

:

**Als Hausärztin oder Hausarzt
im Pflegeheim:
Unterschiede und Gemeinsamkeiten
zur Arbeit in der Praxis**

Workshop

Albert Wettstein, alt Chefarzt Pflegezentren Zürich

Johannes Brühwiler, Grundversorger Zürich

Swiss Family-Doc-Kongress Bern, 30.8.2013

10 Grundsätze der Geriatrie

Die Emory BIG10 eignen sich als Grundlage für die hausärztliche Betreuung von Alterspatienten auch im Heim:

1. Altern ist keine Krankheit.
2. Medizinische Probleme sind bei alten Menschen häufig chronisch, multipel und multifaktoriell.
3. Reversible und behandelbare Probleme werden bei Betagten oft nicht erkannt und nicht behandelt.
4. Funktionelle Fähigkeiten und Lebensqualität sind entscheidende Ziele bei der Behandlung von Betagten.
5. Sozialanamnese, soziale Unterstützung und Vorlieben der Betroffenen selbst sind entscheidende Aspekte des geriatrischen Managements.

6. Geriatriische Betreuung ist multidisziplinär.
7. Störungen der Kognition und des Affektes sind bei Betagten häufig und werden oft nicht erkannt in ihren frühen Stadien.
8. Jahrelange Krankheiten sind häufig und wären oft vermeidbar.
9. Geriatrie wird in vielen Situationen praktiziert, im Spital, zu Hause bis im Pflegeheim.
10. Ethische Aspekte und Sterbebegleitung sind entscheidende Aspekte im geriatriischen Alltag.

- J.M. Flacker et al: Responding to "What's special about Geriatric Medicine?" The Emory Basics in Geriatrics (BIG)10. JAGS 51, Suppl.4, S. 61-62 2003

Anders im Pflege-Heim als in Praxis

- Immer 3-Eck-Beziehung Arzt-Pat-Pflege
- Oft 5Eck 3+ Therapie + Angehörige (neu ESR!)
- Im Pflegeheim nur 10% keine Neuro-Psych. Dx
- Meistens ist Rx ohne Einbezug der entscheidungsberechtigten Angehörige **illegal**
- **D.h. nur triviales und Notfälle rein Ärztlich**
- Bei Lebensbedrohung zwingend e.Anggeh. einbez.
- **Wie? Zeit??**

Erfolgreicher Heimarzt

- Integration in Heimkultur (mit ihr nicht dagegen)
- Keine Routine Visiten abends, wenn Bezugspfleger nicht mehr da! ?
- Möglichst viele Visiten an einem Nachmittag oder nach 0900 morgens planen
- Pflegeheim= pflegedominiert, Arzt= 2.Rang
- Wenn Pfleger bekannt: vieles geht per Telefon
- Angehörige einbeziehen! ?
- Weniger Medi= bessere Medizin ?

Einbezug Angehörige: Wie?

- Kein Abschieben der Verantwortung
- Ärztl. Meinung zum Wohl der Pat einsetzen:
- « sie sind doch auch der Meinung, das Leiden ihrernicht verlängern zu wollen, sich auf Lindern zu konzentrieren.....» ?
- Immer nach mutmasslichen Willen der Pat fragen
- ohne Pat-Verfügung nicht alles mögliche tun! ?

