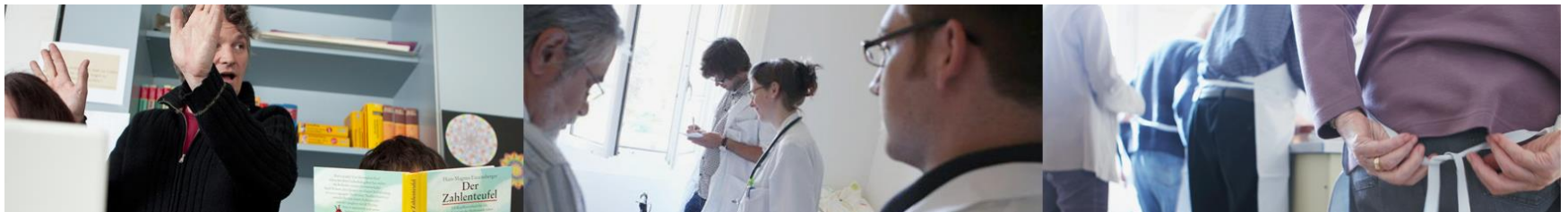


Einführung in den Themenbereich Alterspsychiatrie

Prof. Dr. med. Stefan Klöppel

Direktor und Chefarzt

Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie



Übersicht über den Themenbereich

Datum	Thema	Referenten/Referentin	Kursort
08.08.2024	Vorbereitung des Lebensendes: Praktisches Vorgehen gemäss Palliative Care	Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, Inselspital Bern	Wölfli
29.08.2024	Bildgebende Verfahren	Prof. Dr. med. Roland Wiest, Inselspital Bern	Wölfli
26.09.2024	Verhaltensstörung bei Demenz BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia)	Dr. med. Christian Kämpf, Psychiatriezentrums Münsingen	Wölfli
10.10.2024	Einführung in den Themenbereich Alterspsychiatrie	Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, UPD Bern	Wölfli
24.10.2024	Aspekte der Kodierung	Dr. rer. nat. Ulrich Raub, Privatklinik Meiringen	Wölfli
07.11.2024	Delir und Demenz im K+L Psychopharmakotherapie im Alter	Dr. med. Markus Guzek, Spital Emmental	Wölfli
21.11.2024	Delir und Demenz, Einbezug und Unterstützung des Umfelds	Dr. med. Franziska Wenger, Psychiatrische Dienste Thun	Wölfli
12.12.2024	Reservetermin	Reservetermin	Reservetermin

Übersicht

- Einführung in den Kursblock Alterspsychiatrie
- Das Alter
 - Demographischer Wandel und Entstigmatisierung
 - Hirnveränderungen
- Depression im Alter
- Besonderheiten der Fachrichtung Alterspsychiatrie
 - Qualität und FbM
- Spezialwissen Alters- und Pflegeheim
 - Fachkräftemangel und Digitalisierung
- Neue Entwicklungen im Bereich der Demenzen
 - Remote Memory Clinic
 - Vernetzung
- Zusammenfassung

Veränderungen mit dem Altern

- Körperlich
- Persönlichkeit
- Affekt

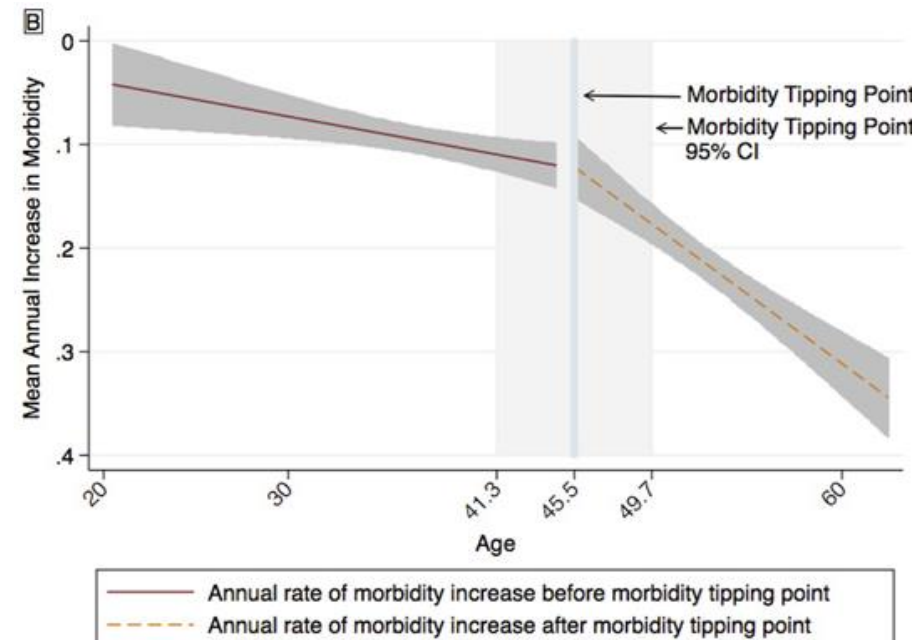
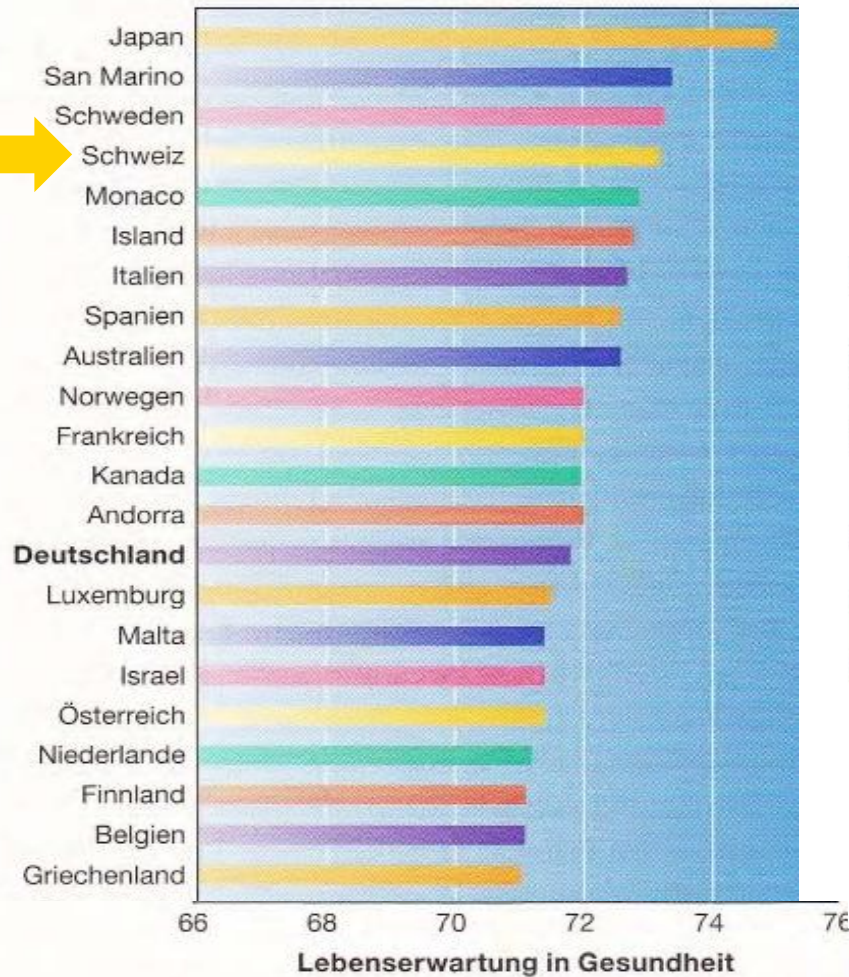
Lebenserwartung in Gesundheit

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



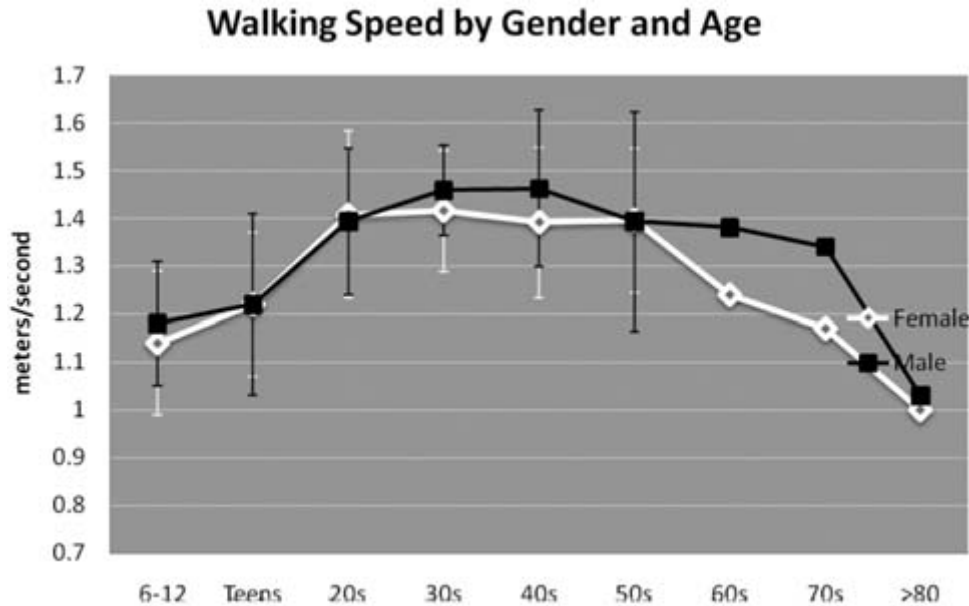
UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Nach: Laura E. Berk (2011).
Entwicklungspsychologie
Daten: World Health Organization, 2009

Silbermann et al.; Plos One 2015

Körperliche Veränderungen



Fritz & Lusardi 2009

Ab ca. 40 Jahren nimmt die Gehgeschwindigkeit altersbedingt ab.



Der Tod jagt Männer mit maximal 1,36 m/s
0,82 m/s ist seine bevorzugte Geschwindigkeit

Fiona F Stanaway et al. BMJ 2011;343:bmj.d7679

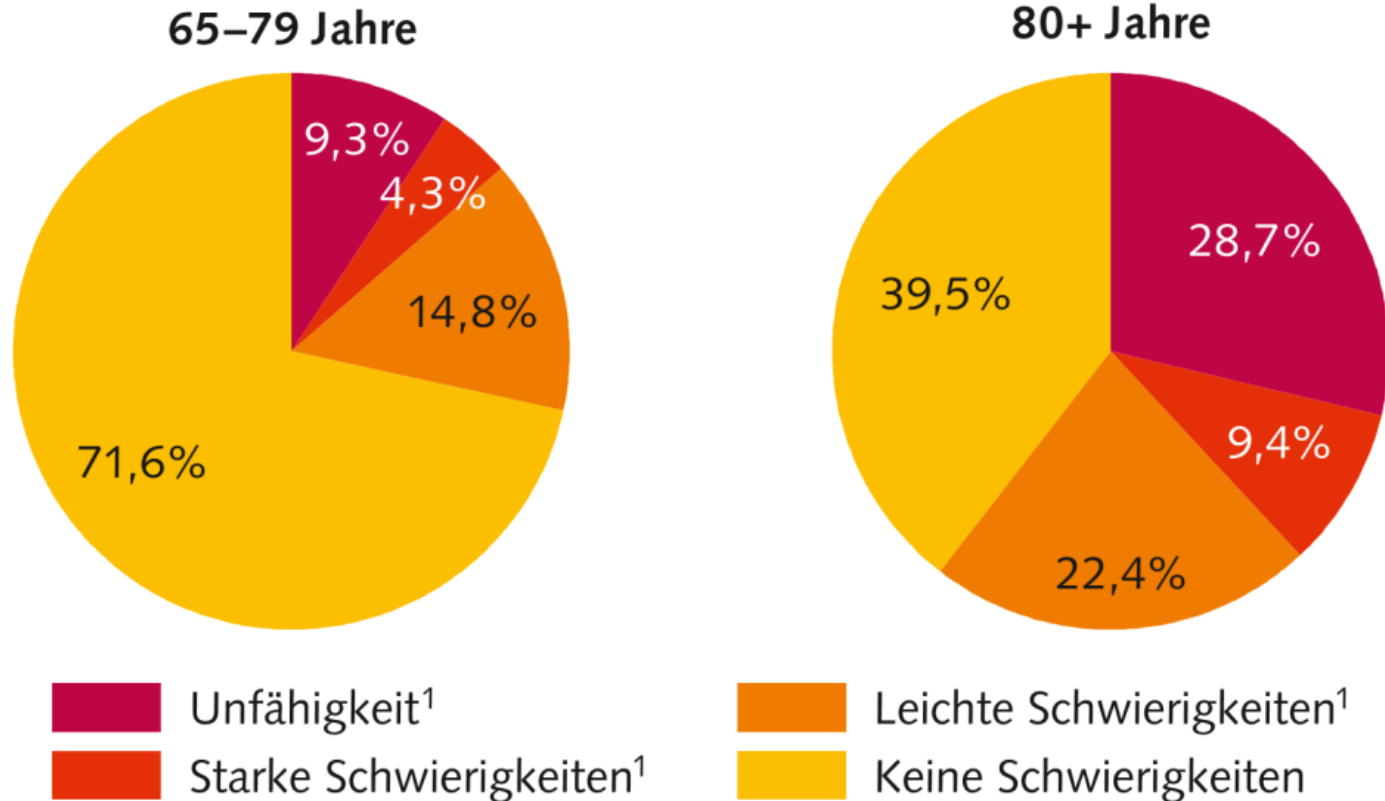
Grad der Einschränkung bei instrumentellen Alltagsaktivitäten

Bevölkerung ab 65 J. in Privathaushalten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



¹ Zur selbständigen Verrichtung mind. einer Aktivität unter: schwere oder leichte Hausarbeit erledigen, Wäsche waschen, einkaufen, sich Finanzen kümmern, die öffentlichen Verkehrsmittel benützen oder telefonieren.

