

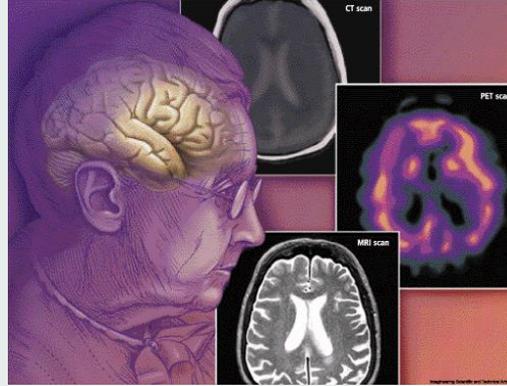


**TAG DER OFFENEN TÜR 19.10.2019**

TEAM AKUTGERIATRIE SOH UNTER DER LEITUNG  
VON FRAU DR. MED. VESNA STOJANOVIC

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler **so** **H**



# ICH BIN VERGESSLICH...

ABKLÄRUNG IN DER MEMORY CLINIC SOH

V. Stojanovic – Akutgeriatrie SoH  
S. Frigerio – Neurologie SoH

**19.10.2019**





# DEMENZ DEFINITION

- Lat. Dementia, von de mente = ohne Geist
- Störung der Leistungsfähigkeit des Gehirns durch Abbau der kognitiven Fähigkeiten
- Langsam progredient
- In der Folge Verlust der Alltagskompetenzen und Persönlichkeitszerfall

# DEMENZ „EINE EPIDEMIE“

- Alle 4s wird ein neuer Demenz-Fall in der Welt diagnostiziert
- Alle 67s erkrankt jemand in der USA an Alzheimer
- Schweiz:
  - Aktuell: 148'000 → bis 2030: + 43%
  - Jährlich: 28'000
  - SO: 4'000

# INZIDENZRATEN VON DEMENZ BEI ÄLTEREN MENSCHEN

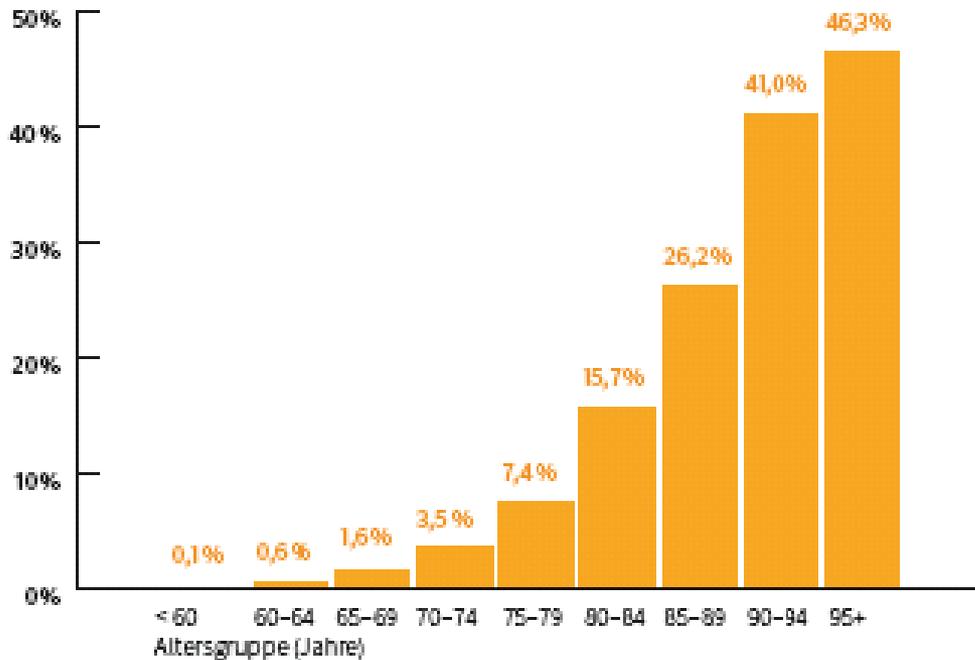
Jährliche Neuerkrankungen an Demenz pro 100 Personen

Mittlere Inzidenzrate pro Jahr

60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
0.1	0.33	0.84	1.82	3.36	5.33	8.0	(Welt)
0.3	0.8	1.8	3.5	6.9	9.7	10.9	(F/CH)
0.3	0.7	1.7	3.0	5.2	7.6	9.9	(M/CH)

Quellen: Gao et al. 1998, Ziegler, Doblhammer 2009

# HÄUFIGKEIT DER DEMENZ



Quelle: Prevalence of dementia in Europe. Luxembourg, Alzheimer Europe 2013; Weira et al, Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2013

# KOSTEN DER DEMENZ-ERKRANKUNGEN

- Direkte Kosten: 3.5 Milliarden CHF
  - Direkte Kosten/Heime 47%
- Indirekte Kosten: 2.8 Milliarden CHF
  - Indirekte Kosten/Pflege und Betreuung durch Angehörige 44%
  - Memory Clinic (0.1%), Spital (3%), Spitex (5%), Hausarzt (0.8%)

# KOSTEN DER DEMENZ-ERKRANKUNGEN

- Betreuung zu Hause kostet CHF 55'301 pro Person/Jahr
- Betreuung im Heim kostet CHF 68'891 pro Person/Jahr
- Die Kosten steigen mit Schweregrad der Demenz
- Die Kosten zu Hause werden von den Angehörigen getragen

# Nationale Demenzstrategie 2014–2019

Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

Gesundheit | Santé  
Sanità | Sañedad 2020



SRG Schweizerische Radio- und Fernsehgesellschaft  
RSR Confédération suisse des Radios et Télévisions  
CSG Conferenza svizra delle Radios e Televisioni

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler **so** **H**

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler 

# DEMENZ, WAS IST DAS?

»demens«:

lateinisch: «ohne Geist»; unvernünftig, wahnsinnig

Hauptmerkmal: Verschlechterung von geistigen (kognitiven) Fähigkeiten

Chronische und im Verlauf zunehmende Erkrankung

Es kommt zu zunehmenden Einschränkungen im Alltag

# AUSWIRKUNG AUF DEN ALLTAG

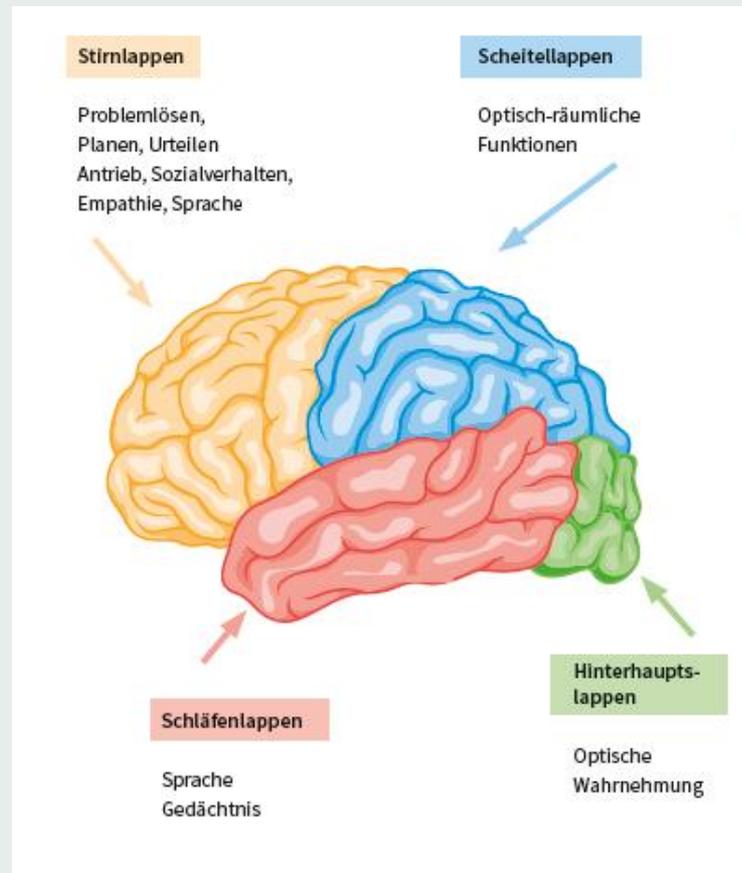


# DEFINITION

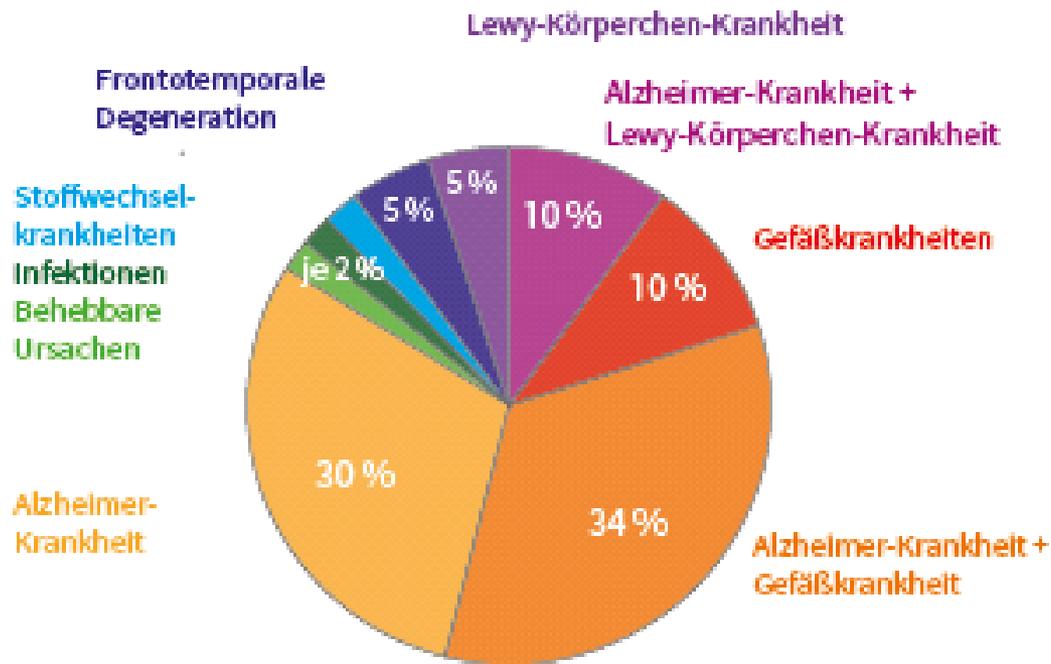
## Definition nach ICD-10

- Erworbene Störung der Kognition
- Folge einer fortschreitenden Erkrankung des Gehirns
- Betroffen sind
  - Gedächtnis +
  - 1 weiterer Bereich der Kognition (Aufmerksamkeit, Auffassung, Denken, Planen, Urteilsvermögen, Orientierung, Rechnen, Sprache)
- Störung auf Verhaltens- und emotionaler Ebene
  - Emotionale Kontrolle
  - Sozialverhalten
  - Antrieb
- Ausschluss eines Delirs
- Dauer mindestens 6 Monate
- Symptome sind so stark, dass Alltagskompetenzen beeinträchtigt sind