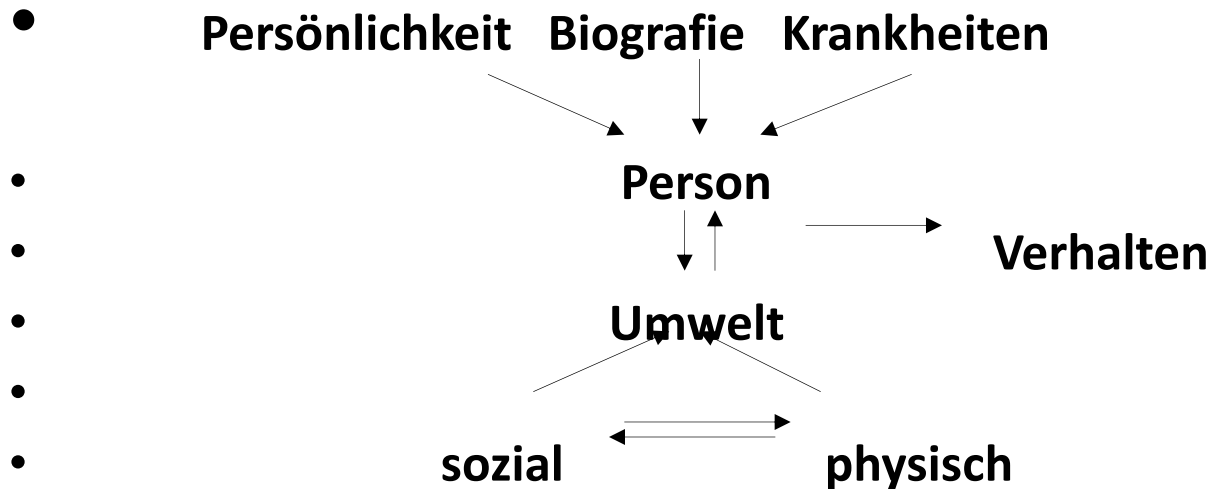
End of live Care

- Spitäler sind primär auf Heilung ausgerichtete Institutionen.
- End-of-Life-Care widerspricht dieser primären Zielsetzung
- Alters- und Pflegeheime sind primär Care-Institutionen, mehrheitlich bis zum Lebensende
- End-of-Life-Care ist integraler Teil der Pflichtleistung aller Heime= primärer Auftrag für Arzt im Heim ?

Sozialökologische Konzept von

R.H. Moos 1994

- **Persönlichkeit** →
 - **Biographie** →
 - **Krankheiten** →
- Person** ⇌ **Verhalten**



Was prägt Spital, was Heim?

- Medizinisches Modell (z. B. Akut-Spital):
 - ¹ kurzer Aufenthalt
 - ² alles wird dem Heilungsprozess untergeordnet
 - ³ andere Prozesse werden nur toleriert, wenn ² nicht gefährdet

HEIM:

- längerer Aufenthalt, nicht Heilung sondern Coping = Ziel
- entscheidend **nicht** Gebrechlichkeit + Pflegebedarf, sondern Leben bis zu Tod + Menschenwürde
- Struktur + Prozesse: Fähigkeiten + Möglichkeiten gemäss Präferenzen der Bewohner fördern und gegebenenfalls mit Pflege kompensieren für würdevolles Leben.

Heim: nicht medizin. Modell prägt!

- Medizinisches Modell (z. B. Akut-Spital):
 - 1. Aufenthalt kurz
 - 2. alles wird dem Heilungsprozess untergeordnet
 - andere Prozesse werden nur toleriert, wenn 2. nicht gefährdet

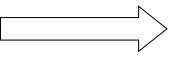
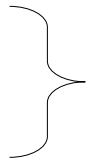
PH: längerer Aufenthalt

nicht Heilung sondern Coping = Ziel


- entscheidend **nicht** Gebrechlichkeit + Pflegebedarf, sondern Leben bis zu Tod + Menschenwürde
- Struktur + Prozesse: Fähigkeiten + Möglichkeiten gemäss Präferenzen der Bewohner fördern und gegebenenfalls mit Pflege kompensieren für würdevolles Leben.

Selektives Optimieren mit Kompensation= Modell
für erfolgreiches Altern von Baltes und Baltes

>> Ethik von Stellvertreter-Entscheiden

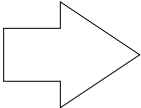
1.  möglichst wenig für,
möglichst viel mit  Bewohner entscheiden ?