Die Gebrechlichkeit des Alters als Herausforderung für die Persönlichkeit

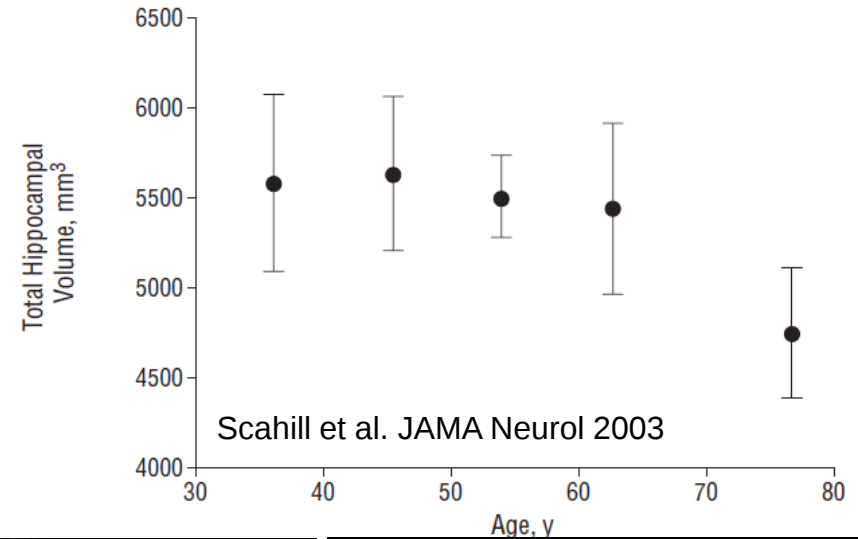
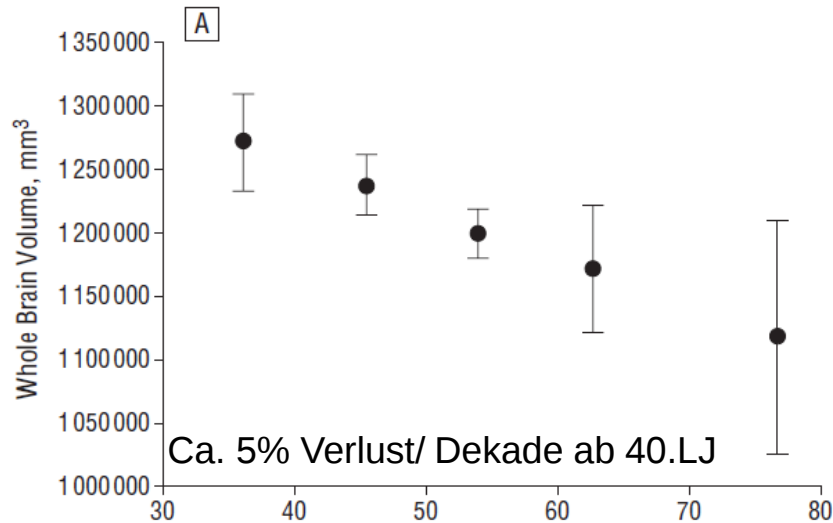
„narcisstic mortification“

„frailty identity crisis“

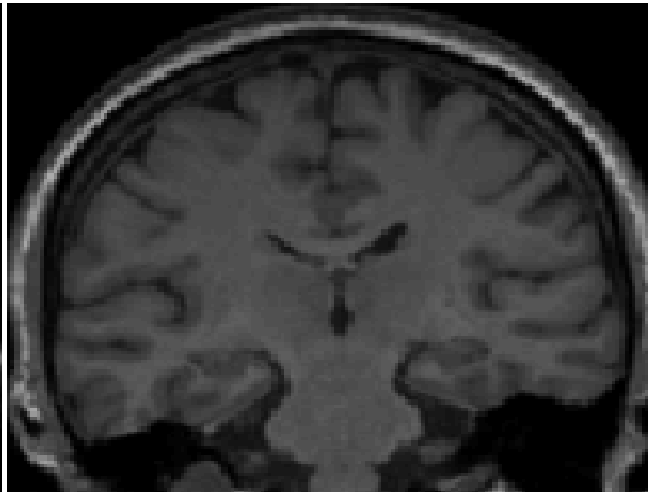


<http://comicsalliance.com/aging-super-heroes-cartoons-by-donald-soffritti/>

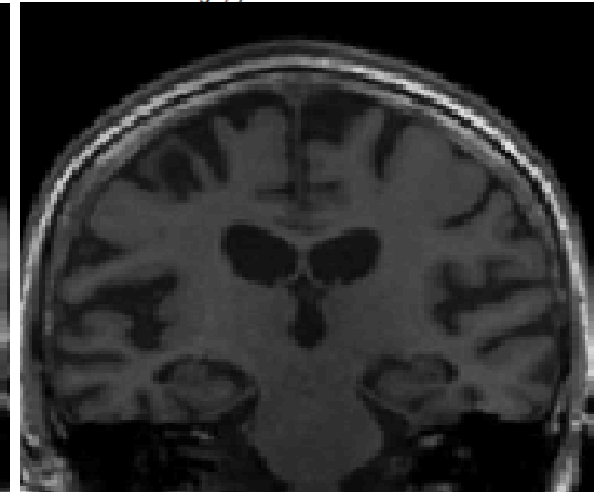
Gehirn und Alter



66 Jahre



25 Jahre



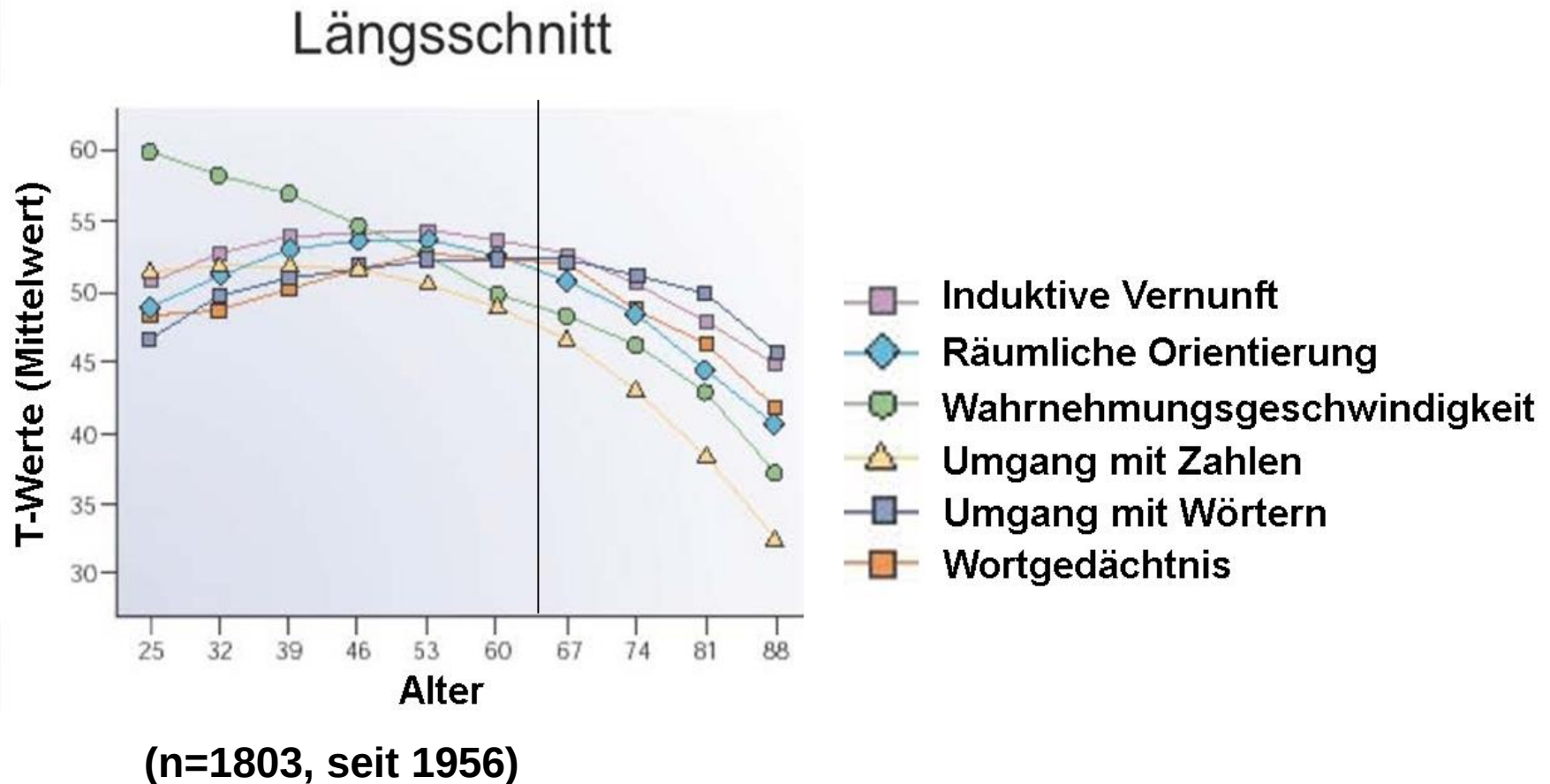
74 Jahre
Alzheimer Demenz

Psychische Leistungen im Längsschnitt

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



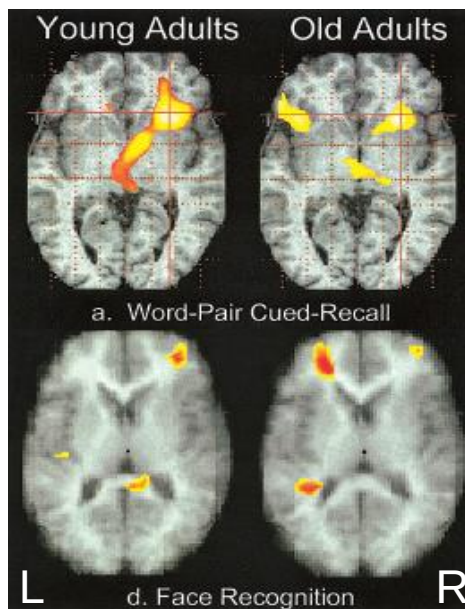
Aus: Schaie, K.W. (2005). Developmental Influences on Adult Intelligence: The Seattle Longitudinal Study

