz bei Aufnahme: 10-31% (vermehrt bei Heimbewohnern)**
- **Mortalität: 14,5-37%**
- **Nach 6 bzw. 12 Monaten Bestehen von Symptomen in 32 bzw. 41% der Fälle**
- **Deutliche Verschlechterung in den ADLs**
- **Nach 12 Monaten vermehrte Heimeinweisung bei Patienten mit Demenz und Delir**



Über 50% (bis 89%) der Patienten mit Demenz erleiden ein Delir bei Krankenhausaufenthalten mit deutlich erhöhter Mortalität *Fick et al. 2002*

**Ein Delir verschlechtert die Prognose der Demenz
*Fick et al. 2002***

Nach 12 Monaten vermehrte Heimeinweisung bei Patienten mit Demenz und Delir *Siddiqi et al. 2006*

Internistische Notaufnahme-Patienten mit Demenz ohne Delir haben eine deutlich erhöhte KH-Mortalität (24% vs. 7,5%) *Sampson et al. 2009*



■ Unbekannte Umgebung

→ Versorgung zu Hause, Integrierte Versorgung

- **Hektik**
 - unbedingt Doppeluntersuchungen vermeiden
 - auch Routine-Untersuchung nach Indikation hinterfragen
- **Fehler**
 - Untersuchung nur, wenn daraus eine Konsequenz folgt
- **Wechsel**
 - Profitiert diese/r Patient/in davon?
 - Macht diese prophylaktische Maßnahmen Sinn?
- **Starre**
 - Abwägen potentiell positiver und negativer Folgen
- **Beurteilung**
 - Berücksichtigung der erhöhten Vulnerabilität
 - Re-evaluation dieser Entscheidungen

■ Diagnostische Untersuchungen

■ Therapien: Eingriffe, Medikamente

GISAD

Geriatrisch-Internistische
Station für Akuterkrankte
Demenzpatienten





Mitarbeiterbefragung *Dezember 2002*

Dr. N. Specht-Leible

Zustimmung zu folgen

„Verhaltensauffällige Patienten sind für den Stationsarzt im Alltag ein großes Problem.“

„Die Praxis der Betreuung verhaltensauffälliger Patienten geht zu im Bethanien KH muß dringend geändert werden.“

„Ich finde es oft, dass wir eigentlich die Verantwortung gar nicht übernehmen können.“



- **Sicherheit für die PatientInnen**
- **Mehr Sicherheit im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten**
- **Für die PatientInnen: Wertschätzung, Verständnis, Akzeptanz: "auffällig sein dürfen“, Geborgenheit, Vertrauen**
- **Reduktion des Psychopharmaka-Gebrauchs**
- **Entlastung der anderen Stationen im Haus sowohl für das Personal als auch für die anderen Patienten**
- **Bessere Einbeziehung der Angehörigen**

Patienten mit herausforderndem Verhalten im Rahmen einer Demenz und/oder Delir

- **Weglauftendenz**
- **Agitation**
- **Aggression**
- **Enthemmtes Verhalten**

- **Apathie**



- **GISAD als Teil einer geriatrisch-internistischen Station**
- **6 Betreuungsplätze (ein Vierbettzimmer, ein Zweibettzimmer, ein „Wohnzimmer“)**
- **Keine Aufstockung des Pflegepersonals**
- **2 x wöchentlich Musiktherapie**
- **3 x wöchentlich biographisch orientierter Gesprächskreis durch Psychologin**
- **2 Präsenzkräfte auf 400,- Euro Basis**

Hauptmerkmale der GISAD



- Halbgeschlossen
- Milieutherapeutische Gestaltung
- Tagesstrukturierung



ab 6:30 aktivierende Körperpflege
ab 8:30 gemeinsames Frühstück
ab 9:30 Pfl egetätigkeiten, Visite,
Einzel- und Gruppentherapien,
Angebote Präsenzkraft
12:00 Mittagessen und Mittagsruhe
ab 14:00 wechselnde therapeutische
Angebote 🎵 ♣️ 😊
18:00 Abendessen