2. Heimprozesse, Heimstruktur = wichtige Stv-Entscheide
oft wichtiger für Wohlbefinden als individual Entscheide

3. Heimeintritt \pm immer aus Notlage
 \pm nie „freiwillig“

4. aktives Suchen von individuellen Zielen = prioritär **Möglich?**

Wichtigste Frage beim Heimeintritt

- **1 Was möchten Sie noch erreichen?**
anderes Wichtiges:
- 2 Was war bisher im Leben wichtig?
- 3 Was war biographisch prägend?
- 4 Wozu braucht es Unterstützung?
- unwichtig im Heim: Welche Krankheiten
- 1-4  Prioritäten der Betreuung

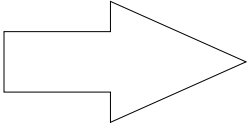
Bedenken, die interferieren

- aber: „ist ja nicht urteilsfähig“
- „gefährdet sich so“
- „das ist nicht zumutbar“ (Mitbewohner, Personal)
- „da könnte ja jeder kommen...“

Ethische Regeln

- Individuelle Lösungen suchen in ethischen Dilemmata
 - Autonomierecht **vs** Fürsorgepflicht
 - Autonomierecht des einen **vs** Autonomierecht der anderen (Mitbewohner, Personal, Gesellschaft)
 - Gleiches gleich **vs** Ungleiches ungleich behandeln
 - Früher Sterbewunsch bei Abhängigkeit **vs** heute rel. zufrieden trotz starker Abhängigkeit (mit oder ohne entsprechende Patienten-Verfügung) **im Alltag Häufig??**

Trotz neuem ESR im ZGB

- wenn pflegebedürftige Person sich nicht äussern kann
- Frage nicht versteht
- die aktuelle Situation verkennt (z.B. wahnhaft)
- D.h. bei Urteils**Un**fähigen entscheiden die berechtigten Angehörigen (nicht Arzt wie früher!)
- nicht unsere Massstäbe, Haltungen, Philosophie entscheiden
- nicht der Wille der Angehörigen entscheidet, sondern der mutmassliche Wille des Betroffenen selbst, der Richtschnur für Entscheidungsberechtigte sein sollte!
-  massgebend, was diese Person für sich wahrscheinlich entscheiden würde, wenn sie es könnte

Bei Eigeninteressen Angehöriger

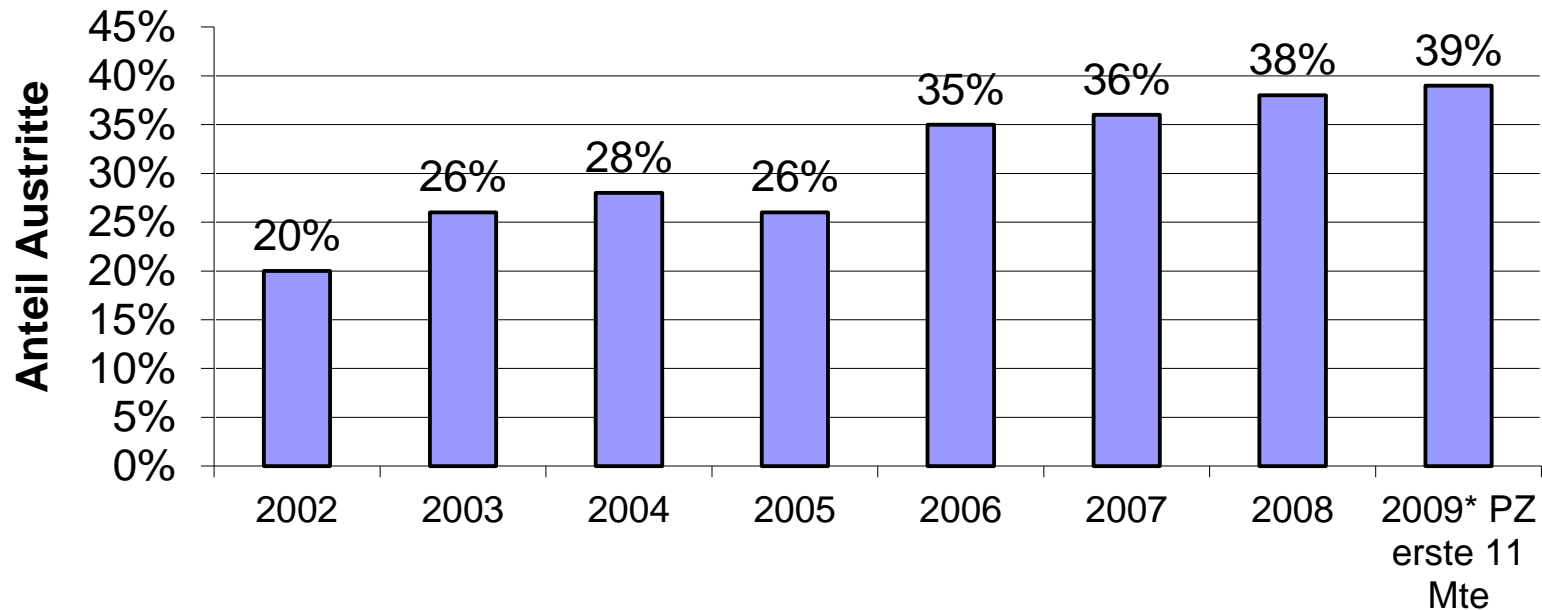
- Feigheit: **Tun, was die Angehörigen wollen**, auch wenn ich weiss, dass die betroffene Person wahrscheinlich anders entscheiden würde
- **Diskussion mit Angehörigen!** ?
- **Pflegende ins Bündnis zu Gunsten Angehörigenwillen einbeziehen** ?
- **In krassen Fällen: Meldung an KESB**
- **CAVE: Meist wollen LZPat keine Lebensverlängerung = auch finanzielle Interesse Angehöriger!**