Mechanismen der neuronalen Plastizität

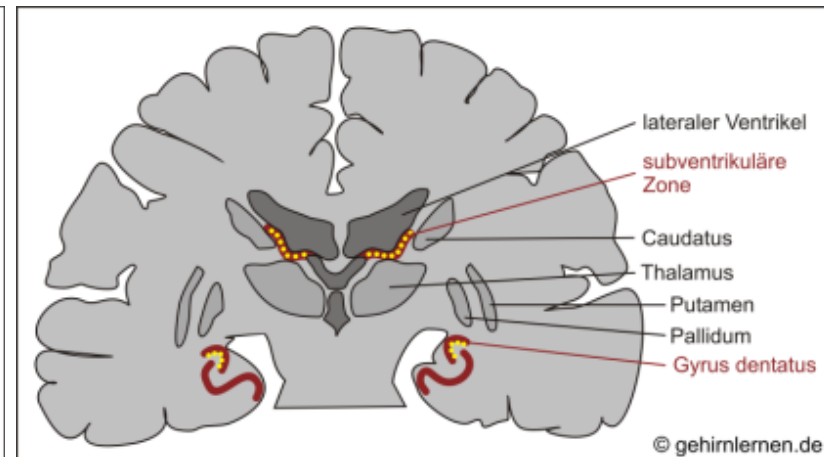
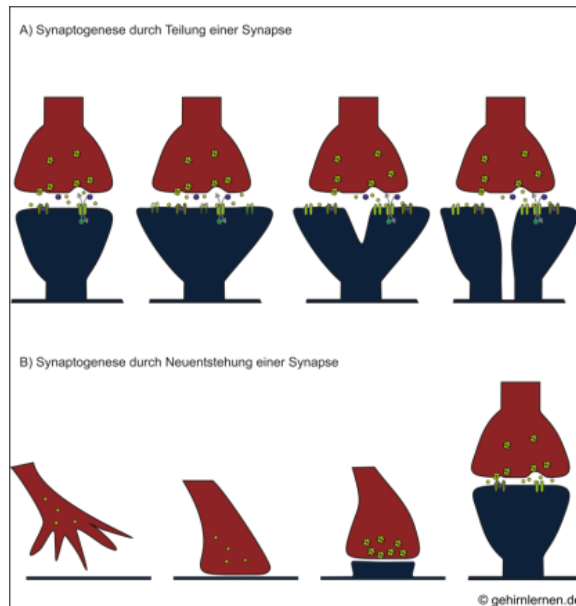
Bessere Verteilung
der Aufgaben

Neubildung von
Synapsen

Neubildung von
Nervenzellen

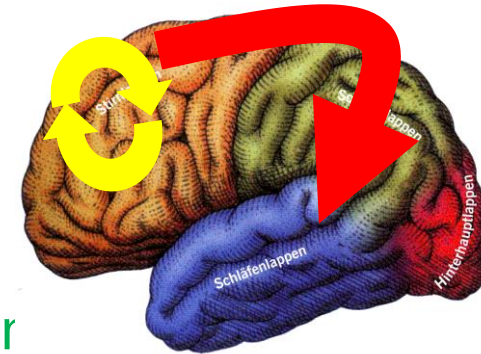
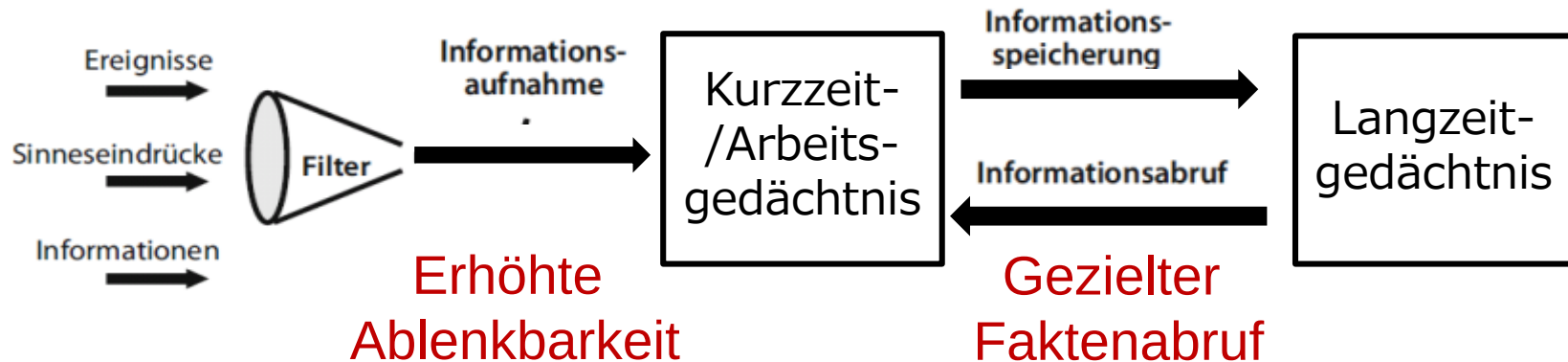


Cabeza: Psychol & Aging (2002)



Alterseffekte auf das „Gedächtnis“

„Sensoren“
gestört



Unabhängig vom Alter beeinflusst die Stimmung das Gedächtnis!

Weisheit als Forschungsthema

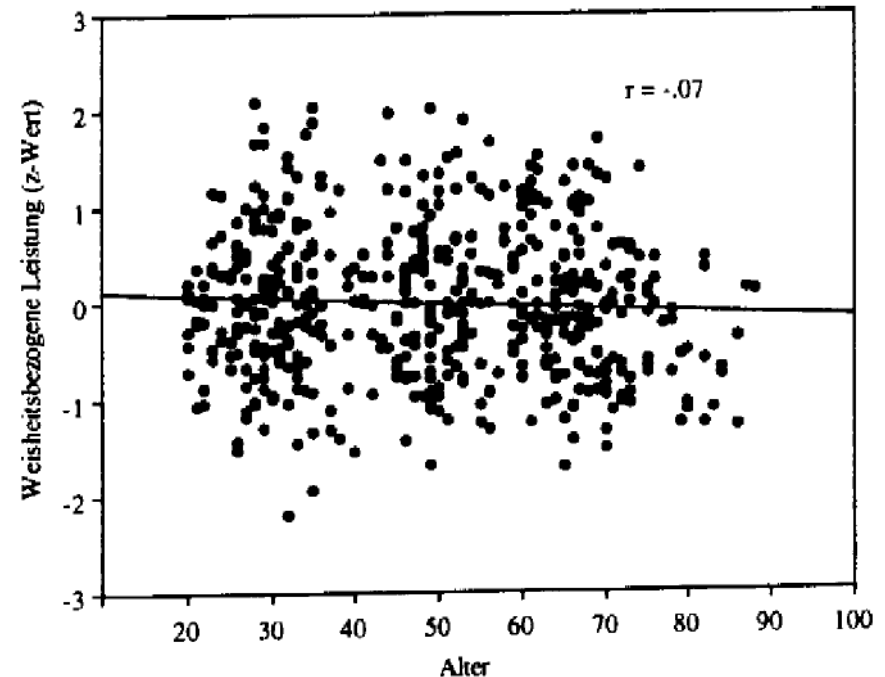
Sinnkrise

Beim Nachdenken über ihr Leben stellen Personen manchmal fest, daß sie im Leben nicht das erreicht haben, was sie sich vorgestellt hatten. Was könnte man / was könnten diese Personen in einer solchen Situation bedenken und tun?

Auszug aus einer hoch bewerteten Antwort

Zunächst möchte ich sagen, daß wahrscheinlich nur sehr wenige und wenn dann recht unkritische Personen von sich sagen würden, daß sie mit dem, was sie erreicht haben, völlig zufrieden sind. ... Es hängt sehr von der Art der Ziele ab, die sich die Person gesetzt hat, ob es eher idealistische oder eher materialistische Ziele sind. Es hängt auch vom Alter der Person ab und von den Lebensumständen, in denen sie sich befindet. ... Dann würde man wahrscheinlich versuchen die Gründe zu untersuchen, warum

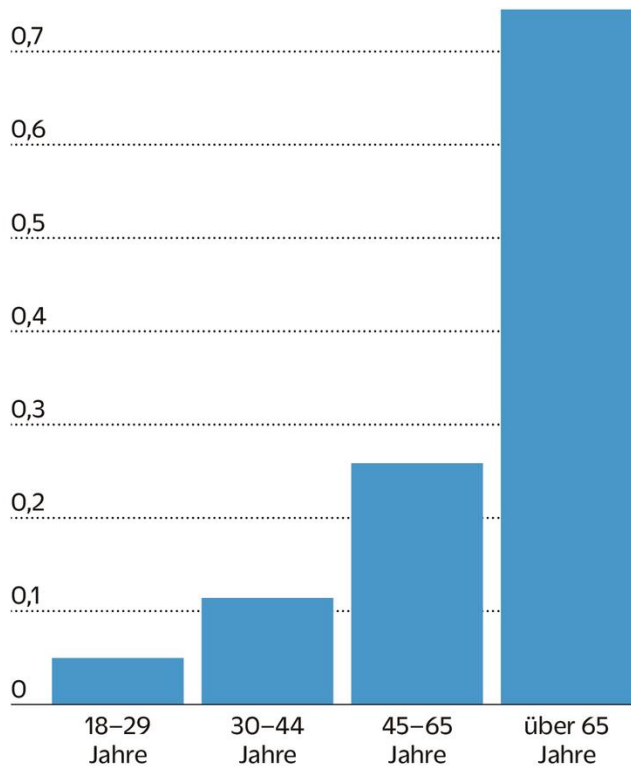
bestimmte Ziele nicht erreicht wurden. Oft ist es so, daß viele Dinge gleichzeitig verfolgt wurden, ohne Schwerpunkte zu setzen und dann am Ende gar nichts dabei herauskommt. ... Man muß allmählich realistischer werden in den eigenen Zielen. Oft hilft es, wenn man mit anderen darüber redet. ... Schwierigkeiten im Leben können in der Person aber auch in der Umgebung liegen oder in der Passung zwischen beiden. ...



Lügen haben alte Beine – besonders Rentner verbreiten Fake-News

Alte verbreiten mehr Gerüchte

Durchschnittliche Anzahl von verbreiteten
Fake-News auf Facebook (2016)



Quelle: «Science Advances» vom 9. 1. 2019

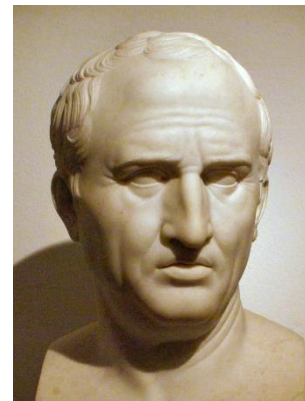
Wie sind alte Menschen?

Veraltete Auffassungen und Klischees

„Aber das Alter ist mürrisch, ängstlich, jähzornig, ungefällig und, wenn wir weiterforschen, habsüchtig. Allein, dies sind Fehler des Charakters, nicht des Greisenalters. Übrigens hat doch das mürrische Wesen neben den anderen genannten Fehlern eine Entschuldigung für sich, Greise glauben, man schätze sie gering, man sehe auf sie herab, man verspötte sie ...

Doch alle diese Fehler können durch gute Sitten und wissenschaftliche Bildung gemildert werden; [...] Denn so, wie nicht jeder Wein mit dem Alter sauer wird, so wird auch nicht bei jedem Menschen das Alter sauer. Den Ernst lobe ich am Greisenalter, aber wie alles andere, in gehörigem Maß; unfreundliches Wesen hingegen auf keine Weise.“

(Cicero, 45/44 v.Chr.; ca. 60 jährig; übersetzt von E. Gottwein).



Altersdiskriminierung. Ageism

Stark wirksame Klischees:

- Denken an negative Attribute des Alters verschlechtert Gedächtnisleistung und Gehgeschwindigkeit
- Ältere Arbeitnehmer mit negativem Altersbild bringen schlechtere Leistung
- Negative Effekte durch die Bezeichnung „alter Arbeitnehmer“ schon ab 45 Jahren

Aber:

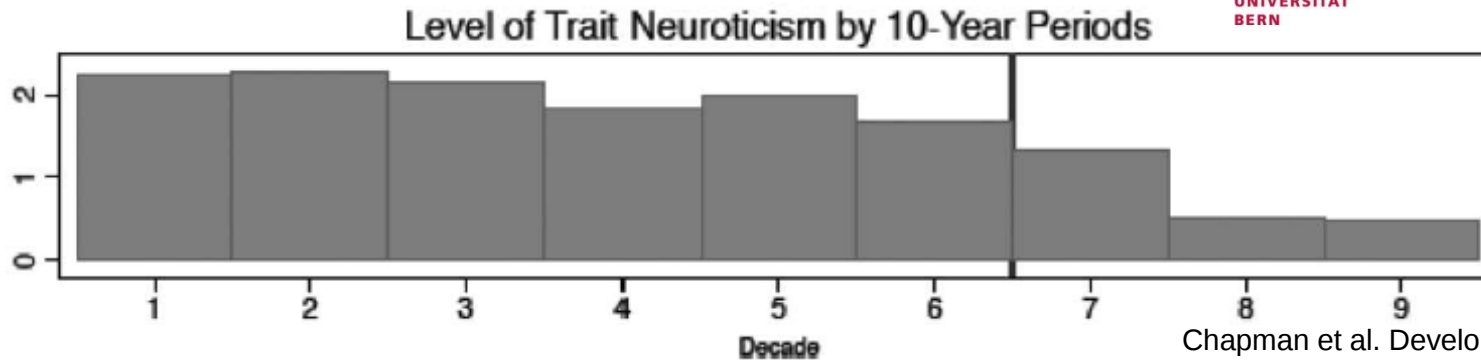
Ein positives Altersbild verlängert das Leben um sieben Jahre

