Ein neuer Dienst für alte Menschen

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **87 (1978)**

Heft 8

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-548696

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Ein neuer Dienst für alte Menschen

Die Geriatrie, die Alterskrankenpflege, hat wie die Krankenpflege allgemein in der letzten Zeit eine neue Ausrichtung erhalten in dem Sinne, dass der Patient vermehrt als individuelle Persönlichkeit gesehen wird, im Gegensatz zur Betonung des Krankheits«falles».
Bekanntlich gehen altersbedingte Erkrankungen häufig mit psychischen Störungen einher, ohne dass wegen der einen oder anderen Komponente die Einlieferung in ein Spital unbedingt nötig wäre; deshalb sucht man neue Formen der Pflege. Ein solcher Versuch war die Schaffung des Psychogeriatrischen Zentrums in Lausanne vor zehn Jahren. Eine Mitarbeiterin der Redaktion «La Croix-Rouge suisse» besuchte letzten Sommer das Zentrum, um sich über seine Ziele und Arbeitsweise orientieren zu lassen.

Das Zentrum für ambulante Psychogeriatrie in Lausanne wurde vor zehn Jahren eröffnet, um die Dienste der psychogeriatrischen Klinik zu ergänzen. Seit einem Jahr steht die Chefärztin der Klinik, Frau Dr. R. Kaufmann, dem Zentrum vor, wobei sie von Dr. L. M. Bircher unterstützt wird. Die Aufgabe des Zentrums umfasst einerseits die übliche Tätigkeit einer Poliklinik, das heisst der Kranke kommt hier in die Sprechstunde der Ärzte, anderseits einen Hausbesuchsdienst, wobei ein Arzt sich in Begleitung einer Krankenschwester zum Patienten begibt. Es handelt sich dabei oft um eine Notsituation, wo an Ort und Stelle sofort und mit den vorhandenen Mitteln eine Lösung gefunden werden muss, also eine ähnliche Aufgabe wie die eines Allgemeinpraktikers.
Im ersten Stock des Gebäudes ist ein kleines Tagesspital eingerichtet, das Platz für etwa 12 Personen bietet. Die Patienten werden am Morgen mit dem eigenen Bus des Zentrums hergebracht und am Abend wieder nach Hause geführt.
Der Bestand des medizinischen Personals ist veränderlich. Zur Zeit unseres Besuches waren vier Mediziner, davon drei ganztägig, angestellt. Die Chefärztin der psychogeriatrischen Klinik und ihr Stellvertreter halten je einen Nachmittag pro Woche Sprechstunde, zudem arbeiten in der Regel zwei Assistenzärzte der Klinik teilzeitweise mit. Das Zentrum untersteht der kantonalen Verwaltung und hat somit öffentlichen Charakter.
Die Patienten, die hier behandelt werden, stehen alle im AHV-Alter und leiden an psychosozialen Störungen. Von 300 neuen Fällen werden durchschnittlich etwa 15 durch die Informationszentrale für Altersprobleme angemeldet, 30 durch Fürsorgestellen (Städtisches Fürsorgeamt, Caritas, Pro Senectute, Kirchgemeinden usw.), 40 durch Polikliniken und Spitäler, gut 100 durch praktische Ärzte, 50 durch die Familie, Gemeindeschwester, Sozialarbeiter, Wohnungsvermieter und andere Drittpersonen. Im allgemeinen wird der Patient im Zentrum behandelt, ohne dass er unbedingt schon einen Einweisungsschein vorweisen muss. Sehr zahlreich sind die Hausbesuche. Die Schwestern des Zentrums, alles diplomierte Psychiatrieschwestern, haben im ersten Halbjahr 1978 zum Beispiel über 6000 Besuche ausgeführt, das heisst mehr als die doppelte Zahl der Konsultationen.