# MÖGLICHE SYMPTOME BEI DEMENZ



# URSACHEN DER DEMENZ



Quelle: Schneider et al., Neurology 69: 2197-2204, 2007

# DEMENZ ARTEN

## Alzheimer Demenz (50-60 % der Fälle)

Meist früh Merkfähigkeitsstörungen,  
Orientierungsprobleme,  
häufig begleitende Depression

## Vaskuläre Demenz (ca. 5-20 % der Fälle)

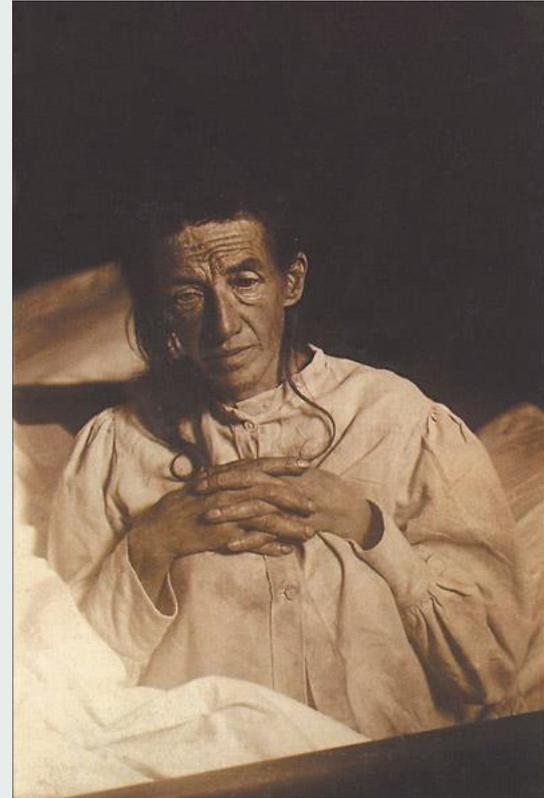
zB. nach Schlaganfall, „stufenweiser“  
Verlauf

## Mischform (10-15%)

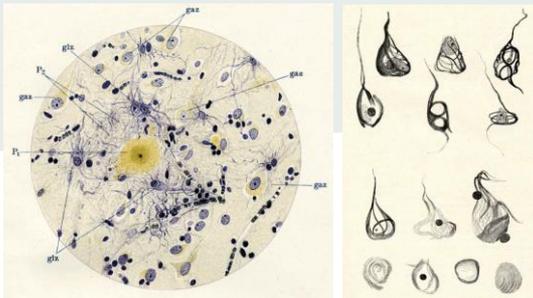
# M. ALZHEIMER



A. Alzheimer (1854-1915)



A. Deter (1850-1906)  
„Ich habe mich verloren.“



# M. ALZHEIMER

- Häufigste Demenzform:
  - 60-80% aller Demenzen im Alter (>65 Jahre)
- Hauptmerkmal:
  - frühe und stark ausgeprägte Gedächtnisstörung

(Frischgedächtnis)

- Frühe und späte Form
- Langsamer und rascher Verlauf
- Pathologie: Neurodegenerative Prozesse im Hirn



# DEMENZ MIT LEWY-KÖRPER



Friedrich Lewy, 1858-1950

# DEMENZ MIT LEWY-KÖRPER

Ca.15% aller Demenzfälle (dritthäufigste Ursache)

„Lewy Körper“

Über 1 Million Betroffene weltweit

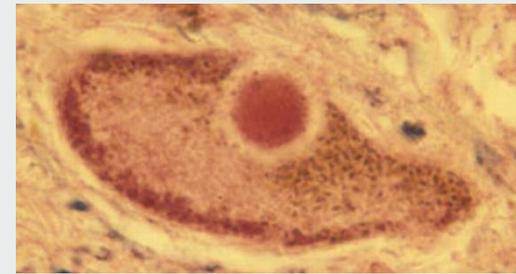
Männer häufiger betroffen

Beginn meist > 50 Lebensjahr

Progredienter Verlauf

Krankheitsdauer 5-7 Jahre

(2-20 Jahre möglich)



# DEMENZ MIT LEWY-KÖRPER

## Hauptzeichen

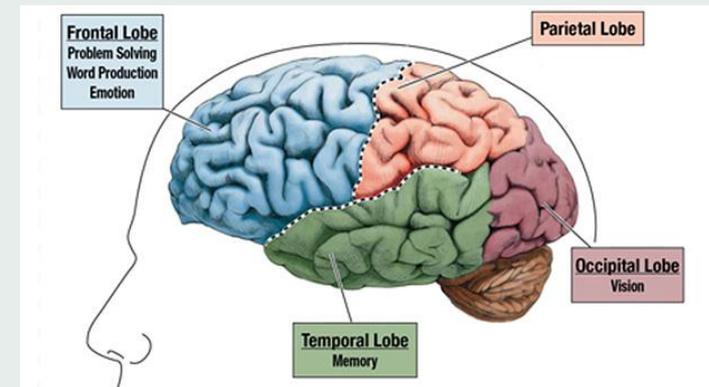
Störungen v.a. der Aufmerksamkeit

Störung der visuellen Wahrnehmung

- Auch parkinsonartige Bewegungsstörungen
- Stark schwankende Befunde
  
- 80% visuelle Halluzinationen
  
- Anfänglich oft gut erhaltenes Gedächtnis

# FRONTOTEMPORALE DEMENZEN

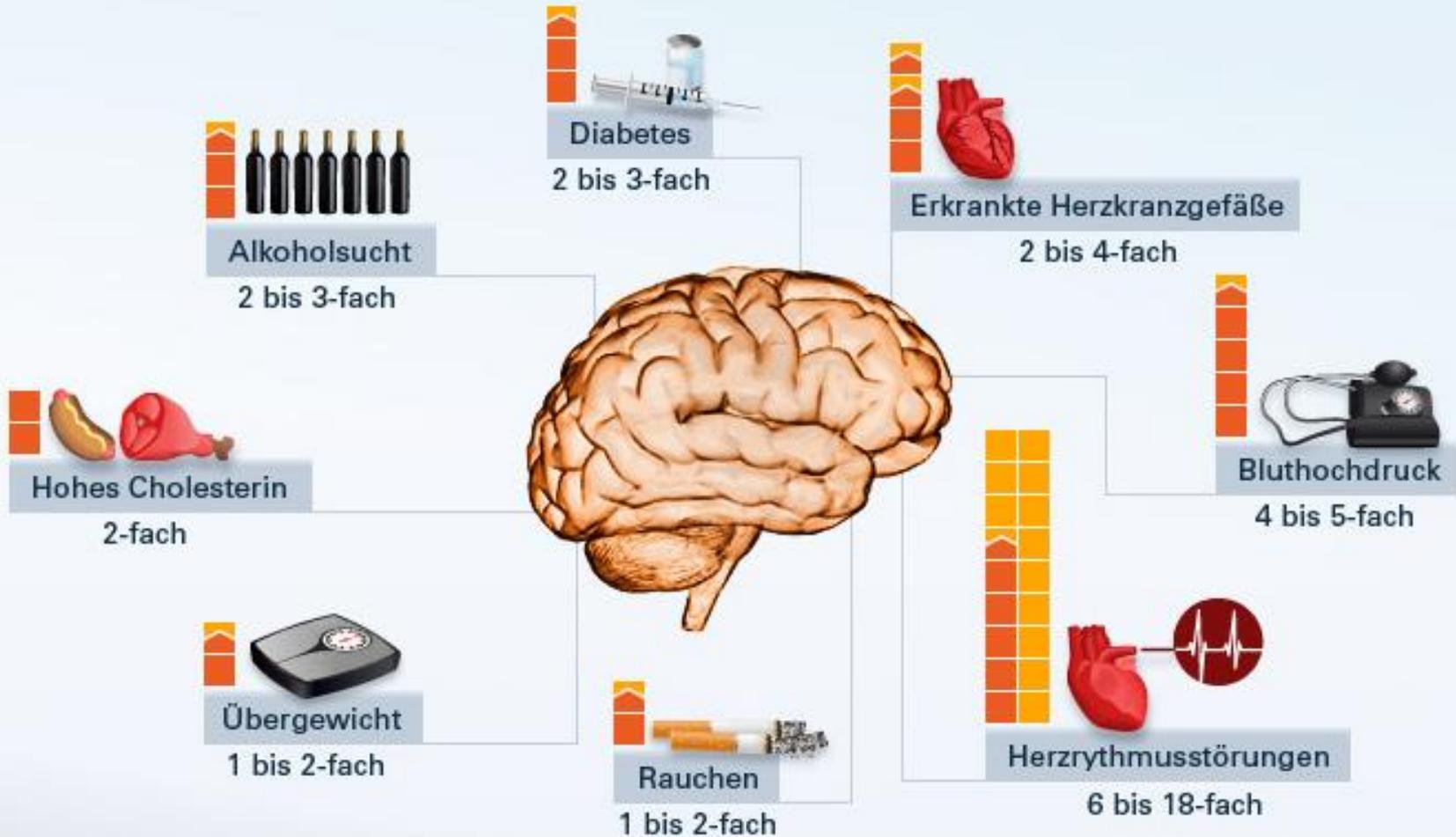
- Degeneration Stirnlappens
- Oft früher als Alzheimer Krankheit (ca. 50-65 Jahre oder früher)
- familiäre Häufung
- meist früh Verhaltensauffälligkeiten, frühe Distanzlosigkeit, Veränderung des Ess-Hygieneverhaltens



# VASKULÄRE DEMENZEN

- Prävalenz min. 10% (zweithäufigste Ursache > 65 Jahre)
- Häufig zusammen mit Alzheimer Krankheit („gemischte Demenz“)
- Hauptzeichen:
  - Variabel je nach betroffenen Hirnregionen (neurologisch-somatische Ausfälle)
- Verlauf mit abrupten Verschlechterungen

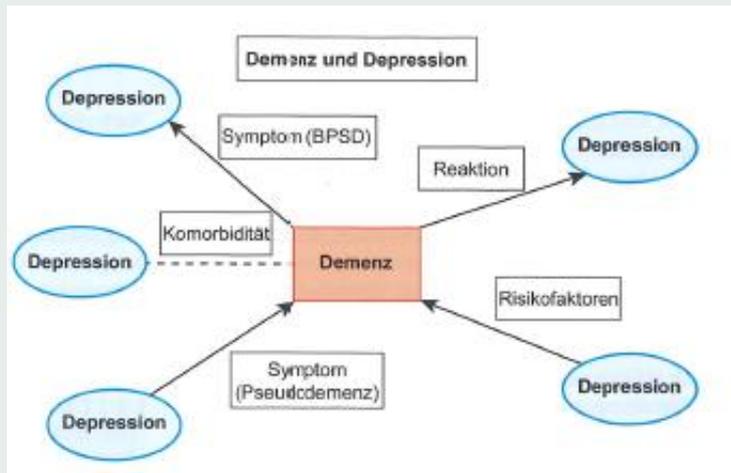
# VASKULÄRE DEMENZEN



# „DEMENZ“ ALS BEGLEITERKRANKUNG ?

Störung der geistigen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer Depression

Stoffwechselstörung (Schilddrüsenerkrankung)



# DIAGNOSEKRITERIEN

## **Chronisch oder fortschreitende Störung von**

Gedächtnis  
Orientierung  
Auffassungsgabe  
Rechnen  
Sprache, Sprechen  
Lernfähigkeit  
Etc...