[Levy 2002; Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement]

Persönlichkeit im Alter

u^b

u^b
UNIVERSITÄT
BERN



Chapman et al. Developmental Psychology 2014

- Entwicklung zwanghafter Charakterzüge als Anpassung auf schlechter werdende Handlungsspielräume und schlechtere Kognition
- Besonders selbstbestimmte, schizoide, kontrollierende Charaktere, suizidieren sich im Alter möglicherweise wegen eingengter Lebensbedingungen
- Starker Neurotizismus (z.B. in Lebensmitte) ist verbunden mit Late-Life Depression und schlechterem Behandlungoutcome sowie schlechterer Kognition. Auch verbunden mit mehr Alzheimer-typischen Hirnveränderungen und Demenz [Terracciano et al. JAMA Psych 2017]

Emotionsverarbeitung im Alter

- Sie verspüren weniger intensive negative Emotionen
- Negative emotionale Reize erhalten weniger Aufmerksamkeit als positive
- Informationen mit negativem Gehalt werden mit geringerer Wahrscheinlichkeit im Gedächtnis behalten als solche mit positivem Gehalt

Nach: Cohen, G. D (2005). Geistige Fitness im Alter

Alt=Depressiv

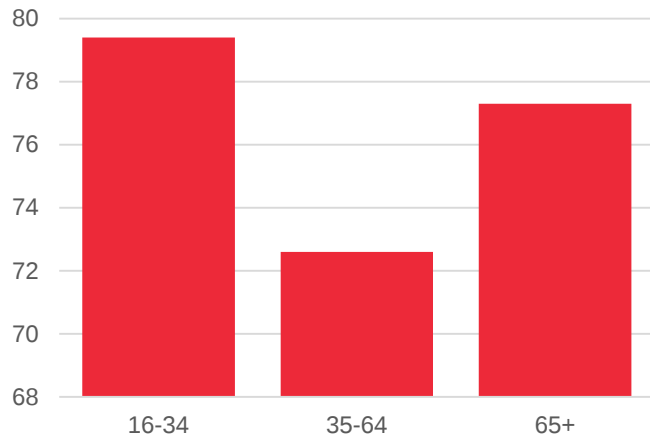


<http://www.wz-newsline.de>

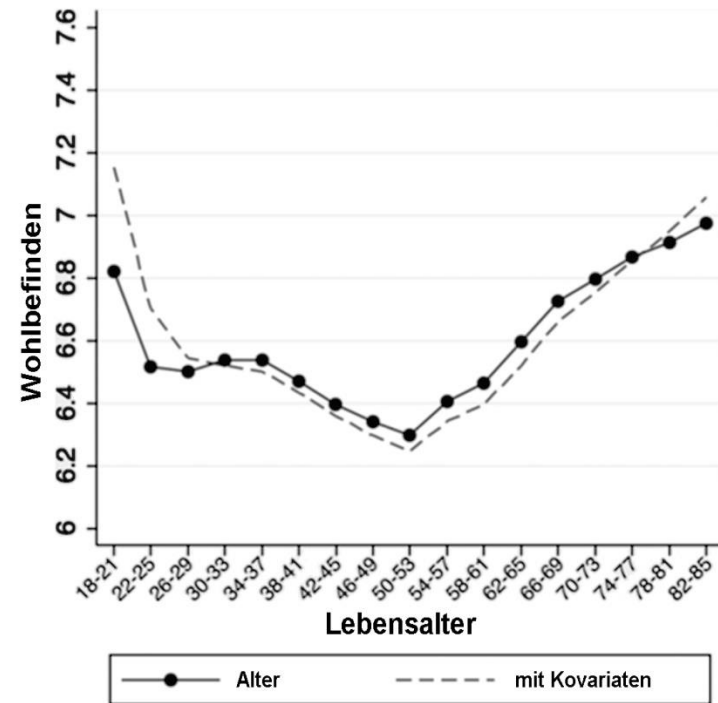


<http://www.gesundheitsstadt-berlin.de>

Glücklichsein nach Altersgruppen



© Obsan 2020

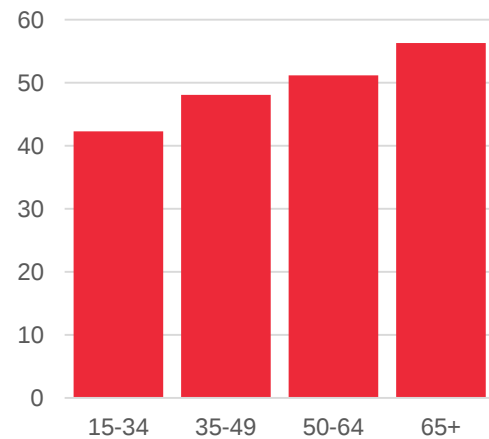


Stone, 2010, PNAS

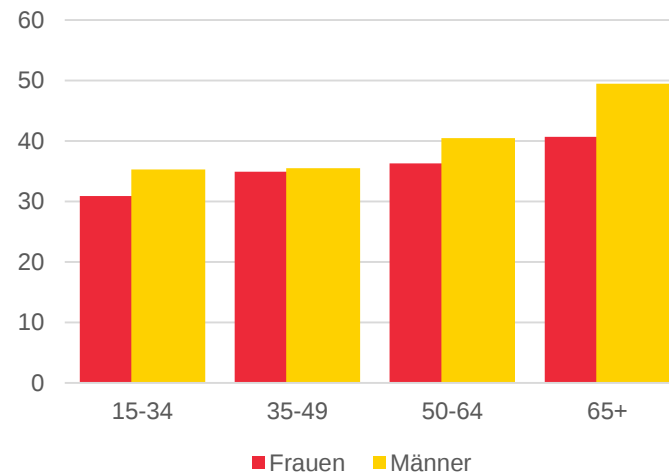
- Mit dem Alter Zunahme von Ruhe und Ausgeglichenheit

Selbstwahrnehmung und Alter

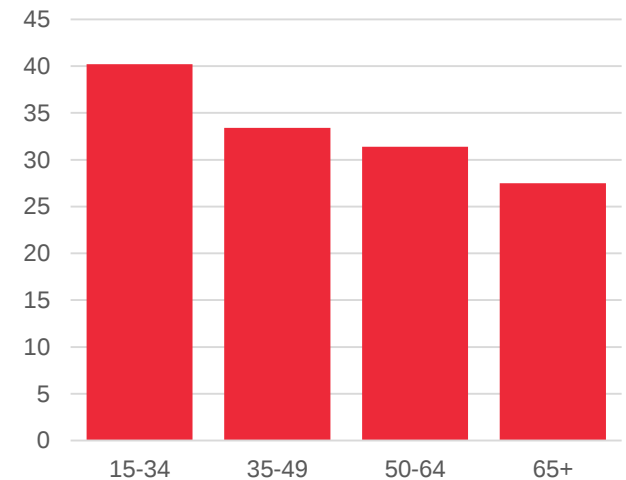
Hohes Energie- und Vitalitätsniveau



Hohe Kontrollüberzeugung

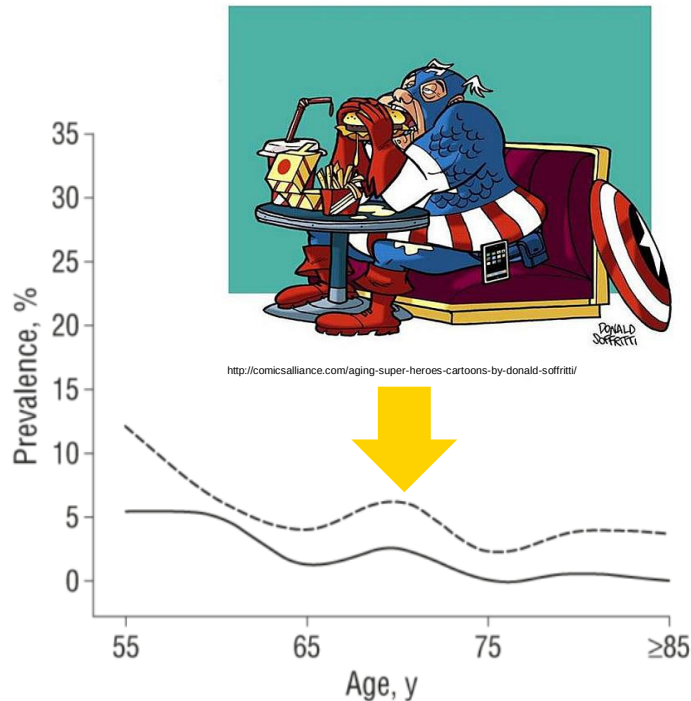


Einsamkeitsgefühle

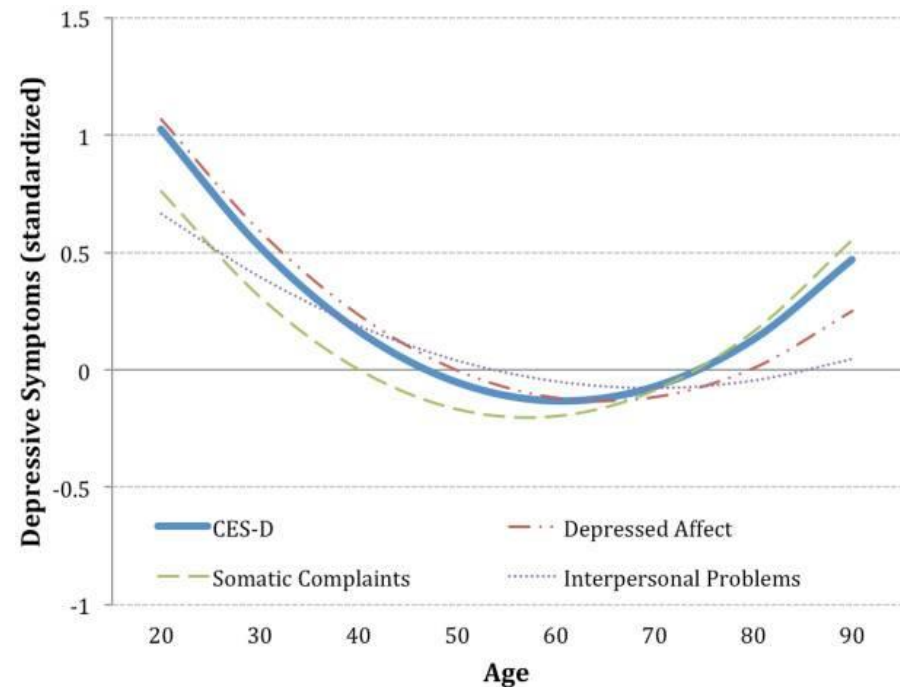


© Obsan 2020

Abnahme „Schwerer Depression“, Zunahme leichter Symptome



Byers et al., 2010, *Arch Gen Psychiatry*.

