

Newsletter DZD 12/2007

Willkommen zum vierten Newsletter des Dialogzentrums Demenz. Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

- Über den Stand unserer Arbeit und unserer Aktivitäten informieren
- Rechtzeitig auf Veranstaltungstermine hinweisen
- Eine Rundschau wichtiger, englischsprachiger Fachliteratur anbieten (Monitoring)
- Über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) hat die Aufgabe,

1. wissenschaftliche Erkenntnisse aus Versorgungs- und Pflegeforschung zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen, und
2. den Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und als Anregung an die Wissenschaft (Versorgungs- und Pflegeforschung) weiterzugeben.

Insgesamt ist es unser Ziel, den Dialog zwischen Praxis und Forschung zu befördern und evidenzbasierte Praxis durch praxisbasierte Evidenz zu ergänzen. Die Konzeption des DZD können Sie unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen (www.dialogzentrum-demenz.de). Das DZD ist Teil der Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de).

Zum Stand der Dinge

Wie wir schon im letzten Newsletter berichteten, hat das Dialogzentrum einen neuen Befragungszyklus gestartet und ausgewertet. Zielgruppe der Befragung rund um das Wissen und den Wissensbedarf Pflegender in der Versorgung Demenzerkrankter sind (teil)stationäre Alteneinrichtungen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste. Wir haben uns über die Rückmeldungen und die vielfältigen Anregungen und Ausführungen in den Fragebögen gefreut. Am 30. Januar 2008 laden wir in die Universität Witten/Herdecke ein, um Ihnen die spannenden Ergebnisse unserer Befragung vorzustellen. Das vorläufige Programm und eine Faxanmeldung zu der Tagung fügen wir diesem Newsletter bei. Zudem wird es ein interessantes Rahmenprogramm geben. Sie können die Einladung und Wegbeschreibung auch von unserer Website: www.dialogzentrum-demenz.de herunterladen.

Ab sofort finden Sie zudem den Tagungsband zu unserer Veranstaltung „Wohnberatung und Demenz“ vom 7. September 2007 in Hamm zum Download auf unserer Homepage.

Weitere Neuigkeiten

Bedarfsassessment CarenapD für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der ambulanten Versorgung

Seit August 2007 wird am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke das Assessment CarenapD getestet.

CarenapD (Care needs Assessment pack for Dementia) prüft Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz in der häuslichen Umgebung und leitet sie verschiedenen Hilfetypen zu. Die Übersicht möglicher der Versorgungsbedarfe bezieht alle Ebenen der häuslichen Lebenssituation von Menschen mit Demenz ein. Ein Bogen für biografische Informationen und ein Assessment zur Feststellung der Belastungssituation pflegender Angehöriger ist enthalten.

CarenapD wurde in Schottland entwickelt und hat die Zielsetzung, Bedarfe bei Demenz in der Familie multiprofessionell zu bestimmen und diese zeitnah zu erfüllen. Das zweijährige Projekt wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Eine fünftägige Grundschulung zu dem Assessment wurde bereits abgeschlossen. Die Teilnehmer dieser Schulung waren MitarbeiterInnen von ambulanten Pflegediensten, Beratungsstellen bei Demenz, kommunalen Behörden und des MDK aus der Region Bochum und Minden. Die CarenapD Anwendung findet seit Dezember 2007 bis ca. April 2008 bei insgesamt 80 Familien mit Demenz statt. Anteilig sollen alleinlebende Menschen mit Demenz einbezogen werden, um Erkenntnisse über die Anwendbarkeit von CarenapD für diesen Personenkreis zu erhalten.

Siehe auch die Pressemeldung unter:

<http://www.wernerschell.de/forum/neu/viewtopic.php?p=30736#30736>

Kontakt:

Christine Riesner
Katrin Herder

Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 10
58453 Witten

Tel. 02302 926-175
carenapd@uni-wh.de

Literaturreischaub

Ein Großteil der Ergebnisse von Versorgungs- und Pflegeforschung erscheint in englischsprachigen Journalen. In der Regel ist deren Anschaffung teuer. Der Zugang zu den Inhalten setzt nicht nur gute Sprachkenntnisse, sondern auch Kenntnisse in quantitativer und qualitativer Forschungsmethodik voraus. Dies ist für viele Praktiker abschreckend. Unser Ziel ist es, die für die Praxis wichtige Ergebnisse aus primär englischsprachigen Fachzeitschriften in einer für viele Interessierte zugänglichen Form zu präsentieren. Anhängend an diesen Newsletter finden Sie das „4. Paket“ unseres Monitorings aktueller Forschungsliteratur im Bereich der Versorgung Demenzerkrankter.