## **Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, der Motivation**

# SCREENING BEIM HAUSARZT

## **Ärztliches Gespräch**

Spezifische Fragen zur Hirnleistung  
Fokus auf neu aufgetretene Probleme

## **Kurzer Test**

Uhrentest, MMSE, DemTect, etc.

## **Interview des/der Angehörigen**

– Standardisierter Fragebogen (z.B. IQCODE)

# WAS MACHEN WIR IN DER MEMORY CLINIC

Abklärung von Menschen jeden Alters mit subjektiven Einbussen der geistigen Leistungsfähigkeit, wie z.B.:

Einer Vergesslichkeit  
Von Konzentrationsschwierigkeiten  
Von sprachlichen Schwierigkeiten  
Von emotionale Veränderungen  
.....

# MEMORY CLINIC SOH

## 4 FACHBEREICHE

### Altersmedizin (Geriatric)

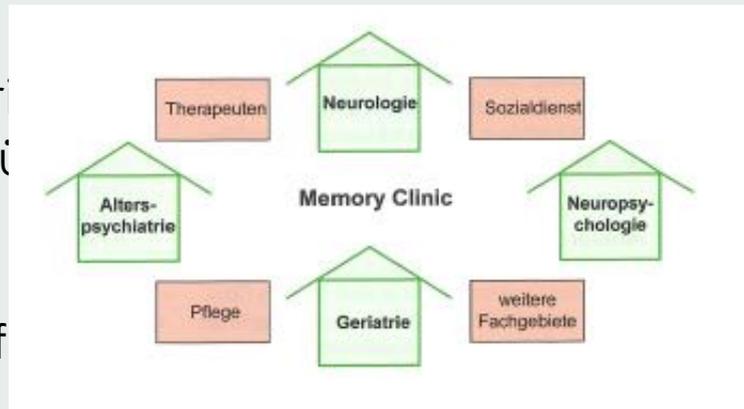
Dr. V. Stojanovic und Team Altersmedizin SoH

### Neurologie

Dr. S. Fr  
Dr. R. B

### Psychiatrie

Prof  
BSS, KSO



SO  
S

atrie KSO,

### Neuropsychologie BSS, KSO, KPK

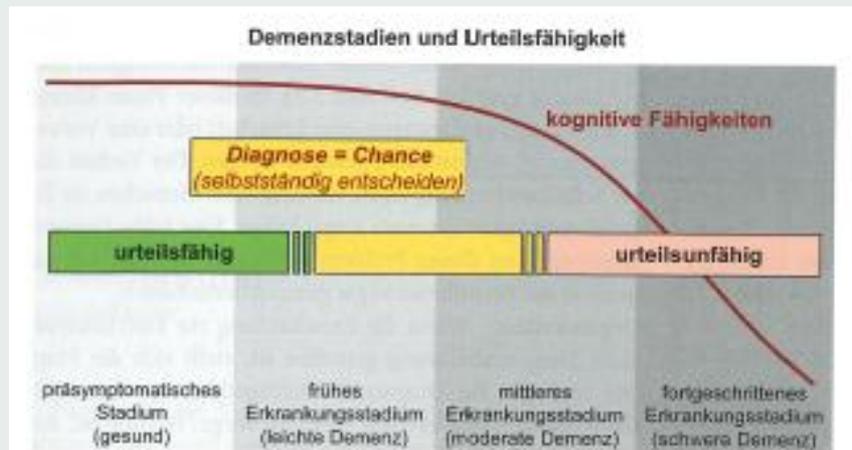
Frau S. Straubhaar, Herr Jan Roloff

# ABKLÄRUNG IN DER MEMORY CLINIC

Die richtige Diagnostik zum richtigen Zeitpunkt

Passende Therapie- und Betreuungsangebote  
interdisziplinär evaluieren

Multimodale Demenzdiagnostik



# ABKLÄRUNG IN DER MEMORY CLINIC

**Ärztliche Untersuchung (Neurologie / Geriatrie / Psychiatrie)**

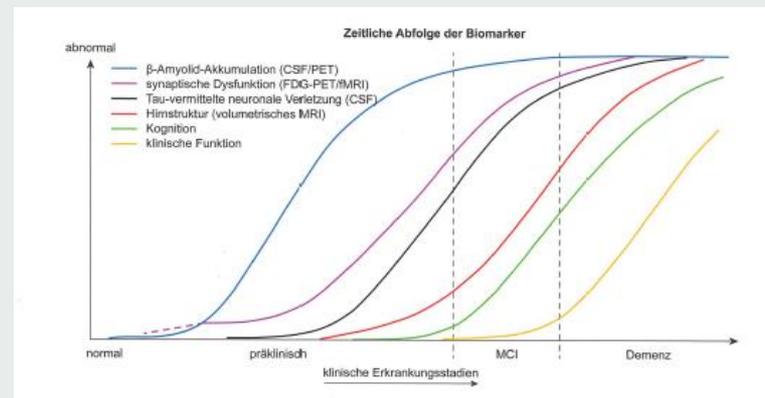
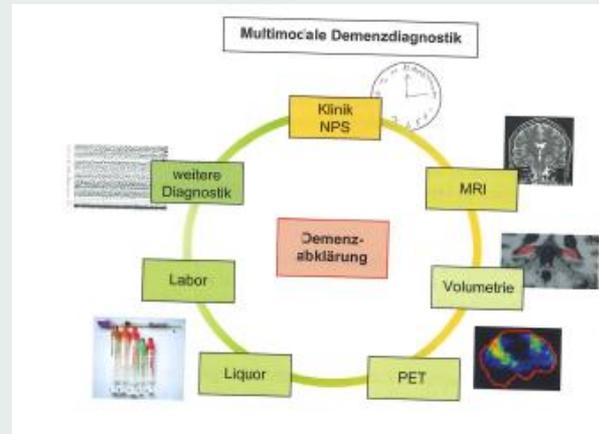
Apparative Zusatzuntersuchung

- Hirn MRI
- Blutentnahme
- Ggf. Elektroencephalographie

**Neuropsychologische Untersuchung**

In der Regel 3 Termine

# ZUSATZUNTERSUCHUNGEN DEMENZDIAGNOSTIK



# HIRN MRI BEI VERGESSLICHKEIT

Kann unauffällig sein

Kann strukturelle Auffälligkeiten zeigen (Narben, Durchblutungsstörung, Hirnvolumenverlust= Atrophie)

Manchmal im Verlauf Wiederholung notwendig



# ZUSATZUNTERSUCHUNG: LABOR

## Ausschluss von beeinflussenden Begleiterkrankungen

Stoffwechsel (Diabetes mellitus ?, ..)

Entzündungszeichen ?

Infektion ?

Intoxikation ?

Vitaminmangelsyndrom ?

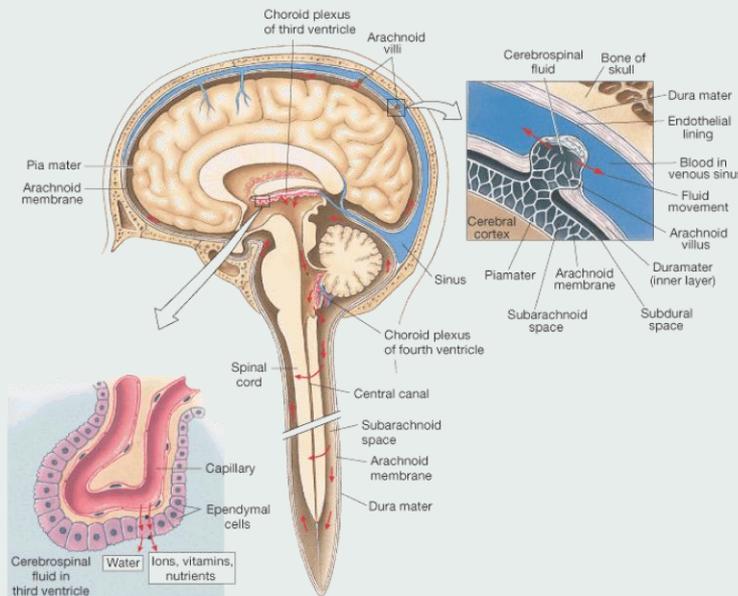
....

# ZUSATZUNTERSUCHUNG LIQUORPUNKTION

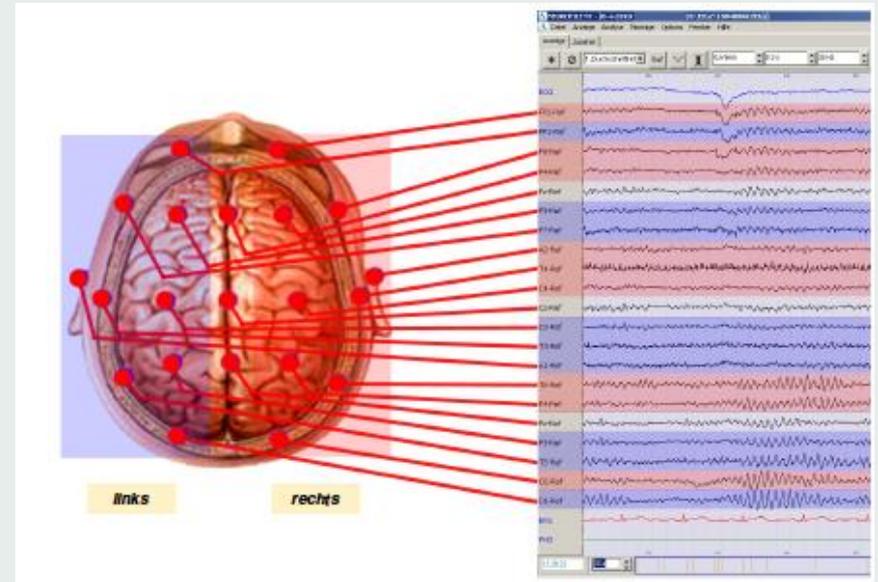
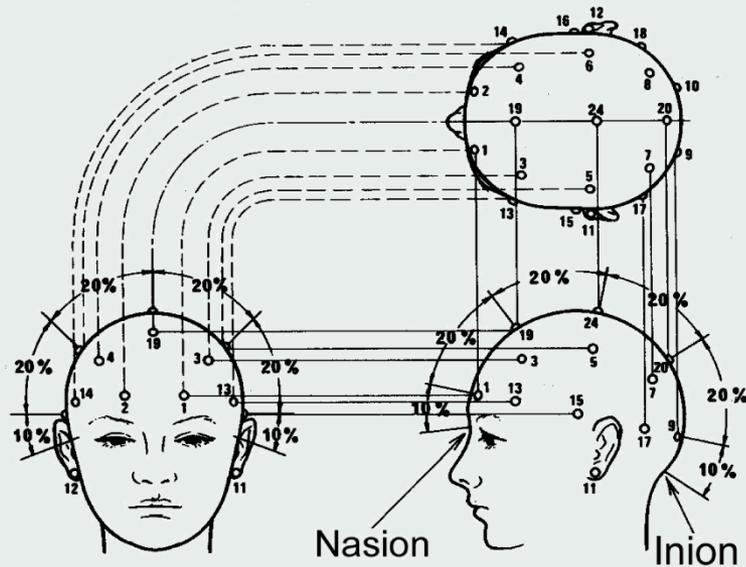
Nur in ausgewählten Fällen

Entzündungen ?  
Infektionen?