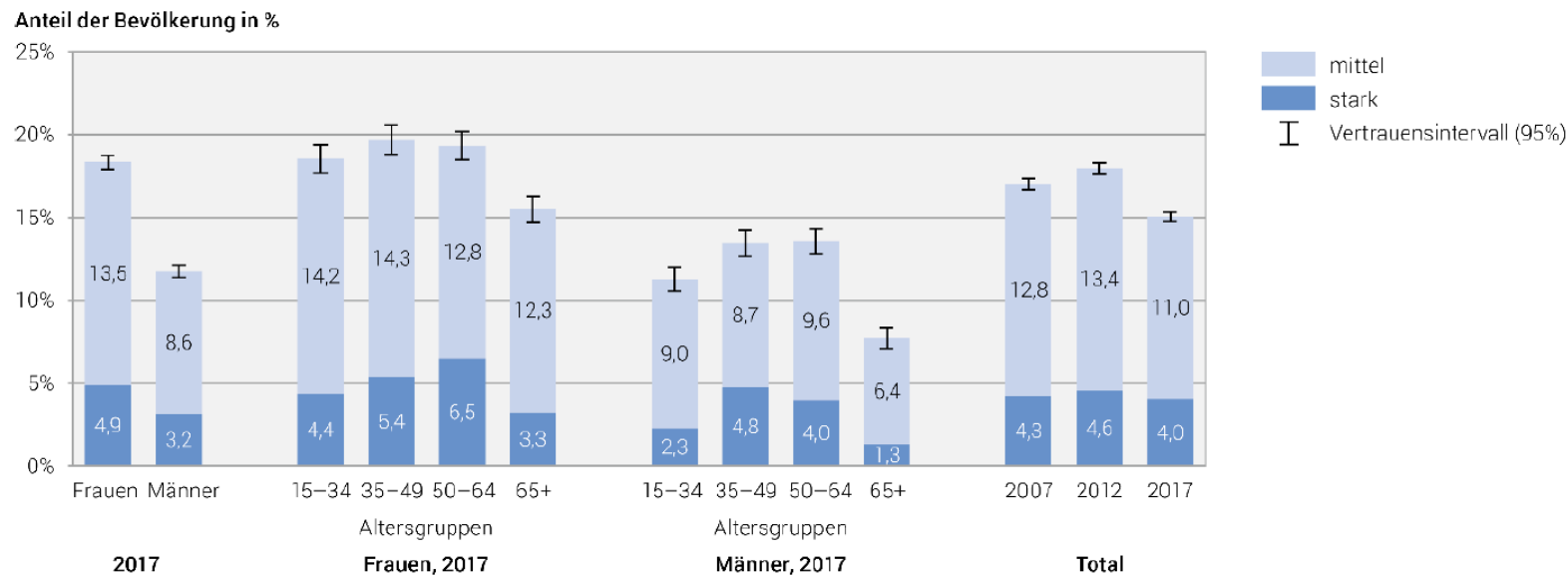


Sutin et al. *JAMA Psych*. 2013

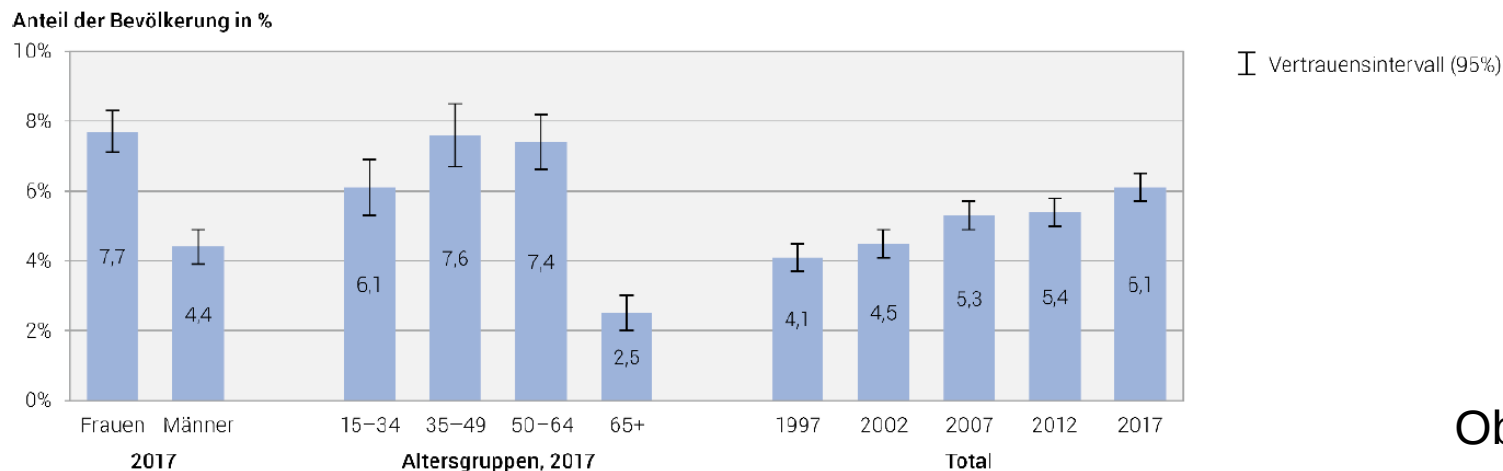
- Abnahme mit dem Alter, auch weil Diagnosekriterien nicht mehr erreicht werden.

Psych. Belastung und Inanspruchnahme Psych. Behandlung

G 2.6 Psychische Belastung, nach Geschlecht und Alter, 2007, 2012, 2017



G 4.1 Behandlung psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter, 1997-2017



Depression nach ICD-11

Tab. 19.2 Nicht auf das Lebensalter bezogene Depressionsdiagnostik nach ICD-11	
Hauptsymptome	Zusatzsymptome
Affektives Cluster • Gedrückte, depressive Stimmung • Interessenverlust, Freudlosigkeit •	Kognitives Cluster • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Hoffnungslosigkeit • Wiederkehrende Gedanken an den Tod. Suizidgedanken/-handlungen. Neurovegetatives Cluster • Schlafstörungen • Verminderter/ erhöhter Appetit • Psychomotorische Unruhe/ Verlangsamung • Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

- **2** 1 Hauptsymptomen und 4 weitere Symptomen: leichte Depression.
- Dauer mindestens zwei Wochen, an fast jedem Tag

Element der Depression im Alter

Antrieb

Sozialer Rückzug
Antriebsminderung (Nahrung,
Körperpflege, Arztbesuche)
Interessenlosigkeit

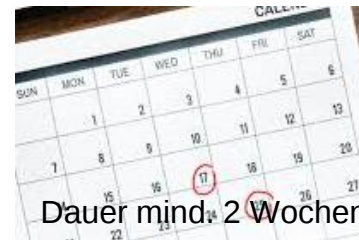
Stimmung
Reizbarkeit

Unspezifische körperliche Symptome

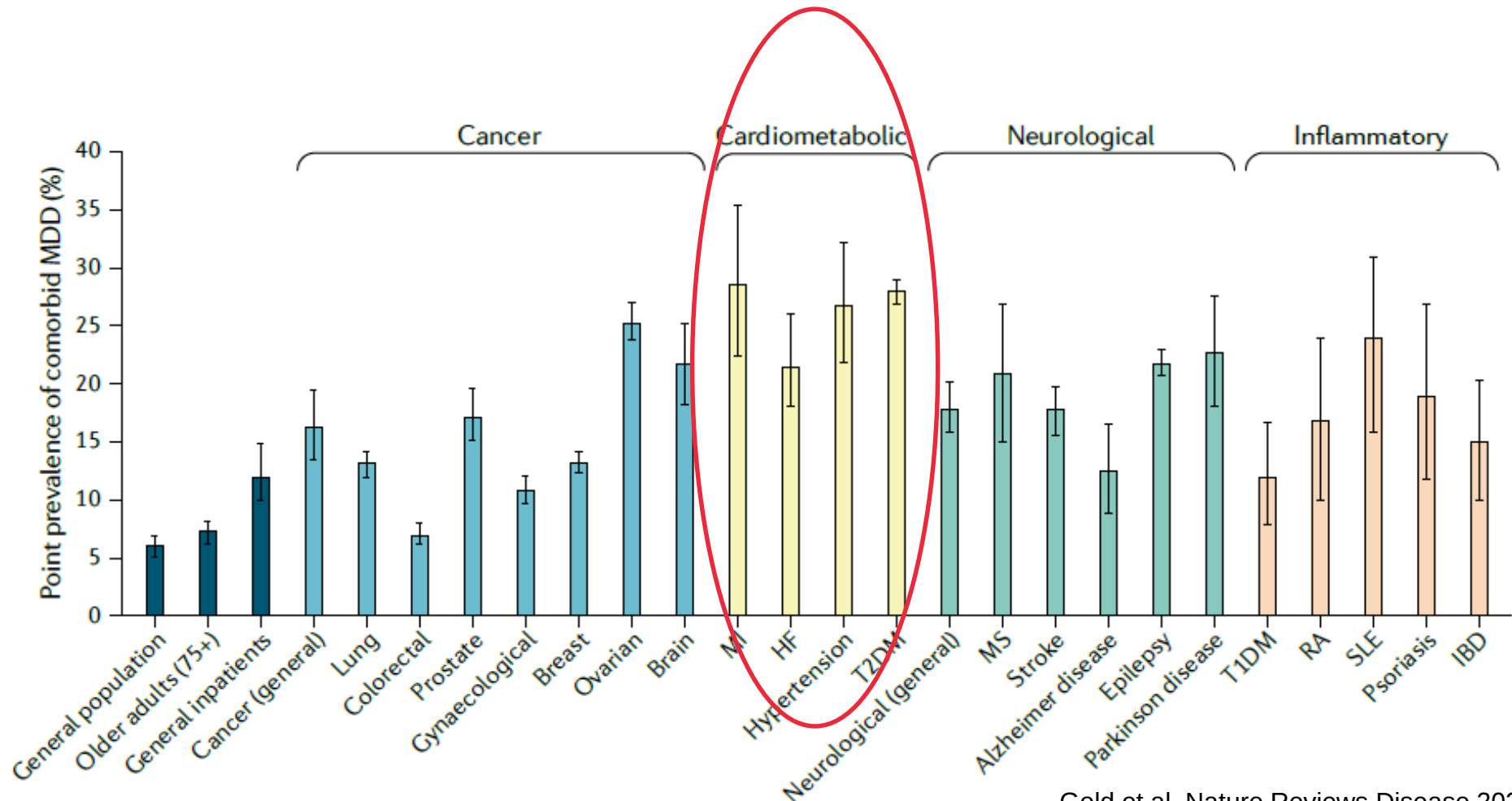
Denken

Gedächtnis
Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit
Gefangen in Denkschleifen (Lebensbilanzierung)
Psychot. Inhalte

Suizidalität



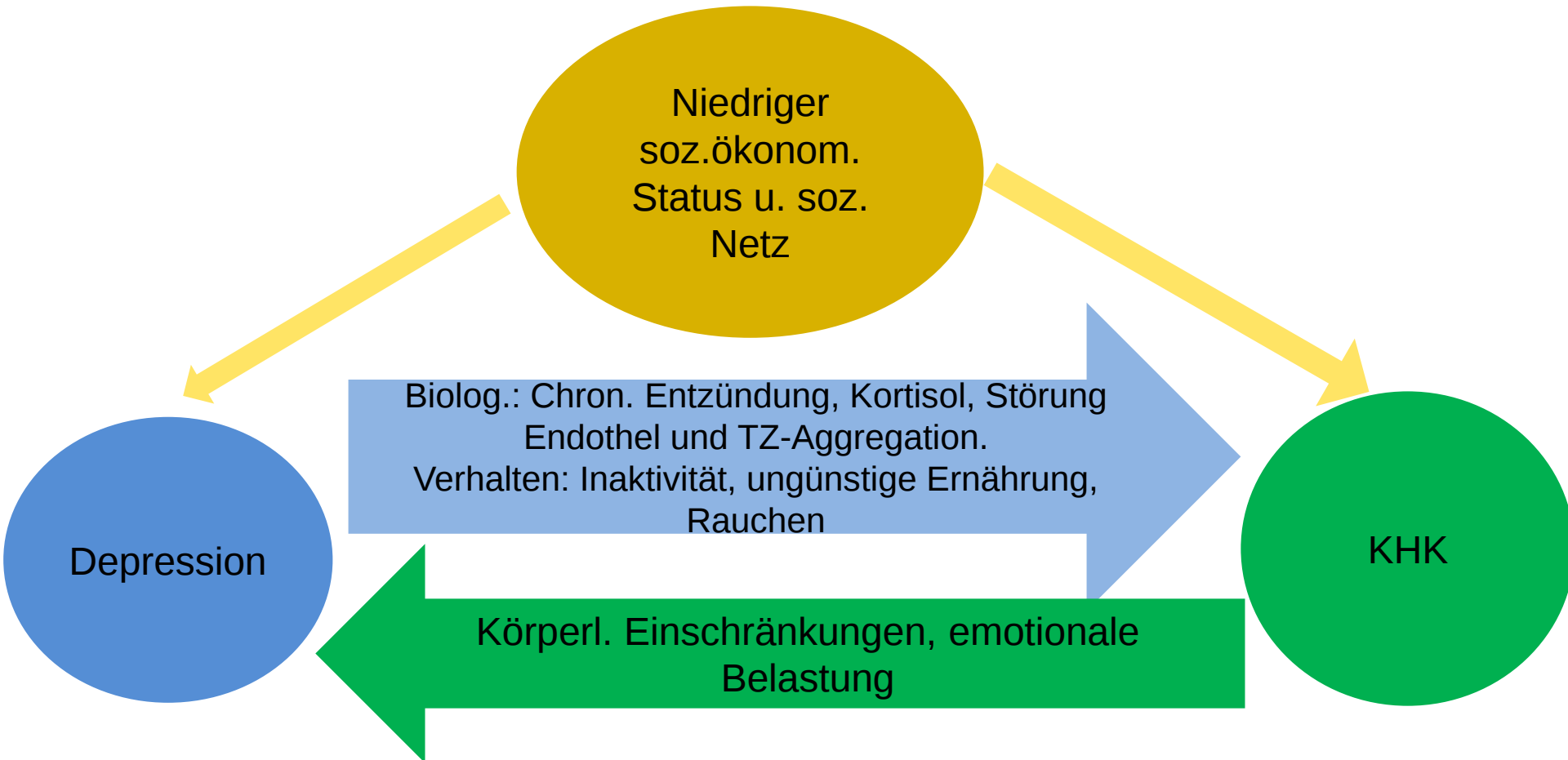
Depression und körperl. Erkrankung



Gold et al. Nature Reviews Disease 2020

KHK und Depression

- Schwere Depressionen verdoppeln Mortalität der KHK
- Erfolgreiche Depressionsbehandlung reduziert cardiovask. Ereignisse
- Aerobes Ausdauertraining im Behandlungsplan (Blumenthal et al. JAMA 2012)



Demenz oder Depression?