Was wir uns von Ihnen wünschen

Forschung und Literatur im Versorgungsfeld Demenz ist in seiner Gänze kaum mehr zu überblicken. Vieles, auch Wichtiges, wird uns entgehen. Für Hinweise auf spannende, praxisrelevante Forschungsergebnisse sind wir dankbar. Bitte sehen Sie es uns aber nach, wenn wir nicht jeden Hinweis berücksichtigen. Und zum Schluss: Uns interessiert, was Sie interessiert. Teilen Sie uns mit, welche der vorgestellten Forschungsergebnisse für Sie interessant sind. Für uns sind dies wichtige Hinweise.

Viel Spaß beim Lesen!

Wir wünschen Ihnen eine Frohe Weihnacht, einen guten Start ins Neue Jahr und freuen uns, Sie am 30.1.2008 in Witten/Herdecke wieder zu sehen.

Ihr Team des
Dialogzentrums Demenz

Katrin Herder
Sabine Möller
Christian Müller-Hergl
Christien Riesner
Detlef Rüsing

Dezember 2007

Monitoring Newsletter Dezember/2007

Sehr geehrte Leserinnen,

diese Kurzzusammenfassungen von publizierten Forschungen stellen lediglich eine kurze Zusammenfassung der veröffentlichten Artikel dar. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht die intensive Auseinandersetzung mit den Originaltexten.

Viel Spaß beim Lesen.

Ihr Team des Dialogzentrums

Inhalte

1. Lebensqualität Demenz: Berücksichtigen Professionelle die relevanten Bereiche?
2. Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome von Menschen mit Demenz in niederländischen Heimen
3. Wissen um Demenz bei ethnischen Minoritäten
4. Verbesserung der Früherkennung: Das Croydon Memory Service Model
5. Verhalten und Demenz: Einsatz von Psychopharmaka (Norwegen)
6. Gewalt einschätzen: Broset Violence Checklist (BVC)
7. Demenztraining mit Peer Support
8. Prävalenz herausfordernden Verhaltens von Heimbewohnern mit Demenz
9. Krankenseinweisungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen
10. Kooperative Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen
11. Wahrnehmung von Lebensqualität von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen
12. Pflegeerfahrung und Arbeitszufriedenheit
13. Multimodale Interventionen für Menschen mit Demenz und Angehörige
14. Implizites Gedächtnis als Arbeitsansatz in der Pflege von Menschen mit Demenz
15. Lebensqualität in der Langzeitpflege
16. Effekte besonderer stationärer Betreuung von Menschen mit Demenz
17. Multi-sensorischer Gottesdienst für Menschen mit Demenz
18. Zusammenhänge zwischen Demenzgrad und Depressivität: eine systematische Literaturanalyse
19. Psychische Charakteristika der pflegenden Angehörigen sagen die Dauer häuslicher Pflege voraus
20. Befriedigen Dienstleistungen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihrer Familien?
21. Morgenpflege und Schmerz bei Menschen mit Demenz
22. Effekte körperlicher Übungen auf die Stimmung von Menschen mit Demenz

Eine ganze Reihe von Studien beschäftigt sich mit **herausforderndem Verhalten** von Menschen mit Demenz. Eine niederländische Studie (4,2) vergleicht Umfang und Ausprägung herausfordernden Verhaltens in den Niederlanden und den USA ohne wesentliche Unterschiede erkennen zu können. Da die Versorgungsbedingungen in den Niederlanden ungleich besser sind, schlussfolgern die Autoren, dass die Pflege – und Betreuungsqualität nicht an der Reduktion dieser Verhaltensweisen festgemacht werden kann. Im Unterschied dazu vergleicht eine norwegische (4,8) Studie Inzidenz und Prävalenz herausfordernden Verhaltens in Norwegen mit Befunden aus internationaler Literatur (vornehmlich USA) und weist auf, dass die Zahlen in Norwegen ungleich besser ausfallen. Dies wird auf die insgesamt sehr gute Versorgungssituation in Norwegen zurückgeführt. Eine weitere Studie aus Norwegen (4,5) belegt die insgesamt hohe Prävalenz herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz und weist die weite Verbreitung antipsychotischer Verschreibungen auf. Die häufigste Nebenwirkung besteht dann in der Zunahme der Apathie. Dennoch ist die Verschreibungspraxis zielgenauer und spezifischer geworden.