Bestimmung der  
Demenzmarker



# ZUSATZUNTERSUCHUNG EEG



In ausgewählten Fällen

Hirnfunktionsstörung ?

Epilepsietypische Potentiale ?

# NEUROPSYCHOLOGIE

Detaillierte Untersuchung der einzelnen Funktionen der Kognition

Gedächtnis

Aufmerksamkeit

Planung

Sprache

....

# ABKLÄRUNG IN DER MEMORY CLINIC –WANN SINNVOLL?

Subjektiv störende Beschwerden!

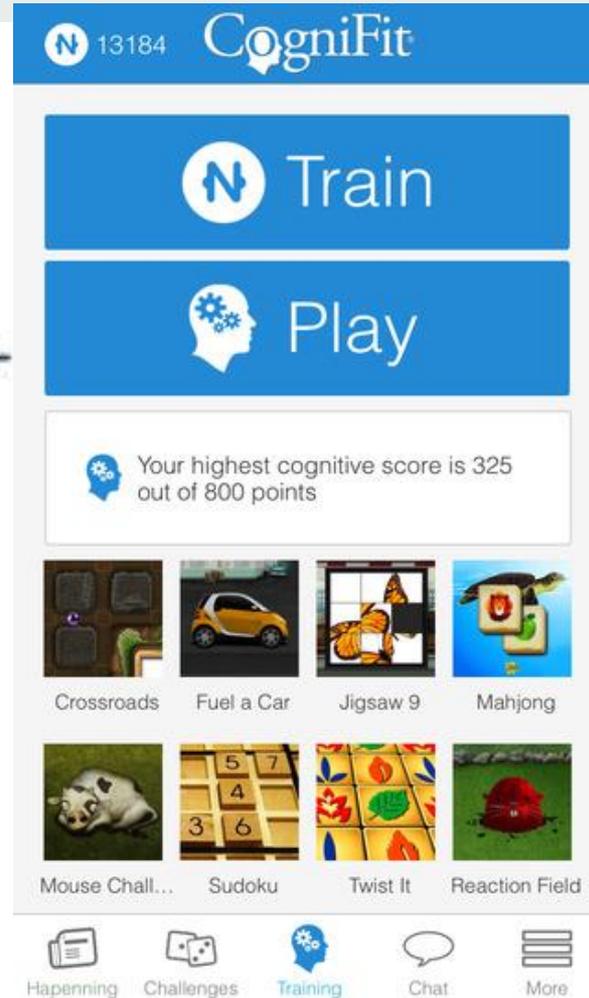
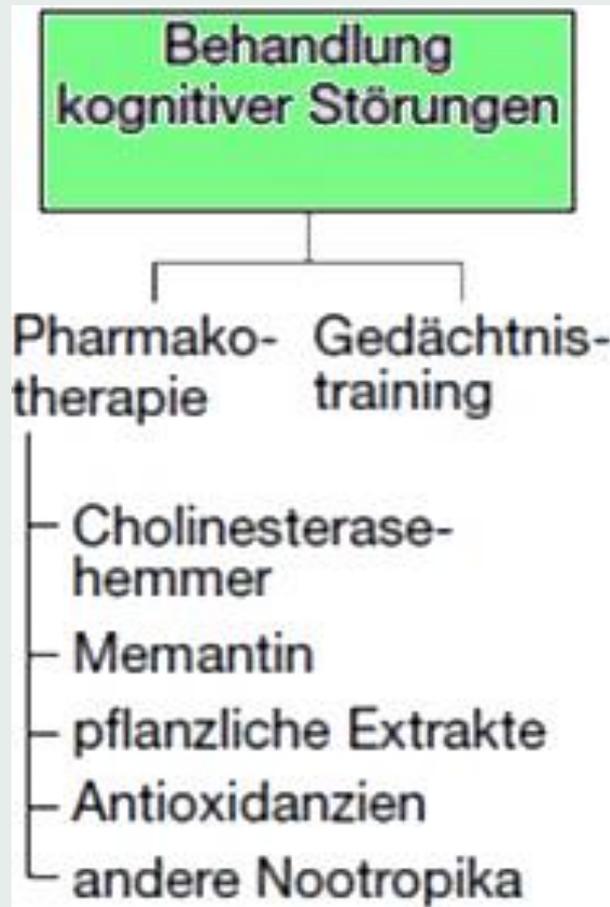
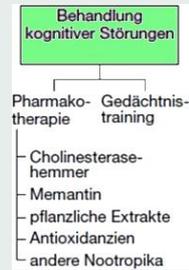
Konsultieren Sie zuerst Ihren Hausarzt und besprechen Sie Ihre Beschwerden !

Standortbestimmung

Fahreignung



# BEHANDLUNG KOGNITIVER STÖRUNGEN



# RICHTLINIEN DER MEDIKAMENTÖSEN BEHANDLUNG IM ALTER

- Möglichst mit Monotherapie anfangen
- Niedrige Anfangsdosierung
- Langsam aufdosieren
- Medikamenteninteraktionen beachten
- Komorbiditäten beachten
- Veränderten Metabolismus beachten
- Regelmässige Überprüfung der Indikation

# WIRKPRINZIP ACETYLCHOLINESTERASEHEMMER MEMANTINE

## Acetylcholin - Parasympathikus und Kognition

- nebst Glutamat wichtiger „Lernprozessor“

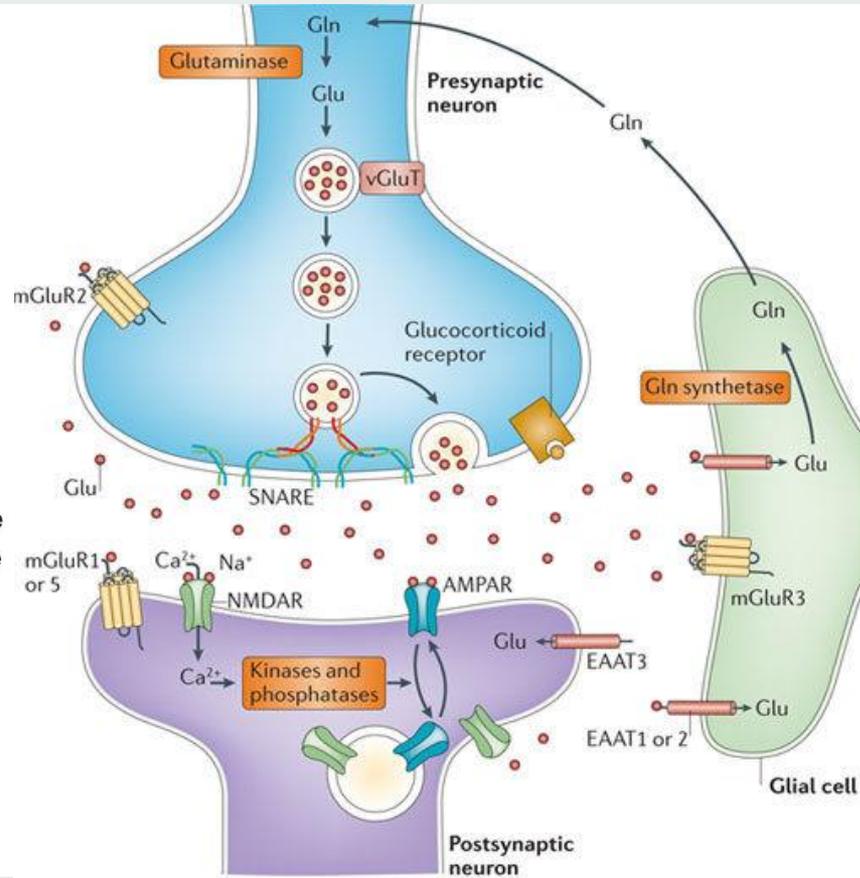
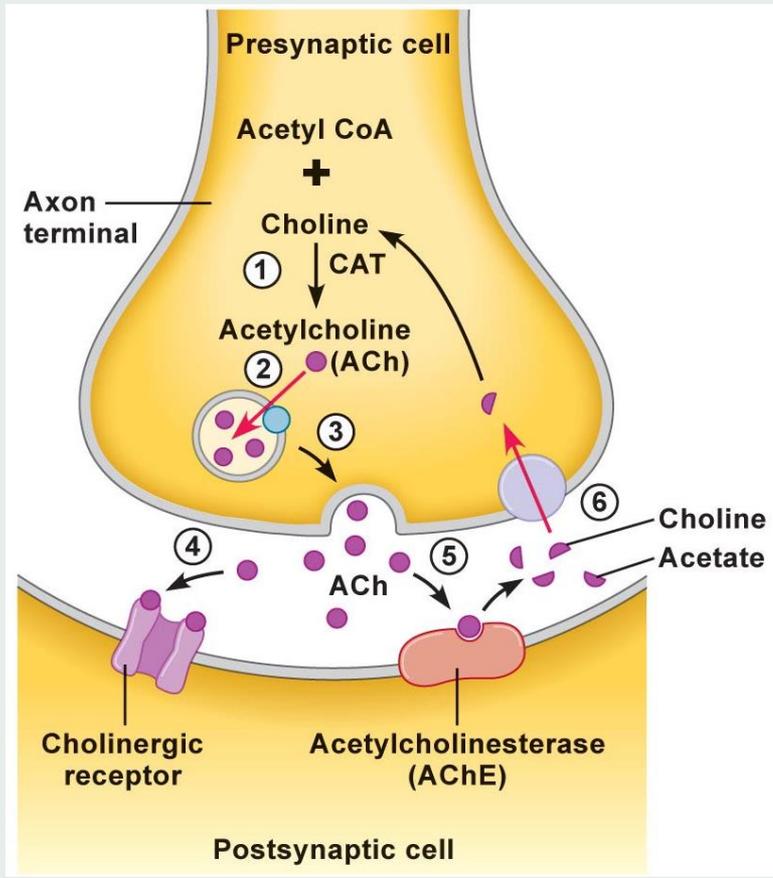
## Anticholinergika

- Hirn: Delir
- Herz: Hypertonus, Tachykardie / Arrhythmie
- Auge: Mydriase
- Anderes: Blasenatonie, Mundtrockenheit, Obstipation

## Memantine (Glutamat-Rezeptor (NMDA)- Antagonist)

- Bei Demenz erhöhte Glutamatkonzentration im synaptischen Spalt
- Erhöhter postsynaptischer Ca-Einstrom
- Neurodegeneration