- Therapeutisch und prognostisch hochrelevante Unterscheidung
- Depressive Symptome und Demenz im Alter relativ häufig
- Bei beiden Erkrankungen treten Gedächtnisprobleme auf!
- Patienten mit Demenz haben besonders im Frühstadium Depressionen
- Suizidrisiko nach Diagnose MCI (HR 1.7) und Demenz (HR 1.4) erhöht [Günak al. Jama Psych 2021]



Depression: Besonderheiten im Alter (zusammengefasst)

Häufig leichte und mittelschwere Depressionen. Mit >85 Jahren eher wieder Anstieg schwerer Depressionen (insb. in Pflegeheimen)

Depressive Symptome auch als Folge einer anderen Erkrankung (z.B. sozialer Rückzug wg. Inkontinenz, Sturzangst und Immobilität) oder sedierender Medikamente (Interessenlosigkeit, Antriebsarmut)

Vom Patienten (übertrieben) wahrgenommene kognitive Symptome werden als „Beweis“ für beginnende Demenz fehlgedeutet. → Abwärtsspirale

Deutliche Zunahme von Suiziden (insb. alleinstehende Männer)

→ Weniger Niedergestimmtheit, mehr Interessenlosigkeit, sozialer Rückzug und unspezifische Körpersymptome, schlechte Prognose (da oft keine geeignete Therapie)

PAUSE

Weiteres Interesse?

Fragen gerne an:
stefan.kloeppel@upd.ch



Bücher können bei sandra.habegger@upd.ch vergünstigt bestellt werden.

Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie

Stefan Klöppel^{1,2} , Armin von Gunten^{1,3}  und Dan Georgescu^{1,4} 

Tabelle 1. Qualitätsmerkmale der stationären Alterspsychiatrie

Fachliche Kriterien

Ärztlicher Bereich:

- Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und -psychotherapie
- Kompetenz in Psychiatrie, Psychotherapie und Somatik (Innere Medizin, Neurologie)
- Als zusätzliches Kriterium könnte zukünftig die fachspezifische wissenschaftliche Qualifikation des Weiterbildungsstättenleiters, z.B. belegt durch fachspezifische wissenschaftliche Publikationen oder Kongressbeiträge, eingeführt werden

Infrastruktur und gerontologische Aspekte

- Barrierefreie Infrastruktur (Innen- und Aussenräume), z.B. Architektur, Design, Farbkonzept, Orientierungshilfen, Bewegungsförderung, Licht, Akustik. Barrierefreiheit/Universal Design [5].
- Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion sind wesentliche Ziele einer barrierefreien Gestaltung [6].
- Vertrautheit, emotionale Sicherheit und Geborgenheit. Wahrung der Privatsphäre.
- Ressourcenorientiert Kompetenzen erhalten und damit Autonomie fördern.

Behandlungsangebote

- Interdisziplinäre Behandlungskonzepte und -prozesse mit Bezug zu Guidelines/Empfehlungen und QM.
- Ergo-/Aktivierungstherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Physiotherapie (Mobilisierung).
- Erhebung von Patient-Related Outcome und Experience Measures (PROM/PREM) und Clinician-Reported Outcome Measures (CROM), die aktuell durch eine Expertengruppe beim ANQ zusammengestellt werden.

Konzept zur Qualitätsentwicklung in Spitälern

- Pro Themenbereich muss ein betriebsinternes Q-Konzept vorliegen und im übergeordneten QMS integriert sein.
- ...
- ...
- Eine externe Prüfstelle überprüft die Erfüllung der Anforderungen an betriebsinterne Q-Konzepte pro Themenbereich stichprobenartig (Zufallsprinzip oder vergleichenden Q-Indikatoren; z.B. ANQ).
- Die Selbstdeklaration sowie die Prüfungsergebnisse werden publiziert.

Themenbereiche

Gestaffelte Einführung

Themenbereich	Einführungszeitpunkt			Definition
	Akut.	Psyc.	Reha.	
Qualitäts- und Sicherheitskultur	2022	2022	2022	Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Verinnerlichung von optimalen Zielen, Normen, Werten und Verhaltensmustern unter den Mitarbeitenden eines Spitals oder einer Klinik zu Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten.
Infektionsprävention und Spitalhygiene	2022	- ¹	2022	Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierlichen Weiterentwicklung zur optimalen Prävention von Infektionen in Spitälern und Kliniken.
Begleitende Behandlungsqualität und Prävention	2022	2022	2022	Behandlungsbegleitende, korrigierende und präventive Massnahmen, welche nicht in direktem Zusammenhang mit der primären Behandlung stehen (je nach Relevanz in einem Spital oder einer Klinik eine Auswahl von z.B. Sturzprävention, Dekubitusprävention, freiheitsbeschränkende Massnahmen, Aggressionsmanagement, Delir-Management, Mangelernährung sowie weitere behandlungsbegleitende und präventive Themen) inklusive deren kontinuierlichen Weiterentwicklung.
Interdisziplinäre und interprofessionelle Lern- und Kommunikationskultur	2023	2023	2023	Die Gesamtheit von Massnahmen und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zur Verinnerlichung von optimalen Zielen, Normen, Werten und Verhaltensmustern unter den Mitarbeitenden eines Spitals oder einer Klinik zum optimalen interdisziplinären kommunizieren und kontinuierlichen lernen im Hinblick auf eine optimale Behandlungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Alterspsychiatrie

Stefan Klöppel^{1,2} und Dan Georgescu^{1,3}

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Weggis, Schweiz

² Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste AG (UPD), Universität Bern, Bern, Schweiz

³ Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Windisch, Schweiz

Vier Dimensionen Zwang n. SAMW

- Willensäusserung der Person
 - geäusselter/natürlicher Wille einer urteilsfähigen Person oder vorverfügter bzw. mutmasslicher Wille einer urteilsunfähigen Person
- Verhalten der Person gegenüber der Massnahme
- Zweck
 - Therapie oder Abwendung akuter Eigen- oder Fremdgefährdung
- Invasivität
 - Überzeugen → Überreden → «Erpressen» (an Bedingungen knüpfen)
→ → → körperliche Gewalt

Fall 1 Pat. mit schwerer Demenz

Umfassende Urteilsunfähigkeit

- Pat. kann weder in Spitaleintritt noch Behandlung einwilligen
 - FU erforderlich
 - Behandlung ohne Zustimmung ist Entscheidung der ärztl. Leitung und nicht vertretungsberechtigter Person.
 - Behandlungsplan für psychiatrische Erkrankung erforderlich.
Einbezug Umfeld;

Fall 2 Delir

Urteilsunfähig für Sturzneigung

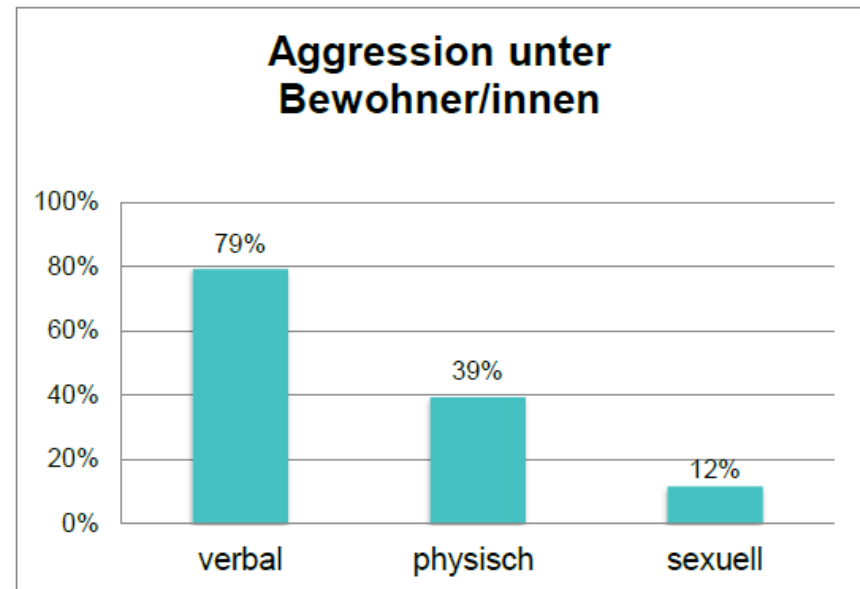
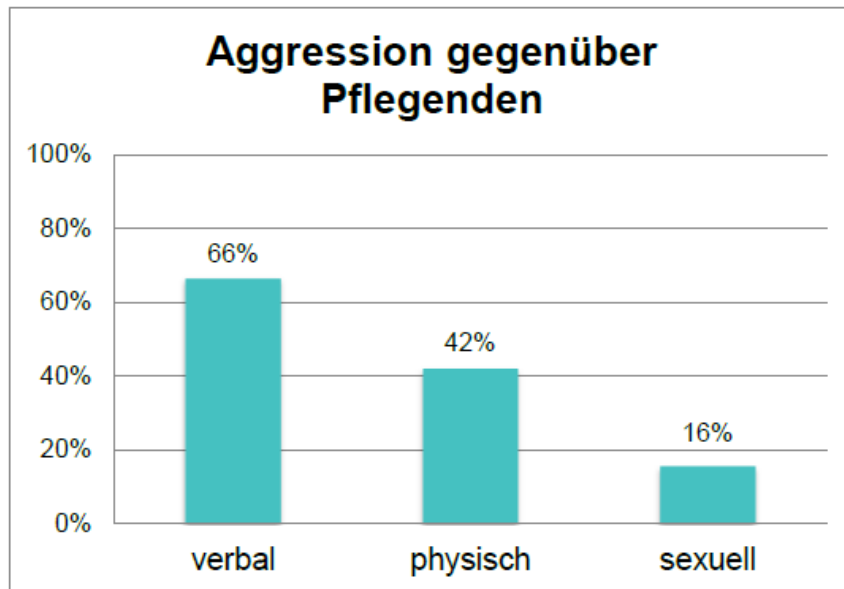
- Pat. im Rahmen durch Delir umfassend urteilsunfähig und sturzgefährdet
- Pat. akzeptiert Softgurt während Gruppentherapien
 - Erfassung als bewegungseinschränkende Massnahme auch wenn Pat. einwilligt. Ethisch aber bedeutsam.
- Jede Anwendung Softgurt muss separat erfolgen im „Erfassungsinstrument Freiheitsbeschränkende Massnahmen“
-

Besonderheiten der Alterspsychiatrie: Die Arbeit im Alters- und Pflegeheim

- Ca. 50% der Heimpatienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Demenz mit Verhaltensstörungen, Depression, Abhängigkeit)
- Rund 30% der Heimbewohner erhält Antipsychotikum
- Innerhalb eines Monats erhalten 50% der Heimbewohner mind. ein ungeeignetes Medikament. 13% erleiden eine relevante Nebenwirkung (Perri 2005; The Annals of Pharmacotherapy)
- Gabe von Antipsychotika erhöhen Sturzhäufigkeit um den Faktor 1,6 (Deandrea Arch Gerontology & Geriatrics 2013)
- Zusammenhang zwischen Personalfluktuation im Pflegeheim und psychischen Belastungen durch aggressive / unfreundliche Patienten (Simon et al. 2005; NEXT-Studie)

Aggressives Verhalten von Bewohner/innen

Anteil der Pflegenden, die mindestens einmal in den letzten 4 Wochen aggressives Verhalten von Bewohner/innen erlebt haben