Ein Drittel der Behandelten leiden an Gedächtnisschwund und Desorientierung, die durch Degenerationserscheinungen oder Gefässveränderungen verursacht sind und zu seniler Demenz führen können. Es sind ausgesprochen geriatrische Fälle, und das Zentrum kann ihnen durch Vermittlung einer Haushilfe beistehen. Damit wird eines der Hauptziele des Zentrums verfolgt: den Betagten so lange als möglich das Verbleiben in der Wohnung bei relativer Unabhängigkeit zu ermöglichen und den Spitaleintritt zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Ein weiteres Drittel der Behandelten sind solche, die an Depressionen leiden. Ihr Zustand wird durch Altersprobleme, Vereinsamung, Isolierung, Verwitwung, Abstieg in der sozialen Rangordnung, Verarmung verschlimmert. Das letzte Drittel der Patienten endlich umfasst die Gruppe mit verschiedenen psychischen Störungen, darunter alte Psychosen, späte Schizophrenien, Neurosen, Alkoholismus, ausgeprägte Verhaltensstörungen. Bei allen diesen Personen wird im Zentrum oder am Domizil behandelt, eine Hospitalisierung kann indessen nicht immer umgangen werden. Es kommt in der Tat vor, dass man einem Kranken wegen rapider Verschlechterung seines Zustandes nicht mehr helfen kann, aber die Einweisung ins Spital braucht nicht endgültig zu sein, und wenn der Patient entlassen wird, kümmert sich das Zentrum um die Nachbehandlung.
Die Ärzte des Zentrums bedienen sich der Psychotherapie – meist in Einzelsitzungen – und der medikamentösen Therapie, die aber auf das Notwendigste beschränkt wird. Da bei Geriatriepatienten oft verschiedene Störungen gleichzeitig auftreten, muss das Personal des Zentrums über den Gesundheitszustand jedes Patienten genau im Bilde sein, um ihn angemessen pflegen zu können, was nur durch eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, sei es der Hausarzt oder ein zugezogener Spezialist, gewährleistet ist.
Nach den besonderen Aspekten der Alterspflege befragt, erklärt Frau Dr. Kaufmann, dass die Gerontologie am Anfang als ein besonderes Kapitel der Medizin angesehen wurde und dass man eine ganze Bevölkerungsschicht unter einem stark medizinischen Gesichtswinkel betrachtete, dass aber eine Gegenströmung eingesetzt hat, die vor allem von Psychologen und Soziologen ausging; man hat erkannt, dass die Menschen im Dritten Alter eine viel weniger gleichförmige Gruppe darstellen, als man früher annahm, vielmehr ist jeder Betagte von einem langen Leben individuell geformt worden. In einer bestimmten Altersklasse gibt es Personen, die sehr gebrechlich und krank sind, während andere sich noch bester Gesundheit erfreuen und aktiv sind. Von daher betrachtet, sind die Begriffe «betagt» und «altern» sehr relativ. Wäre es nicht besser, vom Menschen statt vom «Betagten» und vom «Dritten Alter» zu sprechen? Das wäre einesteils milder und gleichzeitig zutreffender. Man sollte die Personen nicht um jeden Preis klassifizieren wollen.
Was die Abgrenzung der sozusagen normalen Alterserscheinungen wie Vergesslichkeit, Zerstreutheit und andere unbedeutende Störungen zu wirklich krankhaf-

ten Auswirkungen betrifft, hat sich Frau Dr. Kaufmann ihr persönliches Schema gemacht, in dem sich drei Kreise teilweise überschneiden. Im ersten Kreis sind die objektiv feststellbaren Abweichungen zu denken: verlangsamte Gehirntätigkeit, Vergesslichkeit, Desorientierung usw. Im zweiten Kreis sind die subjektiven Reaktionen der betreffenden Person auf die Störungen gesammelt; diese können zu einer Depression oder zu einer realistischen und positiven Haltung führen oder vom Betroffenen selber gar nicht wahrgenommen werden oder schliesslich aggressives Verhalten auslösen. Der dritte Kreis beinhaltet die Reaktionen der Umgebung dem Patienten gegenüber, die von liebevoller Annahme bis zur Ablehnung gehen können. Daher ist es möglich, dass eine betagte Person, selbst wenn sie stark abgebaut ist, in manchen Familien, besonders auch auf dem Lande, noch lange Zeit «tragbar» ist, aber in einer andern Umgebung wegen jeder Kleinigkeit – eine Vergesslichkeit oder Unachtsamkeit – zum Sündenbock gemacht wird.