# WIRKPRINZIP ACETYLCHOLINESTERASEHEMMER MEMANTINE



# ACETYLCHOLINESTERASEHEMMER

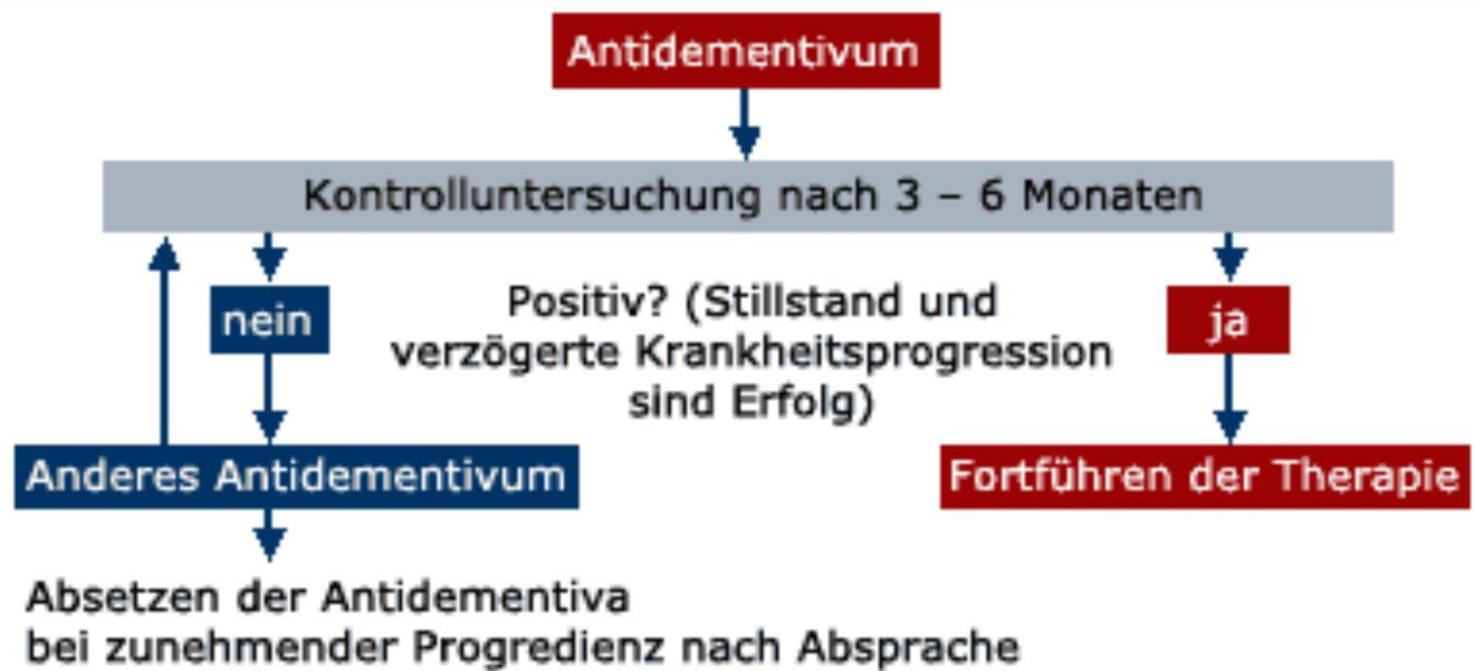
	Placebo	Donepezil (Aricept®) 5–10 mg	Galantamin (Reminyl®) 16 or 24 mg	Rivastigmin (Exelon®) 6–12 mg
<b>Übelkeit</b>	6-12%	14%	24%	47%
<b>Erbrechen</b>	3-6%	8%	13%	31%
<b>Diarrhoe</b>	4-11%	12%	9%	19%

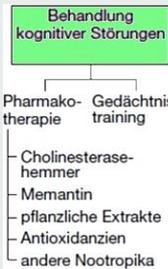
## Bradykardie, Synkopen

- signifikant häufigere Krankenhaus-Aufnahme unter AChE-Inhibitoren wegen
  - Synkope (Risikoerhöhung: 1.76)
  - Bradykardie (Risikoerhöhung: 1.69)
- leicht erhöhtes Risiko für Herzschrittmacherimplantation und Schenkelhalsfrakturen

# KONTROLLEN BEI EINSATZ VON ANTIDEMENTIVA

## Ärztliches Vorgehen bei Medikation mit Antidementiva





# ANWENDUNG VON MEMANTIN / ACETYLCHOLINESTERASEHEMMER

## Acetylcholinesterase-Hemmer

- werden bei der **leichten bis mittelschweren** Alzheimer-Demenz **empfohlen** (*Empfehlungsgrad B*)

## Memantine

- wird bei Patienten mit **moderater bis schwerer** Alzheimer-Demenz **empfohlen** (Empfehlungsgrad B)
- wird bei Patienten mit **leichter** Alzheimer-Demenz **nicht empfohlen** (*Empfehlungsgrad A*)

## Ginkgo-Präparate

- bei Fehlen einer überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit wird der Einsatz bei AD **nicht empfohlen** (*Empfehlungsgrad A*)

# FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- AChE-I **können** bei guter Verträglichkeit im leichten bis mittelschweren Stadium fortlaufend gegeben werden (*Empfehlungsgrad B*)
- Die **Wirkung ist dosisabhängig**
  - Donepezil ab 5 mg
  - Galantamin ab 16 mg
  - Rivastigmin ab 6 mg oral und 9,5 mg/24h und 13.3 mg/24h TTS
- Es soll die **höchste verträgliche Dosis** angestrebt werden (*Empfehlungsgrad A*)

# BEHANDLUNG VON VERHALTENS- AUFFÄLLIGKEITEN



## Antidepressiva bei Alzheimer Demenz

- ohne Wirksamkeit bei erhöhtem Nebenwirkungs-Risiko

## Verhaltens- / Aktivierungstherapie bei Alzheimer Demenz

- gute Wirksamkeit auch bei starken Verhaltensauffälligkeiten

# PSYCHOEDUKATION

## Psychoedukation

- Patient und Angehörige
- Information
  - Beratung
    - medizinisch
    - sozial, finanziell
    - juristisch
  - konkrete Betreuung/Entlastung

Thema 1

11 JA STIMMT WAS NICHT?

12 NEUZEITUNG: WICHTIGSTE FRAGEN IM ALZHEIMER

- Darauf vorbereitet können
- Unterlass für eine Neugestaltung aller relevanten Lebensaspekte
- Trennung von Freizeitaufgaben vermeiden
- Absicherung und Ausbau des existierenden Hilfennetzes



Verändertes Verhalten und kognitive Leistungsfähigkeit

von Hendrik Dohmeier

Thema 2

11 JA STIMMT WAS NICHT?

12 NEUZEITUNG: WICHTIGSTE FRAGEN IM ALZHEIMER

Änderung des gewohnten Verhaltens

Vernachlässigen oder das Aufgeben von Hobbies



"Was stimmt da nicht?"

von Hendrik Dohmeier

Thema 1

11 THEMEN MIT AKZENT & TESTVERFAHREN

12 NEUZEITUNG: WICHTIGSTE FRAGEN IM ALZHEIMER

- Genetisch aktiver Hausarzt
- Neuropsychologische (psychometrische) Test
- Laboruntersuchungen, bildgebende Analysen
- Ausschlussdiagnose