<https://shurp.unibas.ch/wp-content/uploads/2015/04/SBK-AG-SO.pdf>

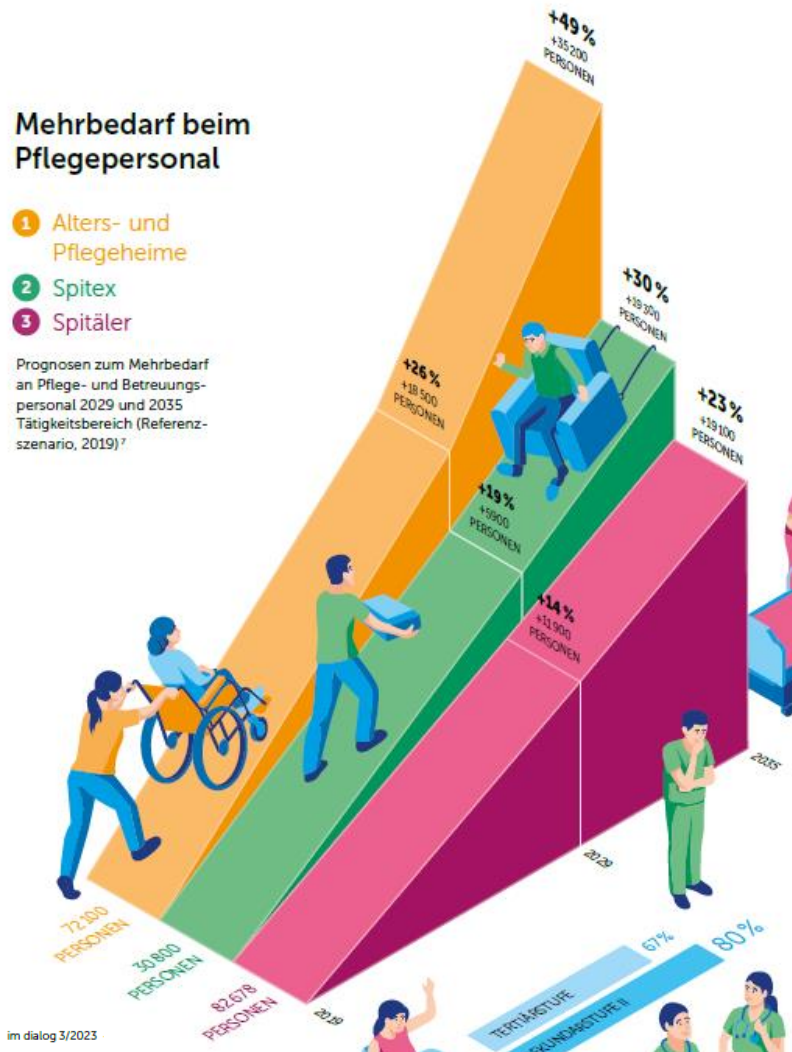
Häufigkeit vergleichbar mit stationärer Aktupsychiatrie in CH (Schlup et al. 2021)

Fachkräftemangel und digitale Transformation

Mehrbedarf beim Pflegepersonal

- 1 Alters- und Pflegeheime
- 2 Spitex
- 3 Spitäler

Prognosen zum Mehrbedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 Tätigkeitsbereich (Referenzszenario, 2019)⁷



Digitale Transformation
Erwartungen für Somatik: Extrem hohe (einmalige) Investitionen und erfolgreicher Kulturwandel ermöglicht Halbierung des Zuwachses des Personalbedarfs (PWC 2022).

Anwendbarkeit auf nicht-med. Therapien?

Technologie in Pflege bei Demenz



SITÄRE
HE
BERN

WELT



Ticker



Suche



Anmelden

ABONNEMENT

GESUNDHEIT ALTENPFLEGE

Kuschelroboter "Paro" empört Ethiker

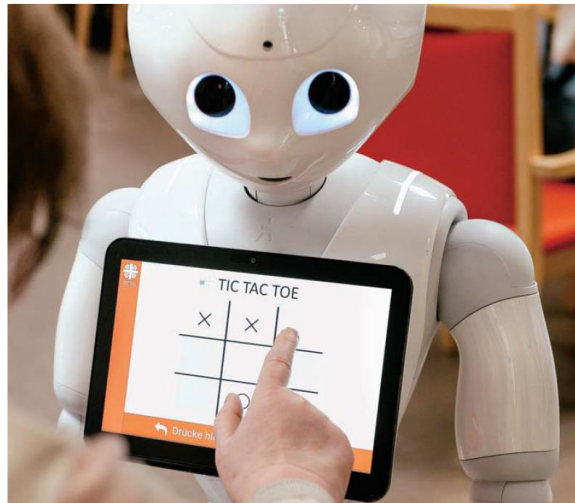
Veröffentlicht am 12.09.2011 | Lesedauer: 2 Minuten

„Eine Roboter-Robbe? Sie können doch meine Mutter nicht für dumm verkaufen!“ Eine Angehörige



Rückgang von Medis, Verbesserung Stimmung, Stresslevel,Petersen et al.

Türkisch ist kein Problem



Individuelle Ansprache, Trinkprotokolle, Puls, Blutdruck



DÄB 2019



[\[2212.04213\] arxiv.org](https://arxiv.org/abs/2212.04213)



Spezialwissen Alterspsychiatrie: Beispiel APH

- Diagnostik
 - Geriatrische Depressionsskala: körperliche Beeinträchtigungen nicht als Symptome der Depression fehldeuten
 - Erhebung PPB bei schwerer kog. Störung
- Psychotherapie
 - Explizitere Suche nach früher erfolgreichen Strategien
 - Häufigere und kürzere und ggf. weniger kog. betonte Einheiten
- Med. Therapie
 - Strengere Beachtung UAW Profil
 - Niedrigere Dosierung (häufig Niereninsuffizienz im Alter)
 - Längeres Abwarten bis Deklaration non-response
 - Längere med. Rückfallprophylaxe nach Depression
 - Focus auf Deprescribing (Absetzen überflüssiger Medis)

Fürsorgliche Täuschungen

SAMW 2017: „Menschen mit Demenz“

- Nichtkorrigieren einer falschen Situationseinschätzung und sogar aktive Täuschung können gerechtfertigt sein.
- „Ähnliche Überlegungen ... wegleitend ... virtuelle Realität simulieren“ (z.B. Roboter-Robbe, Bushaltestelle im Demenzgarten, künstliches Bahnabteil mit projizierten Landschaften).



<https://www.domicilbern.ch/>

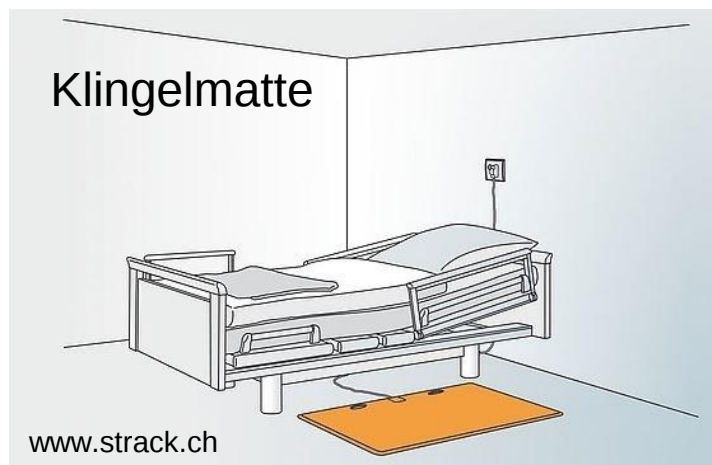


<https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article154592386/Darum-werden-aeltere-Menschen-so-unflexibel.html#cs-lazy-picture-placeholder-01c4eedaca.png>

Verdeckte Medi-Abgabe und freiheitsbeschränkende Maßnahmen

- Verdeckte Gabe von Medis vertretbar solange Patient nicht gezielt diese Medikamente bei offener Gabe verweigern würde (in dem Fall Zwangsmassnahme, Einwilligung der Vertretungsperson, nur unter FU Status).
SAMW 2017: „Menschen mit Demenz“

- Angepasster Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen



Grosse Verbesserungen möglich

Alterspsychiatrischer Konsildienst

- 135 Patienten (82 Jahre, 80% Demenz, 27% Depression)
- Begleitet über 6-15 Monate
- Vorschlag Änderung der Medikation bei 40%
- Beratung der Pflege, Zusammenarbeit mit Niedergelassenen
- Rückgang der psychischen Beeinträchtigung bei 70% (GCI)
- Bei 50% Verbesserung der Stimmung und der Selbst-/Fremdgefährdung
- 40% der Pflegekräfte gab Entlastung an
- Rückgang von Fixierungen und somatischen und psychiatrischen Spitaleinweisungen

Zusammenfassung APH

- Hoher Anteil der Bewohner der APH belastet durch schwere psychiatrische Störungen, aber auch durch zuviele Medikamente
- Personalschulung und Personalschlüssel von grosser Bedeutung für Prävention und nicht-medikamentöse Interventionen
- Oft schwierige Güterabwägung (Freiheit vs. Sicherheit)
- Polypharmazie und Neigung zu UAW nehmen zu
 - Hinterfragung seit Jahren eingesetzter Medikamente (Start-Stopp Liste)
 - Bei Hochbetagten: 50% der Medis in Studie abgesetzt bei verbesserter Lebensqualität [Garfinkel Algorithmus]

Entwicklungen Memory Clinic

Frühe Stadien und Primärprävention

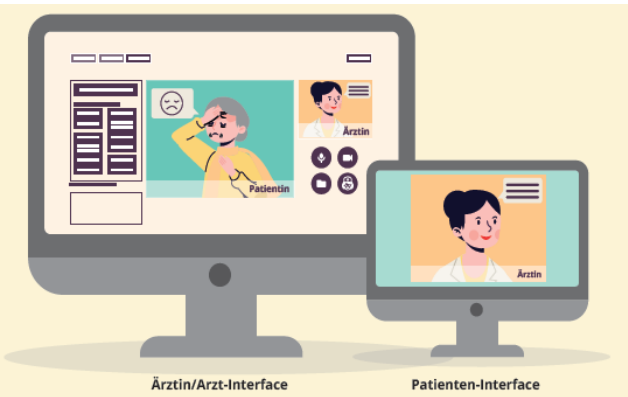
- Niederschwelligkeit, häusliche Anwendung, Förderung von Motivation

Manifeste **D**emenz

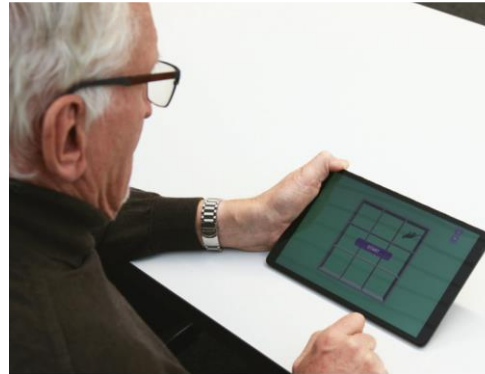
- Vermittlung von **K**ompetenzen, Schnittstellen zwischen Settings, punktuelles und kontinuierliches **M**onitoring (Projekt DeKoMo).
- Einsatz von Sensortechnik (zunächst im stationären Setting)