Die durch das Zentrum behandelten Patienten sind in der Tat alles Opfer dieser Mechanismen, jeder wird deshalb hier als Individuum genommen. Das erklärt auch, warum das Personal so grosses Gewicht auf das Gespräch mit dem Patienten legt, warum es mit den Angehörigen Kontakt aufnimmt – meistens in Anwesenheit des Kranken, wenn radikale Massnahmen nötig sind. Es kommt auch vor, dass die Krankenschwester oder Sozialarbeiterin des Zentrums die Nachbarn eines Patienten aufsuchen, um dessen Rückkehr nach Hause vorzubereiten, indem sie sich bei der Umgebung um ein besseres Verständnis für den Kranken bemühen.

Die Dauer der Behandlung ist sehr unterschiedlich. Einzelne Kranke finden in einer einzigen Unterredung eine Lösung für ihr Problem und kommen nachher nicht mehr ins Zentrum, es gibt aber andere, die seit der Eröffnung, das heisst seit zehn Jahren hierher kommen. Im allgemeinen brauchen die Patienten während einiger Jahre Hilfe oder dann in gewissen Abständen jeweils für kürzere Zeit, zum Beispiel jedesmal, wenn sie in eine moralische Krise geraten. Das Wort «Heilung» ist schlecht zu gebrauchen, wo es sich um alte Menschen handelt, Die greifbarsten Erfolge des Zentrums sind zweifellos bei den Depressiven zu verzeichnen; bei psycho-organischen Fällen anderseits ist keine Heilung zu erzielen, jedoch kann Verschlimmerung verhütet werden.

Die Entwicklung der letzten Jahre ist charakterisiert durch eine zunehmende Zahl sehr alter Leute, die die Dienste des Zentrums beanspruchen. Neunzigjährige sind keine Ausnahme mehr. Auch gibt es immer häufiger schwere Erkrankungen, die schon nach kurzer Zeit die Hospitalisierung nötig machen. «Wir haben eine schwierige Zeit vor uns», sagte die Ärztin, «indem wir mehr und mehr mit Generationenkonflikten zu tun haben werden in dem Sinne, dass beispielsweise eine Tochter, die selber schon siebzig ist, ihre neunzigjährige Mutter pflegt, dann selber krank wird, so dass man immer öfter zwei Personen gleichzeitig wird behandeln müssen.» Man stellt auch zunehmend Eheschwierigkeiten bei Paaren über achtzig fest. Dies ist sehr beunruhigend, denn, wenn auch nicht von vorneherein eine Scheidung ausser Betracht fällt, ist doch die Problematik für ein altes Ehepaar viel tiefgreifender als für ein junges, wo beide Teile das ganze Leben noch vor sich haben.

Das Zentrum arbeitet, wie gesagt, vor allem mit dem Hausarzt zusammen und bemüht sich daneben um Verbindung zu den Polikliniken, den Spitälern – namentlich der psychogeriatrischen Klinik – mit den Fürsorgestellen – um Doppelspurigkeit zu vermeiden – mit der Familienhilfe, den Gemeindeschwestern, den freiwilligen Rotkreuzhelfern, die es oft anfordert.

Halten wir zum Schluss noch einmal fest, dass das Hauptanliegen des Zentrums darin besteht, dem einzelnen seine Menschenwürde zu bewahren und ihm zu helfen, selbständig zu bleiben. Es will auch dem Informationsbedürfnis nachkommen, indem es Kontakte mit medizinischen Kreisen und aussenstehenden Gruppierungen unterhält und den Erfahrungsaustausch fördert.

Manche Betagte geniessen ihren Ruhestand als Geschenk, – für andere lassen Geldsorgen, Einsamkeit und Krankheit das Alter zur Qual werden; sie brauchen mitmenschliche Hilfe.