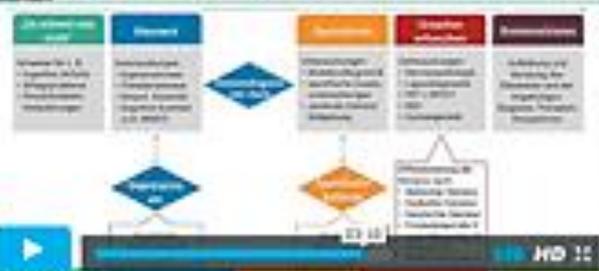
Thema 1 - Zusammenarbeit mit Ärzten

von Hendrik Dohmeier

Thema 2

11 THEMEN MIT AKZENT & TESTVERFAHREN

12 NEUZEITUNG: WICHTIGSTE FRAGEN IM ALZHEIMER



Thema 2 - Der Diagnose-Prozess

von Hendrik Dohmeier

Thema 3

11 THEMEN MIT AKZENT & TESTVERFAHREN

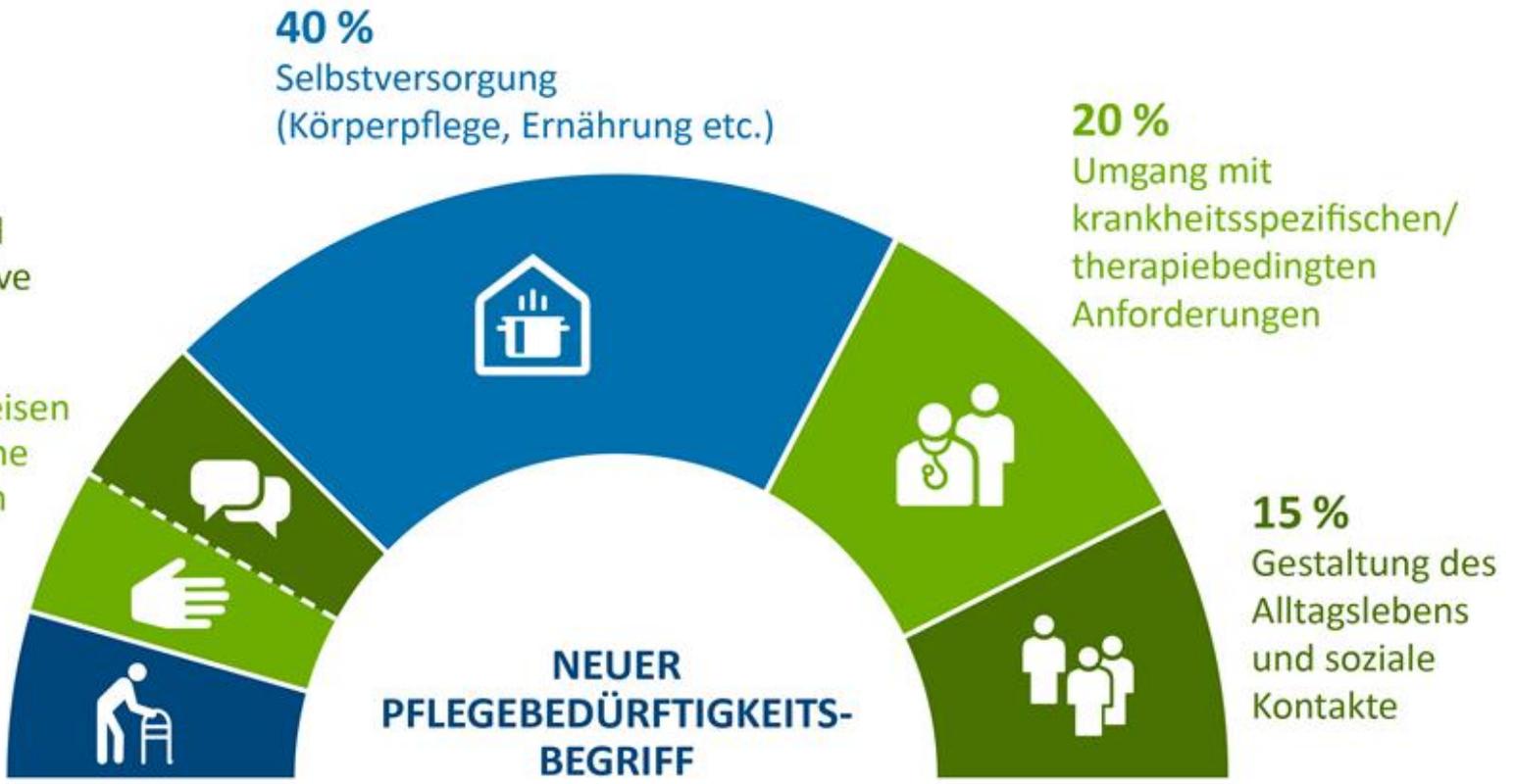
12 TESTVERFAHREN



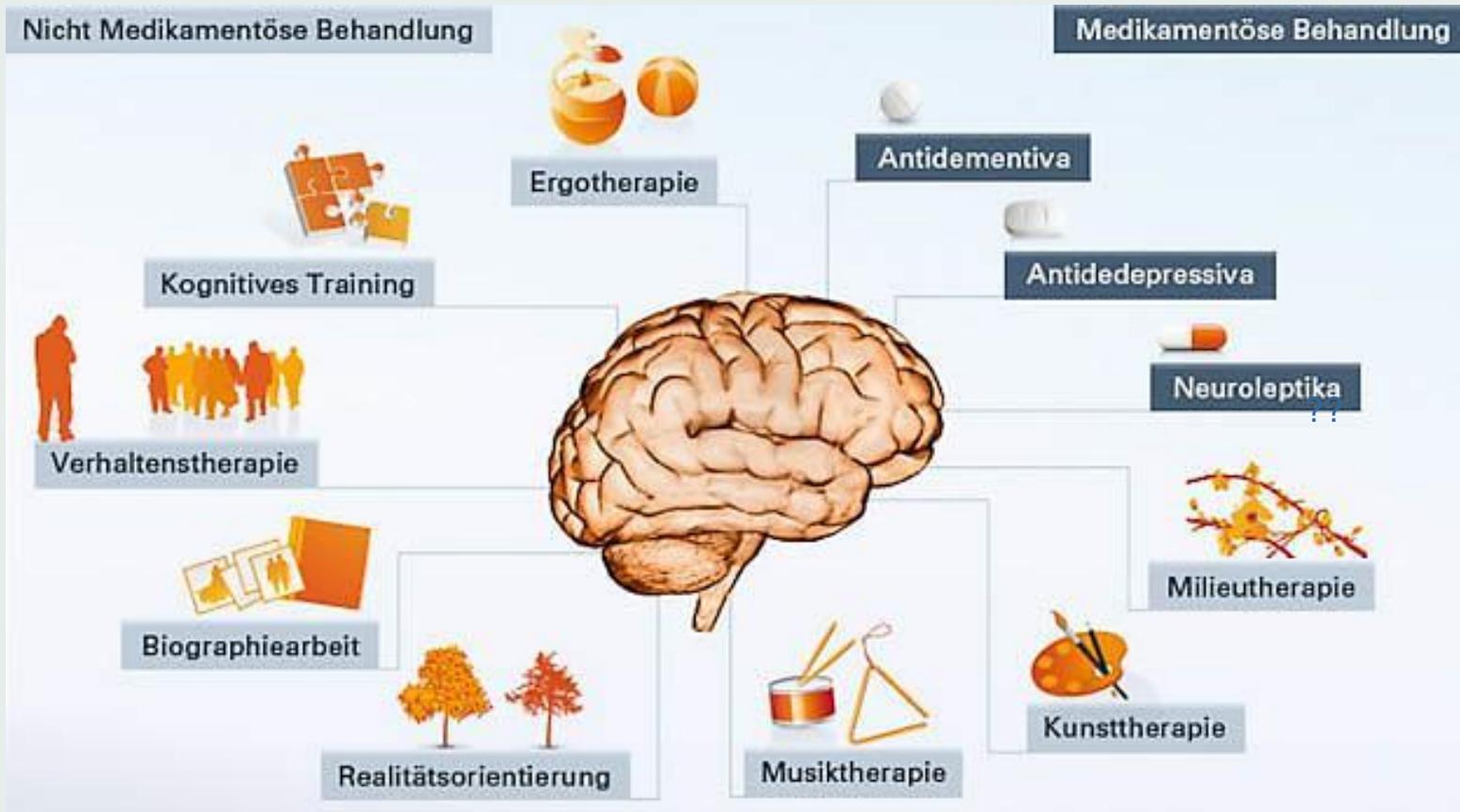
Thema 3 - Testverfahren

von Hendrik Dohmeier

# DEMENZ - WICHTIGER FAKTOR EINER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT



# ANDERE THERAPIEN BEI DEMENZERKRANKUNGEN





# CLINICAL TRIALS RESULTS AND NEW DATA ANALYSES IN AMYLOID-RELATED THERAPIES

1. A new «delayed-start» analysis of negative Phase 3 clinical trials of **solanezumab** (Lilly) which suggests that the drug may slow the progression of mild Alzheimer's disease
2. A biomarker-only analysis of a discontinued Phase 3 clinical trial of **gantenerumab** (Roche) and **bapineuzumab** that shows the drug engaged its target in the brain and generated positive biological changes
3. New data from PRIME, the Phase 1b study of **aducanumab** (Biogen)

# Aducanumab (BIIb037), an Anti-Amyloid Beta Monoclonal Antibody, in Patients With Prodromal or Mild Alzheimer's Disease:

## Interim Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase Ib Study

Jeff Sevigny,<sup>1</sup> Ping Chiao,<sup>1</sup> Leslie Williams,<sup>1</sup> Tianle Chen,<sup>1</sup> Yan Ling,<sup>1</sup> John O'Gorman,<sup>1</sup> Jim Ferrero,<sup>1</sup> Alvydas Mikulskis,<sup>1</sup> Yaming Hang,<sup>1</sup> Christoph Hock,<sup>2</sup> Roger M. Nitsch,<sup>2</sup> Alfred Sandrock<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Biogen, Cambridge, MA, USA; <sup>2</sup>Neurimmune Holding AG, Zurich, Switzerland

Sevigny J, Chiao P, Williams L, et al. Kids A-LONG: Safety, Aducanumab (BIIb037), an Anti-Amyloid Beta Monoclonal Antibody, in Patients With Prodromal or Mild Alzheimer's Disease: Interim Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase Ib Study. Presented at Alzheimer's Association International Conference. July 18–23, 2015. Washington, DC.04-04-05.

# PROPHYLAXE

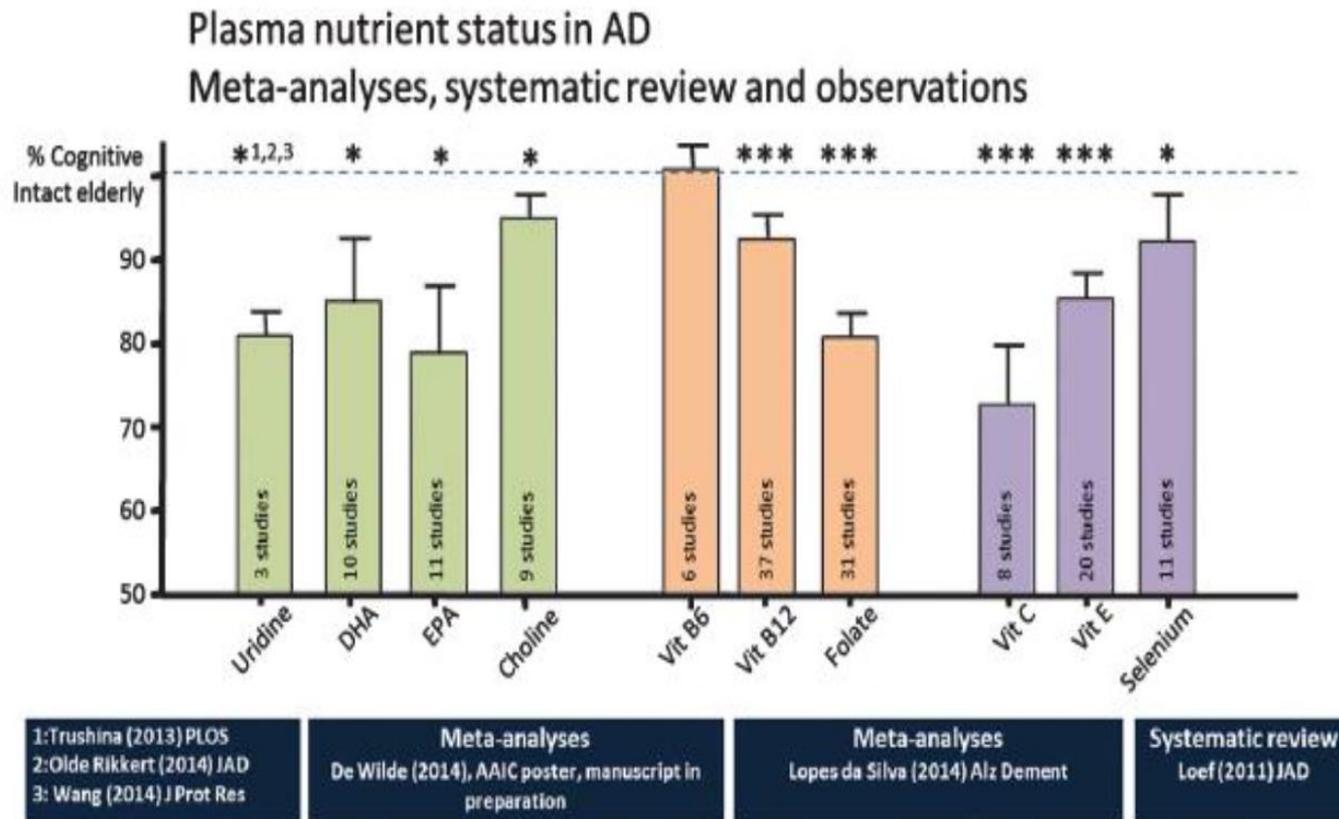
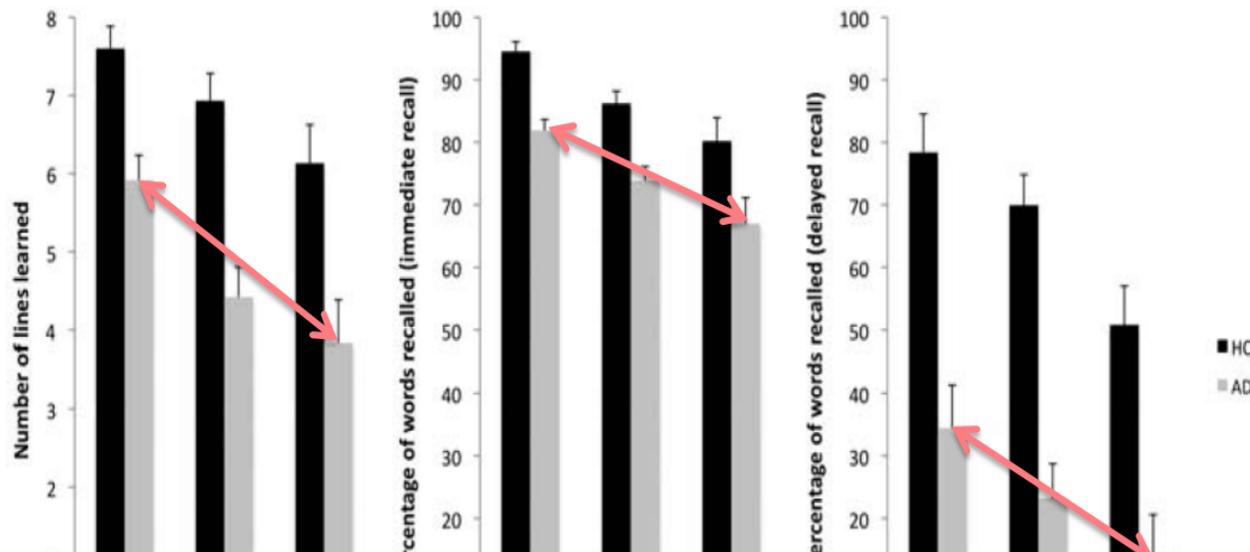


Fig. 3. Data from a systematic review and meta-analysis comparing plasma levels of micronutrients and fatty acids in AD patients with those in cognitively intact elderly controls [114–120].