Die Memory Clinic aus der Ferne

Diagnostik



Training/ Kompetenz



Funktionsmonitoring



Spezifische
Zuweisungen

Interdisziplinäre
MEMORY Clinic
BERN

- Alterspsychiatrie
- Neurologie
- Geriatrie

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) A08.10.2024



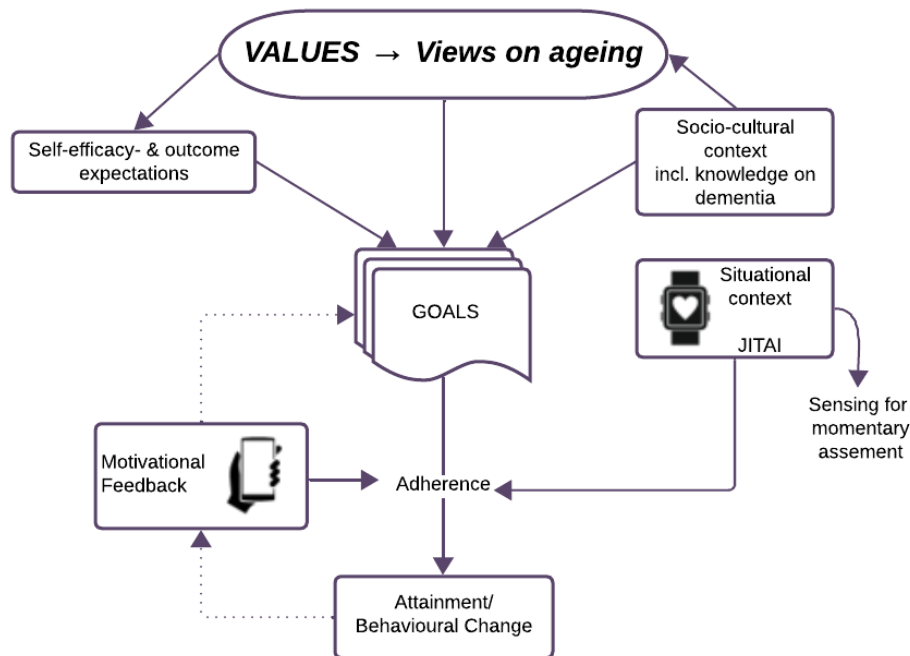
Zuweisung
Beratungs-
leitfaden

**PRO
SENECTUTE**
GEMEINSAM STÄRKER

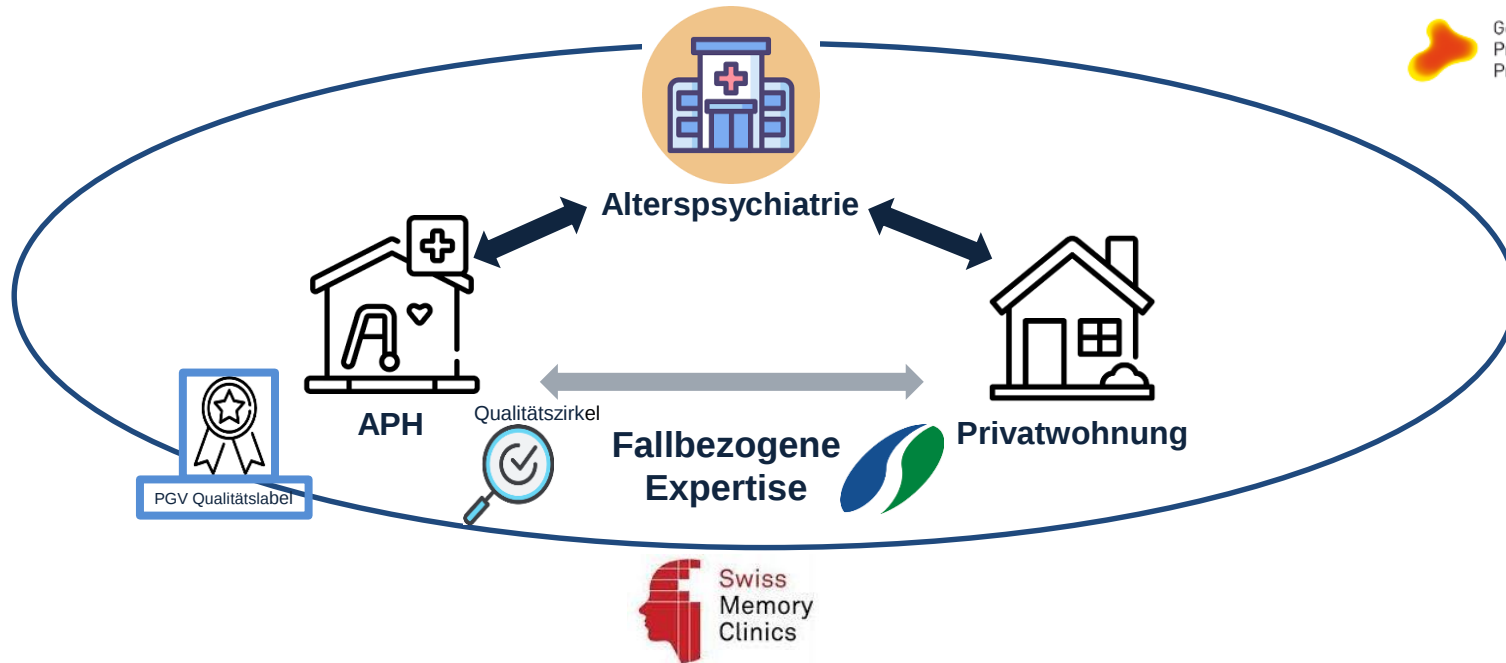
Technik zur Unterstützung werte-basierter Motivation



ITÄRE
E
ERN



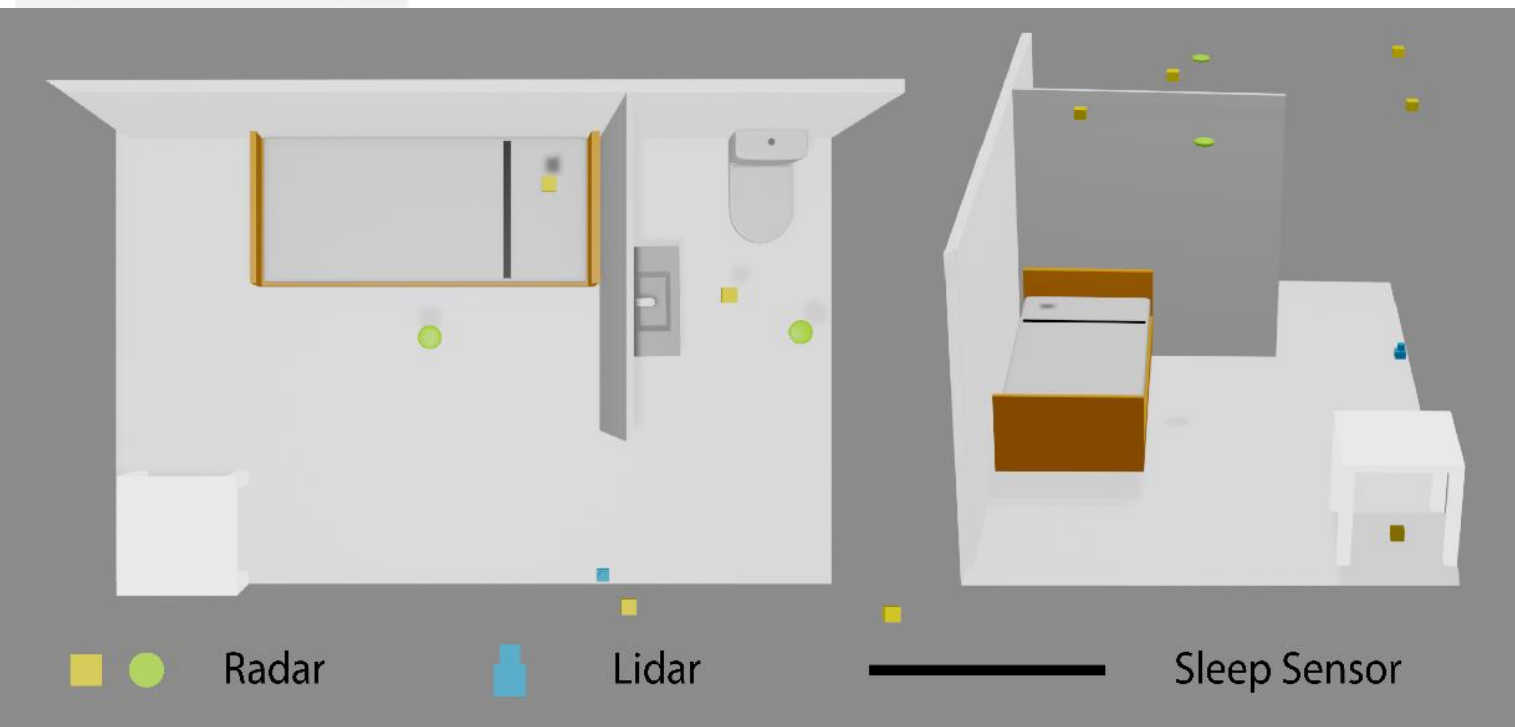
Fortgeschrittene Demenz Prävention komplizierter Verläufe



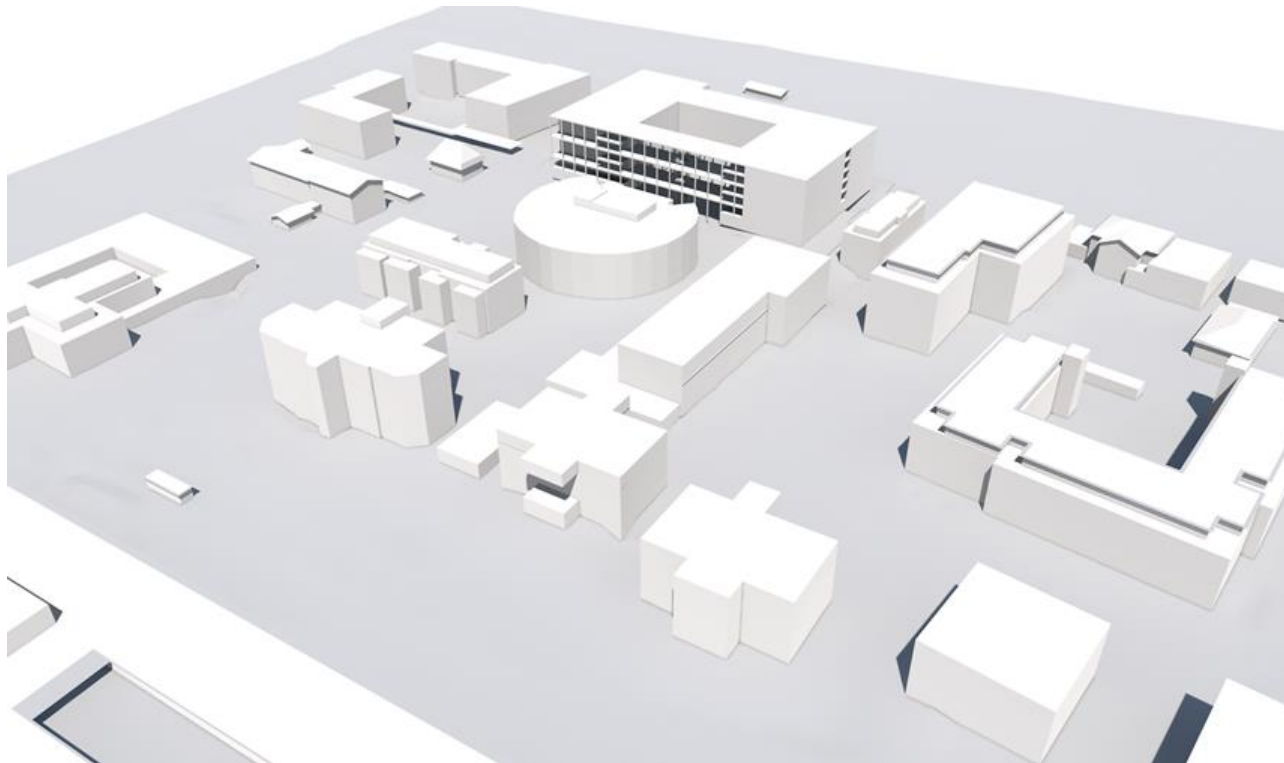
- Settingübergreifende Schulungen. Inhalte der NDS
- Standardisierungen an Schnittstellen
- Digitale Assessments und Monitoring
- Verfügbarkeit fallbezogener Expertise (SMC)
- Verstetigung über kantonal finanzierte Qualitätslabels

Stationäre Alterspsychiatrie

Eingesetzte Sensoren



Zukünftiges Zentrum für Altersmedizin Gümligen?



Zusammenfassung Einführung Alterspsychiatrie

- Ältere Menschen heterogene Gruppe (fitte Alte vs. Gebrechliche)
- Viele kog. Funktionen bis nach 70. LJ am Höchstwert
- Alter zwischen 65 und 80 Jahren oft geprägt durch Wohlbefinden und hoher Lebenszufriedenheit
- Andere klinische Ausprägung psych. Erkrankungen (subsyndromale Depression; langsamere Medi-Response; Verträglichkeit)
- Schlechte Prognose psych. im Alter wg. schwieriger Diagnostik, geringer Inanspruchnahme von Therapien, ungeeigneter Behandlung

NEWSLETTER

Forschung Alterspsychiatrie

EDITORIAL

Technologie in der Psychiatrie



Dr. phil. Pascal Wurtz,
Leiter Stab
Universitätsklinik für
Alterspsychiatrie
und Psychotherapie

mehr als nur zum Telefonieren verwendet. Sportuhren messen neben den Schritten auch Körperfunktionen, wie den Puls, Schlaf- oder Stresslevel und unterstützen einen gesunden Lebensstil. Viele Autos haben bereits elektronische Fahrassistenzen, die den Sicherheitsabstand zum vorderen Fahrzeug automatisch regulieren oder Müdigkeitsanzeichen erkennen und die

Spielereien? Im aktuellen Newsletter möchten wir aufzeigen, wie wir in der Alterspsychiatrie bereits heute technologische Hilfsmittel einsetzen, um die Behandlung und Aufenthaltsqualität unserer Patientinnen und Patienten zu unterstützen.

Ausserdem stellen wir ein Forschungsprojekt vor, das untersucht, ob und wie moderne Sensortechnik zu

Anmeldung Newsletter

studien-memoryclinic@upd.ch

<https://www.memory-clinic-bern.ch/>