Zwei Studien zu **Einrichtungen der besonderen Betreuung** von Menschen mit Demenz (SCU= Special Care Units) belegen deren Bedeutung für die Verbesserung der Qualität: Je mehr eine Einrichtung sich auf Menschen mit Demenz spezialisiert, desto weniger aggressive Methoden werden im Umgang und in der Behandlung eingesetzt, desto mehr nimmt die Kompetenz der Pflegenden zu mit der Folge abnehmender Krankenhauseinweisungen. (4.9) Damit einher geht allerdings auch eine andere Beobachtung: je höher der Pflegesatz pro Einrichtung, desto geringer die Hospitalisierungsrate. Politisch brisant an der Studie ist die Empfehlung, die „bedhold-policy“ (Einrichtungen erhalten bei Krankenhausaufenthalt weiterhin 75% des Pflegesatzes) aufzugeben: die Aufgabe dieser Politik würde die Bemühungen der Einrichtungen forcieren, Menschen mit Demenz nach Möglichkeit nicht zu hospitalisieren. – In einer weiteren, australischen Studie (4.16) wird belegt, dass sich SCU positiv auf Angehörige und Mitarbeiter auswirken: Angehörige kommen vermehrt zu Besuch und Mitarbeiter wechseln des Arbeitsplatz weniger. Von besonderer Bedeutung sind dabei eine behagliche, wohnliche Umgebung und eine gemütliche Wohnküche.

Mit dem Verhältnis der Letztgenannten zueinander beschäftigt sich eine Studie aus den USA(4.10): eine für **Angehörige** und Pflegende durchgeführte Schulung zur positiven Konfliktlösung wies einen deutlich positiven Effekt für alle Beteiligten auf und half, das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz zu reduzieren; nach einem halben Jahr aber ließ der Effekt der Schulung deutlich nach. Wie in vielen anderen Studien auch wird empfohlen, in regelmäßigen Abständen Nachschulungen oder Begleitung einzuplanen. – Eine finnische Studie (4.20) belegt, dass Angehörige mit dem Versorgungssystem insgesamt unzufrieden sind: Man erhalte nicht diejenige Hilfe, die man wirklich brauche, und selten an dem Zeitpunkt, an dem die Not groß ist.

Oft fehlen umfassende Informationen zur Dienstleitung, man habe wenig Einfluss auf das Dienstleistungspaket, das man dann bekomme (fixierte „Pflegepakete“) und erführe selten emotionale Unterstützung. Der Betreuungsbedarf pflegender Angehöriger findet selten genügender Beachtung. – Eine Studie aus Japan konkretisiert (4,19): Je mehr Menschen mit Demenz ADL-bezogene Unterstützung benötigen, je mehr Angehörige selber krank sind, je geringer Angehörige ihre Pflegekompetenz einschätzen, je weniger Entspannung sie haben und je mehr Klienten irritierbar sind und Stimmungsschwankungen ausgesetzt sind, desto mehr wünschen sich pflegende Angehörige eine baldige Hospitalisierung. – Einen hoffnungsvollen Akzent setzt eine weitere Studie aus den USA (4,13): ein multimodales Programm, in dem Interventionen für Menschen mit Demenz gleichzeitig-parallel zu Interventionen für Pflegende Angehörige durchgeführt werden, hat auf vielen Ebenen positive Effekte aufzuweisen: die Mitglieder in den Gruppen helfen einander mehr und die Angehörigen und die Personen mit Demenz kommen in der eigenen Häuslichkeit besser miteinander zurecht. - Die Studie bestätigt Befunde aus den Niederlanden und aus Großbritannien, Interventionen möglichst „multimodal“ anzulegen und dabei die Beziehung der Beteiligten zueinander zu fokussieren. (vgl. Papier zur Implementierung www.dialogzentrum-demenz.de)

Mit den **professionell Pflegenden** beschäftigen sich zwei Studien: in der einen wird der Effekt von „peer support“ Gruppen untersucht, die eine Schulung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten unterstützen sollen. (4,7) In Form einer Intervention beraten sich die Professionellen. Aus Sicht der Beteiligten hat diese Form der Unterstützung den Effekt des Trainings nicht positiv beeinflusst. Muss es also doch ein Außenstehender (z.B. Supervisor) sein, der die Beratung durchführt? – Eine weitere, sehr aufschlussreiche Studie (4,12) legt folgende Zusammenhänge offen: Mitarbeiter, die vor ihrer professionellen Tätigkeit in der eigenen Häuslichkeit einen Verwandten mit Demenz gepflegt haben und Mitarbeiter, die Schulungen zum Thema Demenz erfahren haben, sind intrinsisch motiviert und können daher Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit Demenz positiv begegnen; allerdings sind sie in der Regel weniger belastbar, d.h. sie entschuldigen weniger organisatorisches Versagen/Mängel der Einrichtungen. Naheliegender Weise schlussfolgern die Autoren, Schulungen mit organisatorischen Veränderungen zu kombinieren. Oder radikaler: wer schult ohne die eigene Organisation weiter zu entwickeln, wird qualifizierte Mitarbeiter verlieren.