- Schulung der Mitarbeiter
- Einbezug der Angehörigen

Förderung durch die MühlSchlegel Stiftung
in der Robert Bosch Stiftung →

- Intensives Schulungsprogramm
- Wissenschaftliche Begleitung



Hauptmerkmale der GISAD



- Halbgeschlossen
- Milieutherapeutische Gestaltung
- Tagesstrukturierung



ab 6:30 aktivierende Körperpflege
ab 8:30 gemeinsames Frühstück
ab 9:30 Pfl egetätigkeiten, Visite,
Einzel- und Gruppentherapien,
Angebote Präsenzkraft
12:00 Mittagessen und Mittagsruhe
ab 14:00 wechselnde therapeutische
Angebote 🎵 ♣️ 😊
18:00 Abendessen



- Schulung der Mitarbeiter
- Einbezug der Angehörigen

Förderung durch die MühlSchlegel Stiftung
in der Robert Bosch Stiftung →

- Intensives Schulungsprogramm
- Wissenschaftliche Begleitung

Hauptmerkmale der GISAD



- Halbgeschlossen
- Milieutherapeutische Gestaltung
- Tagesstrukturierung



ab 6:30 aktivierende Körperpflege
ab 8:30 gemeinsames Frühstück
ab 9:30 Pfl egetätigkeiten, Visite,
Einzel- und Gruppentherapien,
Angebote Präsenzkraft
12:00 Mittagessen und Mittagsruhe
ab 14:00 wechselnde therapeutische
Angebote 🎵 ♣️ 😊
18:00 Abendessen



- Schulung der Mitarbeiter
- Einbezug der Angehörigen

**Förderung durch die MühlSchlegel Stiftung
in der Robert Bosch Stiftung →**

- Intensives Schulungsprogramm
- Wissenschaftliche Begleitung



- **Schulungskonzept nach Carole Archibald**
 - **Übersetzung des Arbeitsbuchs ins Deutsche (KDA)**

- **Personenzentrierter Ansatz in Anlehnung an Kitwood**

- **Biografiearbeit, Validation**

- **Integration von Angehörigen als zentrales Stützsystem – Schulungs- und Reflexionsangebot**



"Du kannst nicht immer so arbeiten, wie Du es in den Schulungen gelernt hast, weil – oft geht hier so die Post ab, dass Du nur knapp das Nötigste erledigen kannst"

"Das ist ganz schön frustrierend, wenn Du nicht so schaffen kannst wie Du selber den Anspruch hast" .

"Die Pflege der Patienten mit Demenz kann auch eine Freude und eine Bereicherung sein"



Themen GISAD-intern (in 2 Gruppen)

- **Pflegephilosophie/Pflegeleitbild**
- **Biomedizinische und neuropsychologische Grundlagen der Demenzen**
- **DD Delir/Demenz, Assessmentmethoden**
- **Schmerzen bei Menschen mit Demenz**
- **Arbeit mit Angehörigen**
- **Kommunikation mit Menschen mit Demenz**
- **Essen und Trinken**

Akademie-Angebot

- **Personenzentrierter Ansatz nach Kitwood**
- **Integrative Validation nach Richard**
- **Basale Stimulation**
- **10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg**
- **Ernährung bei Menschen mit Demenz**
- **Alte Menschen mit Gewalterfahrung**