# PROPHYLAXE

Music enhances verbal memory in Alzheimer's disease.

Sung texts were better learned and recalled than spoken texts in healthy controls (HC) and early AD patients. *Palisson et al. (2015)*



## **Physical Exercise as an Effective Treatment for Alzheimer's Disease and Vascular Dementia?**

Three new randomized controlled trials of aerobic exercise in Alzheimer's Disease, Vascular Dementia and MCI with promising results!

- 1. Danish ADEX Study: Physical Exercise reduces Psychiatric Symptoms in AD**
- 2. Aerobic Exercise reduces TAU Protein in older adults with MCI**
- 3. Aerobic Exercise improves cognition in Vascular Dementia**



# MEMORY CLINIC SOH

## 4 FACHBEREICHE

### Altersmedizin (Geriatric)

Dr. V. Stojanovic und Team Altersmedizin SoH

### Neurologie

Dr. S. Frigerio und Team Neurologie KSO

Dr. R. Bühler und Team Neurologie BSS

### Psychiatrie (Gerontopsychiatrie)

Prof. M. Hatzinger & Team Psychiatrie KSO,  
BSS, KPK

### Neuropsychologie BSS, KSO, KPK

Frau S. Straubhaar, Herr J. Roloff



VIELEN DANK FÜR DIE  
AUFMERKSAMKEIT

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler **so** **H**



**TAG DER OFFENEN TÜR 19.10.2019**

TEAM AKUTGERIATRIE SOH UNTER DER LEITUNG  
VON FRAU DR. MED. VESNA STOJANOVIC

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler **so** **H**

# ÄRZTETEAM AKUTGERIATRIE KSO



Dr. med. Vesna Stojanovic  
Chefärztin Akutgeriatrie soH



Nathalie Mayor  
Oberärztin Akutgeriatrie KSO



Dr. med. Moritz Strickler  
Oberarzt Akutgeriatrie KSO

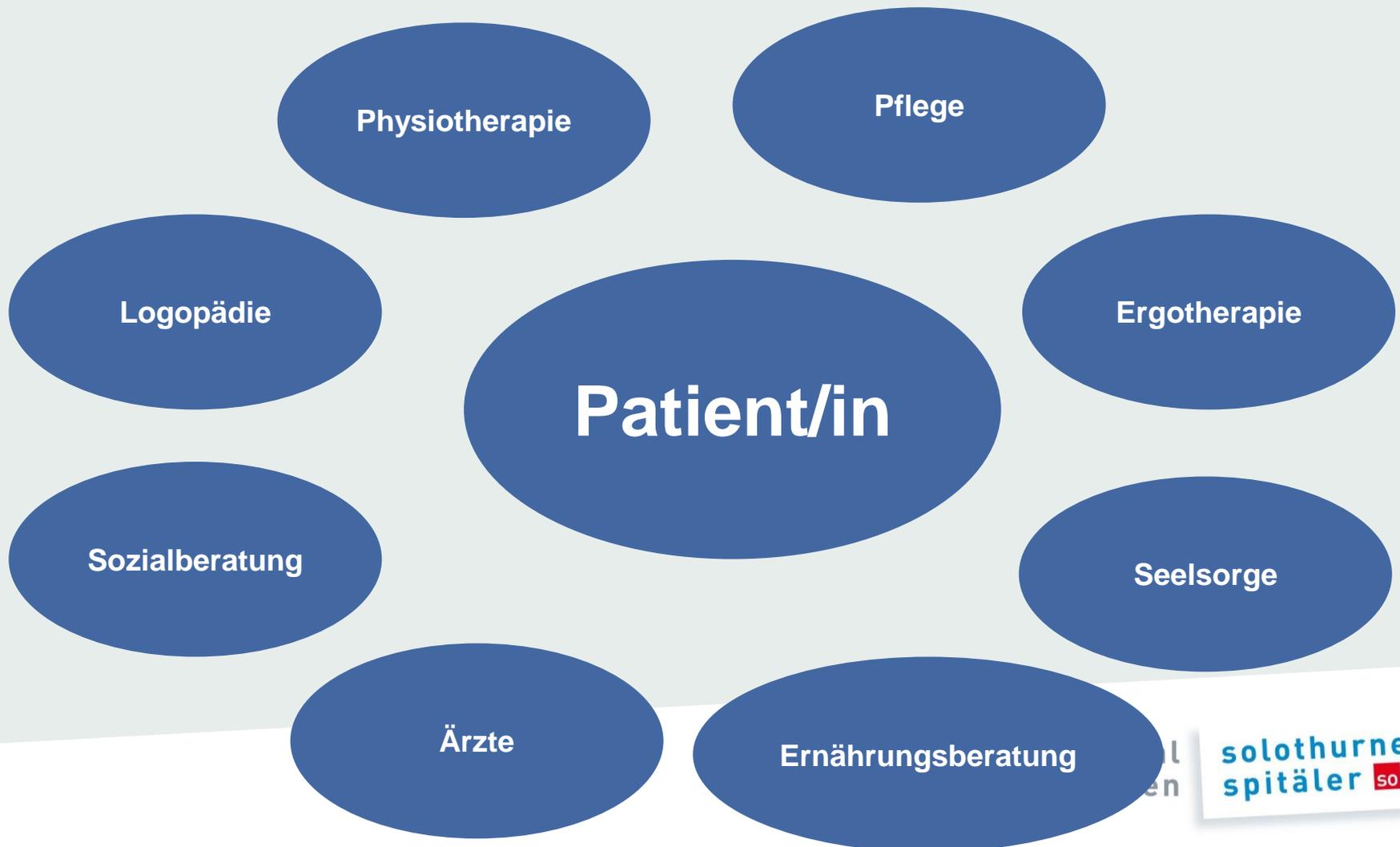


Manuela Wyss, MScN  
Pflegeexpertin APN  
Akutgeriatrie soH



Dr. med. Silvio Albisser  
Oberarzt Akutgeriatrie KSO

# DAS TEAM RUND UM DEN PATIENTEN



# FALLVORSTELLUNG HERR A.

## 85-jähriger Patient, zugewiesen von der chirurgischen Bettenstation

- Sehr geschwächter unterernährter Patient nach 14 Tagen Spitalaufenthalt auf der Chirurgie. War da wegen Blutvergiftung nach Gallenblasenentzündung.
- Medizinisch: Entzündungskontrolle/-behandlung, Depression, Verwirrtheitszustand, Diabetes mellitus, Nierenschädigung, Herzschwäche, Gangstörung, Blutarmut, Osteoporose, Blutsalzentgleisungen.
- Mobilität: Kommt nicht selbständig aus dem Bett.

# FALLVORSTELLUNG HERR A.

- Selbständigkeit: Braucht in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens in allen Bereichen Unterstützung.
- Medikamente: Nimmt 24 verschiedene Präparate zu 8 verschiedenen Zeiten.
- Ernährung/Schlucken: Verschluckt sich, hat ungewollt Gewicht verloren. Hat zu wenig Muskeln.
- Sozial: Wohnte bis anhin zu Hause...geht das noch?
- Psycho-spirituell: Hat keinen Lebenswillen, fühlt sich als Belastung

# ÄRZTE AUF DER AKUTGERIATRIE

## Auf der Notfallstation / Bei Spitaleintritt

- Erhebung wieso der Patient gekommen ist, Erhebung welche Medikamente er nimmt und welche Vorerkrankungen bekannt sind
- Körperliche Untersuchung
- Weiterführende Abklärungen: Blutentnahme, Bildgebung (Ultraschall/Röntgen/CT/MRI), Herzkurve etc.
- Einleitung Therapie

# ÄRZTE AUF DER AKUTGERIATRIE

## Auf Bettenstation

- Kontaktaufnahme mit Hausarzt/anderen behandelnden Ärzten
- Zusammentragen der Krankengeschichte
- Beiziehen von verschiedenen Spezialisten bei Bedarf
- Weitere Abklärungen und Therapieanpassungen
- Kritische Überprüfung der Medikamentenliste
- Regelmässiger Austausch mit Patienten und Angehörigen
- Tägliche Visiten
- Koordination/Planung und regelmässiger Austausch mit den anderen involvierten Berufsgruppen
- Austrittsplanung

# PFLEGEDIENST AUF DER AKUTGERIATRIE

## Umfassende Anamnese / Abklären Gewohnheiten und Fähigkeiten

- Erfassen des «IST-Zustandes», Zustand zu Hause

## Risikoerfassungen bezüglich Mobilität, Ernährung, Verwirrtheit

- Mittels standardisierten Instrumenten

## Gespräche mit Angehörigen

- Ziel des Aufenthaltes, ergänzen der Anamnese

## Definieren der Pflegeziele

- Gemeinsam mit dem Pat. und/oder den Angehörigen: was muss der Pat. können, um nach Hause zu gehen?

## Planen und durchführen von Pflegemassnahmen

- Zur Erreichung der Pflegeziele

## Aktivierend-begleitend therapeutische Pflege

- Körperpflege anleiten, Gehtraining, Alltagstraining

# INDIVIDUALISIERTE PFLEGE VON HERRN A.

## Umfassende Anamnese / Abklären Gewohnheiten und Fähigkeiten

- Gemeinsam mit den Angehörigen, da der Pat. keine Auskunft geben konnte

## Risikoerfassungen bezüglich Mobilität, Ernährung, Verwirrtheit

- Erhöhtes Sturz- und Delirrisiko

## Gespräche mit Angehörigen

- Enge Zusammenarbeit mit der Ehefrau, um Austritt nach Hause zu ermöglichen

## Definieren der Pflegeziele

- Bewältigen von 13 Treppenstufen

## Planen und durchführen von Pflegemassnahmen

- Massnahmen zur Sturzprophylaxe, regelmässige Reorientierung, Einbezug der Angehörigen

## Aktivierend-begleitend therapeutische Pflege

- Verbale Anleitung bei der Körperpflege, Gehtraining auf dem Gang

# PHYSIOTHERAPIE AUF DER AKUTGERIATRIE

- Assessments nach dem Eintrittstag und vor dem Austrittstag zur Einschätzung des Allgemeinzustandes des Patienten (Kraft in Beinen und Händen, Gleichgewicht, Gehgeschwindigkeit)
- Individuelle Therapie am Patienten, auf dessen Problematik zugeschnitten (Gehtraining, Treppentraining, Gleichgewichtstraining, Krafttraining, Selbstständigkeitsförderung, Hilfsmittelanpassung etc.)
- Gruppentherapie einmal täglich sitzend mit allen Patienten der Stationen

# INDIVIDUALISIERTE PHYSIOTHERAPIE MIT HERRN A.

## Ausgangssituation

- Starke Müdigkeit, benötigt viel Motivierung, nach kurzem Training stark ermüdet
- Mobilisation am Rollator: 100 Meter, 3 Sitzpausen in 30 Minuten
- Treppe mit viel Unterstützung 5 Tritte am Handlauf
- Aufstehen nur mit 75% Hilfe der Therapeutin möglich

## Behandlung

- Motivierung zur Eigenmobilisation oder mit Angehörigen
- Erweiterung der Gehstrecke und Reduktion der Sitzpausen
- In sicherem Umfeld (Barren) Tritte hoch und runter steigen
- Kräftigungsübungen im Sitz als Heimprogramm (Gruppe)
- Treppentraining

# INDIVIDUALISIERTE PHYSIOTHERAPIE MIT HERRN A.

## Vor dem Austritt

- Viel mit Angehörigen spazieren, vor Therapie wartend am Bettrand
- Mobilisation am Rollator: >200 Meter, 30 Minuten ohne Pause
- Treppe unter Supervision mit Handlauf 20 Tritte
- Aufstehen mit stützen auf Armlehne selbständig möglich

# ERGOTHERAPIE AUF DER AKUTGERIATRIE

Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben.