Reversibilität von Behinderungen

| Aktivität | % behindert initial | % davon erholt innert 2 Jahren | % behindert max. innert 10 Jahren | % davon erholt innert 2 Jahren |
|--------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Schwere Hausarbeit | 30 | 39 | 38 | 37 |
| Treppen steigen | 7 | 68 | 18 | 57 |
| 800 m gehen | 16 | 34 | 26 | 19 |
| Baden | 8 | 30 | 20 | 23 |
| Toilette benützen | 18 | 59 | 35 | 70 |
| Kontinenz | 10 | 58 | 15 | 35 |
| Aufstehen vom Stuhl | 7 | 27 | 14 | 19 |
| Ankleiden | 3 | 15 | 11 | 10 |
| 15 m gehen | 8 | 21 | 17 | 14 |
| 5 kg tragen 3 Meter weit | 7 | 30 | 22 | 28 |

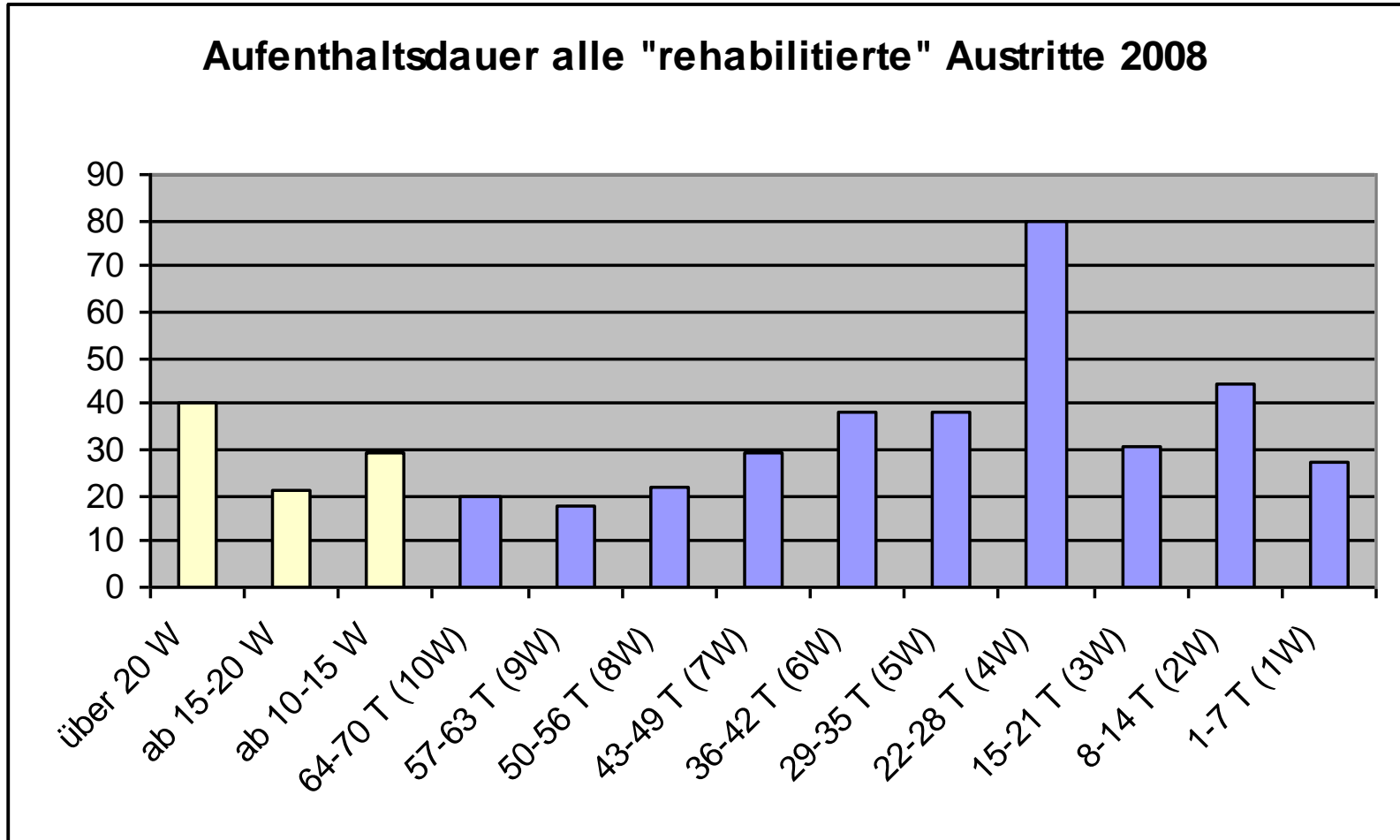
Aktuell dank DRG: Heim=auch Rehabinst.

Austritte nach Hause oder in andere Institutionen
Der Anteil Austritte nach Hause oder in andere Institutionen
konnte erneut **gesteigert werden: 2012: 50%!**



Median Tage 35.0

Ø Tage 71.1 (vs. verstorbene Austritte 693d, median383d)



Eintrittuntersuchung im Pflegeheim

Pflichtteil der Eintrittuntersuchung : **machbar?**

- Ist Daueraufenthalt zwingend?
- Wenn nein: Was muss erfüllt sein für Entlassung nach Hause?
- Welche Medi weglassen?(Palliat>>Prävention)
- Hirnleistung? (MMS+ Uhrtest!)
- Ok für konz. Auf Palliation von Angeh.+ Pat.

Pflegeheim statt Rehabklinik?

- **Altersmythos**
- Zweimal täglich 30 Minuten Therapie ist besser als einmal täglich für die Rehabilitation nach Hüftfraktur.

- **Wirklichkeit**
- Ein- oder zweimal täglich 30 Minuten Therapie nach Hüftfraktur während 16 Wochen machen keinen Unterschied im Rehabilitationserfolg.

Heim zur Rehabilitation!

- **Begründung**
- Für die Schweiz heisst dies, dass nach Hüftfraktur eine intensive Rehabilitation (wie sie in den Rehabilitationskliniken angeboten wird) der üblichen Slow-Stream-Rehabilitation (wie sie in meisten Pflegezentren angeboten wird), **nicht** überlegen ist.
- Nötig: Ärztlich geleitete Therapie und Ziele!

Machbar für Allg. Mediziner?