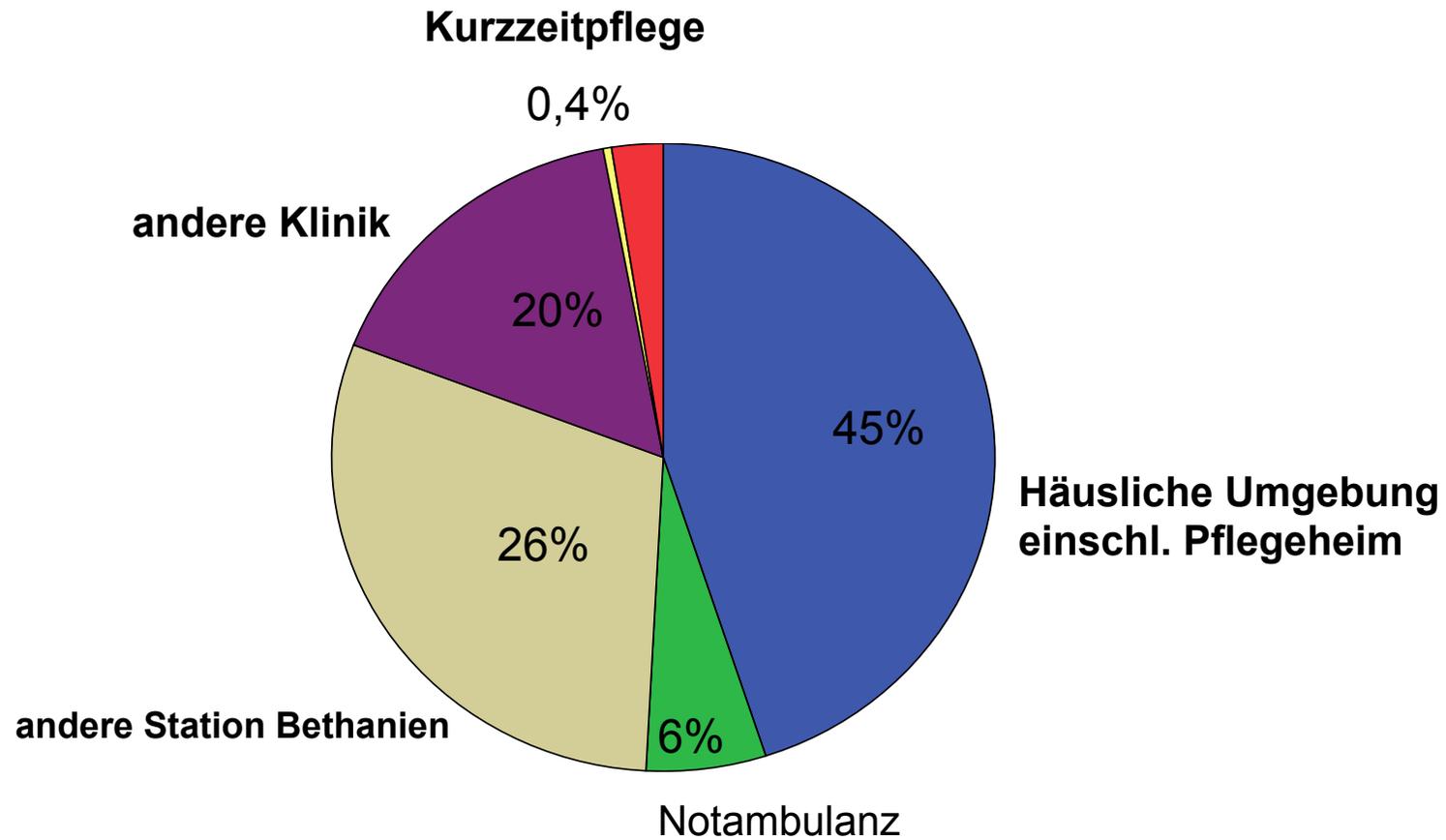
Methodik:

- **Fragebögen für Personal**
- **Patientendaten**
 - **Vergleich prä-/postinterventionell**
 - **Vergleich mit Literaturdaten**



332 PatientInnen (11 / 2004 – 04 / 2007)

- **71% Frauen, 82 ± 7 Jahre alt**
- **86% Demenz**
- **59% Delir**
- **27% positive Sturzanamnese**
- **23% Pflegeheimbewohner**



Diagnosen



Demenz	86%
Delir	59%
Delir bei Demenz	49%
Depression	12%
Herzerkrankung	67%
Diabetes mellitus	32%
Stürze	28%
Apoplex	22%
Exsikkose	14%
Anfallsleiden	7%
Parkinson	7%
Atemwegserkrankung	8%