- Erstgespräch
- Therapeutische Körperpflege / Anziehtraining
- Hilfsmittelberatung
- Haushaltsaktivitäten / Gartenaktivitäten
- Mobilität, vor allem Gegenstände transportieren
- Kognitives Training

# INDIVIDUALISIERTE ERGOTHERAPIE MIT HERRN A.

- Hosenanziehhilfe / Sockenanziehhilfe
- Kaffee selbstständig kochen und mit Rollator zum Tisch transportieren
- Umgang mit Geld



# LOGOPÄDIE AUF DER AKUTGERIATRIE

## Schluckstörung

- Abklärung und Therapie

## Gesichtslähmung

- Abklärung und Therapie
- Schnittstelle zur Kommunikation und Schluckstörung

## Kommunikation

- Abklärung und Therapie bei Problemen mit: Sprache, Sprechen, Kommunikationsstörungen, Wortfindungsstörungen, Stimmproblematik

# INDIVIDUALISIERTE LOGOPÄDIE MIT HERRN A.

## Anmeldung mit der Fragestellung «Schluckstörung»

- Bisher Seniorenmenu, keine Einschränkung bei Getränken, normales Glas/Becher

## Schluckabklärung beim Mittagessen

- Der Patient sitzt aufrecht am Bettrand.

PATIENT	Hypothese Ursache?	Lösung
Husten bei jedem Schluck Wasser	Sensibilität eingeschränkt Hinterzunge eingeschränkt	Getränke nicht körperwarm Spezialbecher zur Dosierung
Husten und Ausgeben - Fleisch - Salat und Kräuter - Kleine Stückli	Sensibilität Kaeinschränkungen Transport durch den Rachen	Anpassung der Kostform → Weich, glatt, feucht
Räuspern nach dem Schlucken	Reste im Rachen	Rachen reinigen Nachschlucken und kräftiges Schlucken üben

# LOGOPÄDIETEAM KSO



**Andrea Meister**



**Anita Rohrbach**



**Anika Helfer**



**Barbara Wörsching**

# ERNÄHRUNGSTHERAPIE AUF DER AKUTGERIATRIE

## Wieso spielt Ernährung im Alter eine Rolle?

- Physiologische Appetitabnahme
- Vermeidung oder Therapie von Mangelernährungen und den negativen Folgen
  - Kraftverlust durch Abbau von Muskelmasse
  - Mobilitätsverlust
  - Schwächung des Immunsystems
  - eventuell Wundheilungsstörungen
- Ernährungswissen anhand von einfachen und praktischen Empfehlungen weitergeben
  - Diabetes / Nährstoffmängel / Vitaminmängel etc.
- langfristig Ernährungsprobleme vorbeugen oder beheben

# INDIVIDUALISIERTE ERNÄHRUNGSTHERAPIE

## Ausgangslage:

- Gewichtsverlust von 10 kg innerhalb von 4 Monaten, Grund unklar
- Kraftverlust, Mobilitätsverlust
- NRS 5 Punkte, Verschlechterung Ernährungszustand Grad 3

## Ernährungsassessment:

- Energiebedarf 2'100kcal/d, Proteinbedarf mind. 72g/d
- Energiezufuhr 1'700kcal/d, max. 42g Protein/d
- Differenz: **400kcal und 30g Protein**



# INDIVIDUALISIERTE ERNÄHRUNGSTHERAPIE

## Ernährungsdiagnose NI - 5.3:

Unzureichende Energie- und Proteinzufuhr aufgrund von Inappetenz bei appetithemmender Diabetestherapie und Sepsis gesehen an Gewichtsverlust von 13 % des Körpergewichts, Zufuhr von max. 50% der üblichen Essmenge

## Therapie:

- Rücksprache mit Ärztin bzgl. Diabetesmedikation;
- Anreicherung mit Molkenprotein aus Diätküche (+ 180kcal, 15g Protein)
- Trinknahrung Resource 2.0 fibre (Waldbeere) (+ 200kcal und 20g Protein)

# SOZIALBERATUNG IN DER AKUTGERIATRIE

**Wir informieren und beraten Patienten und Angehörige bei Bedarf. Wir organisieren in Absprache mit den Beteiligten (Patienten, Angehörige, bereits involvierte Personen, offizielle Stellen, Ärzteschaft, Pflegende)**

- Alters- und Pflegeheimeintritte
- Übergangslösungen
- Unterstützung zu Hause
- Beistandschaftliche Massnahmen
- Sozialversicherungsrechtliche Ansprüche
- Hilfsmittelfinanzierung
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Sucht
- Soziale, familiäre Schwierigkeiten
- Opferhilfe
- Personen ohne Krankenkasse/geregelten Aufenthalt

# INDIVIDUALISIERTE SOZIALBERATUNG

- Zu Beginn der Hospitalisation fühlte sich Herr A. schwach, zudem hatte er Mühe mit Treppensteigen (was bei ihm zuhause nötig ist). Die Ärztin sprach mit ihm die Möglichkeit eines Ferienbettes an. Herr A. war nicht abgeneigt. Im Verlauf verbesserte sich seine Situation, so dass die Sozialberatung nicht einbezogen wurde.
- Klärung der Einverständnis mit Ferienbett mit dem Patienten und seiner Angehörigen.
- Erfragen, ob der Patient bereits in einem APH angemeldet ist, bestimmte Wünsche hat.
- Verfügbare Plätze suchen und dem Patienten und seinen Angehörigen anbieten. Die Angehörigen nehmen dann Kontakt mit dem Heim auf.
- Erklären der Pflegefinanzierung, Abklären, ob sozialversicherungs-rechtliche Ansprüche bestehen. Bei Bedarf Unterstützung bei der Gesuchstellung, Vermittlung an längerfristig begleitende Stellen

# SEELSORGE IN DER AKUTGERIATRIE

Die Seelsorge hat Zeit und begleitet bei Bedarf PatientInnen, Angehörige und Spitalmitarbeitende in humanistisch-christlicher Grundhaltung unter Beachtung der verschiedenen Weltanschauungen und religiösen Überzeugungen

- bei schwierigen Diagnosen / in akuten Krisenfällen
- bei Problemen mit Angehörigen / Unterstützung von Angehörigen
- zur Unterstützung bei psychischen Belastungen
- bei psychosozialen Schwierigkeiten
- bei Sterbenden / in der Trauer, Angst, Ungewissheit

Die Begleitung kann in verschiedenen Formen erfolgen:

- Präsent sein, aktiv zuhören
- Existentielle Gespräche führen
- Psychosozial oder spirituell begleiten
- Texte lesen
- Rituale oder Sakramente spenden

Wir stärken Menschen mit Verständnis und Zuversicht

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler 

# INDIVIDUALISIERTE SEELSORGE MIT HERRN A.

## Erstgespräch

- Nachfragen und aktiv zuhören: Wie er sich jetzt fühlt, was ihn belastet und was er sich an Unterstützung wünscht

## Gespräch über seine akute Krankheit

- Die unerträglichen Schmerzen zu Beginn, die starken Einschränkungen und Abhängigkeiten

## Gespräch über seine schwierige Lebensgeschichte

- Viele Brüche in seinem Leben, er ist nun lebensmüde

## Gespräch über seine Familie

- Er will niemandem zur Last fallen, er hofft auf baldigen Tod

## Segenswunsch von Herr A.

- In einem Ritual wird ihm der lebensstärkende Segen gespendet

**Herr A. fühlt sich Ernst genommen und lässt auf einen Prozess ein.**

# FALLVORSTELLUNG HERR A.

## Resultate I

- Medizinisch:
  - Behandlung der Entzündung, Korrektur der Blutsalze, Optimierung des Blutzuckers, Medikamentenliste gekürzt, Depressionsbehandlung und Behandlung des Verwirrtheitszustandes
- Medikamente:
  - Bei Eintritt: Nimmt 24 verschiedene Präparate zu 8 verschiedenen Zeiten.
  - Bei Austritt: Nimmt 17 verschiedene Präparate zu 5 verschiedenen Zeiten.
- Mobilität:
  - Bei Eintritt: Kommt nicht selbständig aus dem Bett.
  - Bei Austritt: Läuft am Rollator, nimmt für grössere Strecken Gehstock, läuft Treppen

# FALLVORSTELLUNG HERR A.

## Resultate II

- Selbständigkeit:
  - Bei Eintritt: Braucht in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens in allen Bereichen Unterstützung.
  - Bei Austritt: Macht alles selbständig. Stehende Tätigkeiten bis zu 10 Minuten.
- Ernährung/Schlucken:
  - Bei Eintritt: Verschluckt sich, hat ungewollt Gewicht verloren. Hat zu wenig Muskeln.
  - Bei Austritt: Deckt 100% des Energiebedarfs ab. Nimmt genug Proteine für Muskelaufbau zu sich und verschluckt sich nicht.

# FALLVORSTELLUNG HERR A.

## Resultate III

- Sozial:
  - Bei Eintritt: Wohnte bis anhin zu Hause...geht das noch?
  - Bei Austritt: Es geht!
  
- Psycho-spirituell:
  - Bei Eintritt: Hat keinen Lebenswillen, fühlt sich nur als Belastung
  - Bei Austritt: Kann Lebensbrüche besser akzeptieren, sieht wieder etwas Sinn im Leben, fühlt sich nicht mehr nur als Belastung, ist zuversichtlicher

# DISKUSSION - FRAGEN



# ANGEBOT DER AKUTGERIATRIE SOH

- ✓ **Stationäre Akutgeriatrie**
  - 45 Betten in Olten
  - 24 Betten in Solothurn (36 Betten ab 07/2020)
  - Geriatriische Akutrehabilitation GAR
  
- ✓ **Memory Clinic**
  
- ✓ **Sturzsprechstunde**
  
- ✓ **Spezialisierte geriatriische Sprechstunde**
  - Inkontinenz
  - Polypharmazie
  - Demenzsprechstunde für Angehörige

Kontakt:  
[akutgeriatrie.soh@spital.so.ch](mailto:akutgeriatrie.soh@spital.so.ch)