- Moseley AM et al (2009), Mobility training after Hipfracture: A randomised controlled trial. Age Ageing 38: 74 - 80

Vorteil Rehab im Heim:

Vorteil Slow-Stream Rehab PZ

vs

Rehab-Klinik Rehab

Open end

Limitierte Kostengutsprache KK

Entlassung, wenn reif

Entlassung fix

Wohnort nah

Wohnort fern

Absprache Rapport: **mögl.?**

Persönliche Absprache

Mit allen Beteiligten + Spitex +
Informellen pot. Helfern
(Enkel!)

Höchstens vereinzelt möglich

Probeentlassung gut möglich

Probeentlassung kaum möglich

Hohe Heimkosten = Rehab- Helfer

Hohe Kosten für Patient

→ Patient drängt nach Hause

→ Erben drängen nach Hause

Engagement für informelle Unterstützung ↑

Akzeptanz Spitex ↑

Geringe Kosten für Patient

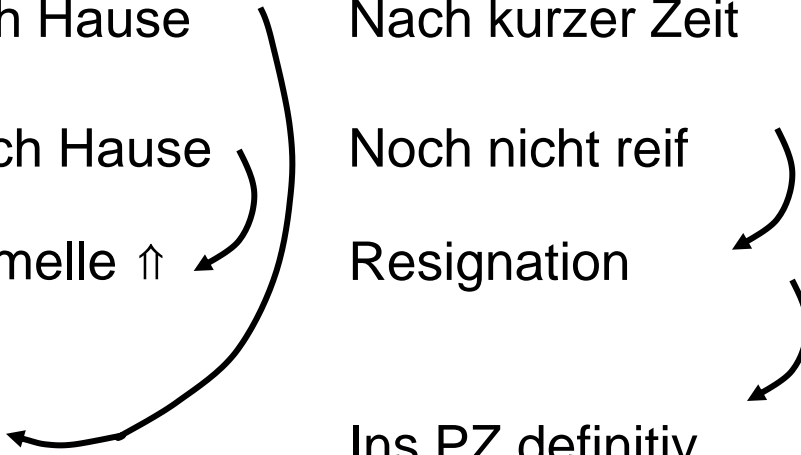
Nach kurzer Zeit

Noch nicht reif

Resignation

Ins PZ definitiv

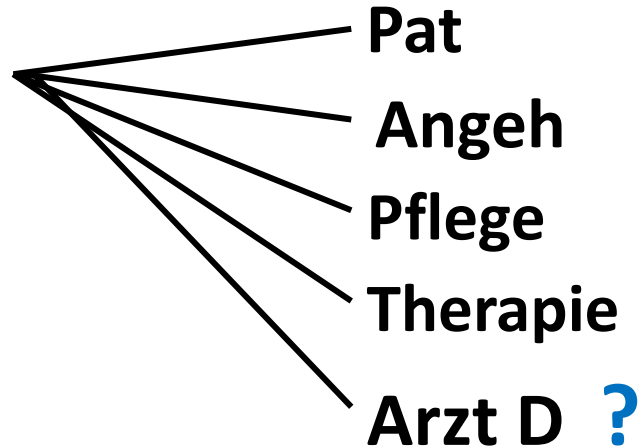
2. Anlauf = ↓↓Chance



Voraussetzungen für Rehab im Heim 1

1. SlowStream Rehab im Heim als mögl. Ziel etabliert:
2. Geriatrisches Denken und handeln im Heim
d.h. Arzt muss sich mit Heim und Rehabanliegen identifizieren
3. 5 d/Wo 30 Min PT + ev ErgoTh

4. Rehab „Geist“ ab 1. Tag



Voraussetzungen für Rehab im Heim 2

5. genügend freie Betten
für direkt nach Spital → PZ

d.h. Demente länger zu Hause dank ?
demenzgerechter ärztl.+Spitex-Betreuung und
konsquenter Nutzung Angehörigen Entlastung!

6. PZ-Eintritt vorplanen bei Einweisen Akutspital
bei elektiven und Notfall(SHFx)- Eintritten:
vor Einweisung besprechen und planen! ?