Durchführbarkeit :

Verlegung in Gerontopsychiatrie: 6 Pat.

mittlere Liegedauer $15,3 \pm 8,3$ Tage

**zusätzliche Personalkosten 1800 Euro pro Monat
(12 Euro pro Patiententag)**

Patientensicherheit:

Krankenhaus-Mortalität: 6% (12,5% im Akut-KH)

5,2 - 17% KH-Mortalität für Pat mit Demenz

Fields et al. 1986; Lyketsos et al. 2000

14,5 - 37% KH-Mortalität für Pat mit Delir

Siddiqi et al. 2006

Sturzrate: 25%, 2 Pat. mit Fraktur

20% Sturzrate bei älteren KH-Pat

Cummings et al. 2008; Vassallo et al. 2003

14,3% auf geriatrischen Station mit 1,1% Frakturrate

von Renteln-Kruse et al. 2007

Zieschang et al. Int Psychoger 2010



Behandlungsergebnisse:

	Aufnahme	Entlassung	
ADL (Barthel), n=284 Median (Spannweite)	30 (0-100)	45 (0-100)	p<0.001 (Wilcoxon signed rank-test)
Mobilität (Tinetti), n=278 Median (Spannweite)	11 (0-28)	15 (0-28)	p<0.001 (Wilcoxon signed rank-test)
Verhalten (n=270) Wandering, (n, %) Aggression, (n, %) Agitation (n, %)	135 (50%) 39 (14%) 134 (50%)	86 (32%) 15 (6%) 71 (26%)	p<0.001 (McNemar-test)
Stationäre Pflegebedürftigkeit (n, %)	76 (23%)	113 (34%)	



Behandlungsergebnisse:

**Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten
Verbesserung Barthel und Tinetti
nur 8,5% der Pat. funkt. Verschlechterung**

12% Verschlechterung *Covinsky et al. 2003*

13 % im Delirium Room *Flaherty et al. 2003*

Institutionalisierung: 21%

13-22% ältere Pat *Brown et al. 2004; Landefeld et al. 1995*

55% Pat mit Delir, geriatrische Station *Pitkälä et al. 2005*

65% Delirium Room *Flaherty et al. 2003*

18% Spezialstation in Toulouse *Soto et al. 2007*

Zieschang et al. Int Psychoger 2010

- **Verbesserung der stationären Versorgung von verhaltensauffälligen Patienten**
- **Entlastung von Personal und Mitpatienten**

ABER

- **Hohe Dichte an schweren Verhaltensauffälligkeiten**
- **Weniger „störende“ Pat nicht berücksichtigt**
- **Keine 24-Stunden Betreuung**
- **Abrechnungsmodalitäten ungeklärt**



- **Erweiterung der GISAD**
 - **8 weitere Betten zugesagt**
 - **Ziel: 20 Betten**
 - **Verbesserte Architektur**
 - **Technik (Sensormatten, Videoüberwachung)**

- **Gerontopsychiatrische Ausbildung einiger Pflegekräfte**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



- E. Müller, I. Dutzi, U. Hestermann, P. Oster, N. Specht-Leible, T. Zieschang. Herausforderung für die Pflege: Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Bericht über das Interventionsprojekt „Geriatrisch-internistische Station für akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)“. *Pflege & Gesellschaft* 2008; 4: 321-336.
- T. Zieschang, I. Dutzi, E. Müller, U. Hestermann, N. Specht-Leible, K. Grünendahl, A. Braun, D. Hüger, P. Oster. Die Geriatrisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD) als Innovatives Versorgungsmodell. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2008; 41: 453-460.
- T. Zieschang, I. Dutzi, E. Müller, U. Hestermann, K. Grünendahl, A.K. Braun, D. Hüger, D. Kopf, N. Specht-Leible, P. Oster. Improving Care for Patients with Dementia Hospitalized for Acute Somatic Illness in a Specialized Care Unit: a Feasibility Study. *International Psychogeriatrics* 2010;22:139-146.