Eine ganze Reihe von Studien widmet sich unterschiedlichen Facetten der **Qualitätsdebatte**: Eine Studie aus den USA widmet sich der Qualität der morgendlichen Grundpflege in stationären Einrichtungen(4,21). Demnach wehren sich 76% aller Menschen mit Demenz gegen die Grundpflege, 47% zeigen aggressives Verhalten. Da die Grundpflege nur zwischen 3 und 15 Minuten dauert, werden Schmerzäußerungen und Schmerzverhalten wenig beachtet. Die Rahmenbedingungen der Pflege sind derart angestrengt, dass Bedürfnisse und Bedarfe nicht wahrgenommen werden. – Der Umzug in ein Heim wird als bedeutender Einbruch in die Lebensqualität empfunden (4,15). Besonders das Fehlen bedeutungsvoller Aktivitäten wurde als belastend erlebt. Je länger man dagegen in der Einrichtung lebt, desto positiver fallen die Bewertungen aus. Leider wird letzter Befund in der Studie nicht kritisch reflektiert: diese positiven Bewertungen könnten auch als Folgen zunehmender Hospitalisierung gewertet werden. –

Während Angehörige erhöhte Abhängigkeit und Zunahme neuropsychiatrischer Symptome mit sinkender Lebensqualität verbinden, tun dies die Personen mit Demenz nicht. (4,11) Die Studie belegt insgesamt den Effekt des „discernability gap“ (vgl. Monitoring 3,8; 3,9) zwischen Angehörigen und Menschen mit Demenz. Vollständige Pflegebedürftigkeit, Heimaufnahme und Depressivität wird allerdings in gleicher Weise als Einbruch beurteilt. Immerhin: Menschen mit Demenz, die Antidementiva erhalten, schätzen ihre Lebensqualität besser ein. – Eine weitere Veröffentlichung der Leo Cahn Foundation (4,1) belegt Unterschiede in der professionellen Wahrnehmung von Dimensionen von Lebensqualität: Professionell Pflegende messen „Freude an der Wahrnehmung“ und „dem Leben Sinn geben“ weniger Bedeutung für Menschen mit Demenz zu als den Dimensionen „Sicherheit und Privatheit“. Bei Professionellen anderer Herkunft (Ergotherapeuten) ist es genau umgekehrt. Insgesamt finden die Dimensionen „Sicherheit und Privatheit“ sowie „Selbstbestimmung und Freiheit“ in den vorhandenen Instrumenten zur Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu wenig Berücksichtigung.

Eine weitere Reihe von Studien fokussieren konkrete **Interventionen**: In einer eher pflegetheoretischen Arbeit wird die Bedeutsamkeit des „priming“ für die neurowissenschaftliche Fundierung einer Pflgetheorie für Menschen mit Demenz herausgearbeitet (4,14). Das weitgehend erhaltene implizite Gedächtnis stellt eine Möglichkeit dar, in Prozeduren verankerte Kompetenzen möglichst lange zu erhalten und gezielt zu stärken. Aufgabe ist es, immer wieder die Passung zwischen den eingeübten Prozeduren, den Objekten (z.B. Pflegeutensilien) und den Kontexten (Pflegeumfeld) herzustellen. Insgesamt bestätigt die Arbeit die Ansätze, von denen Cohen-Mansfield berichtete (vgl. Monitoring 1,14). – Eine weitere Arbeit bewegt sich auf das Feld der Spiritualität von Menschen mit Demenz: Sensorisch angereicherte Gottesdienste für Menschen mit Demenz (Objekte, Bilder) führen zu sehr viel mehr positiven Affekten (Freude, Interesse) als klassische Gottesdienste(4,17). – Erneut wird in einer Studie (4,22) belegt, dass strukturierte Aktivität mit Bewegungsübungen einen sehr viel positiveren Einfluss auf Affekt und Stimmung hat als andere Formen der Aktivierung (Konversationsrunden, Spaziergänge).

Zum Abschluss sei noch ein Befund von **grundsätzlicher Bedeutung** vorgestellt: Im Unterschied zu einer weit verbreiteten Auffassung, dass Depressionen im Laufe der Demenz abnehmen, konnte dies in einer Metastudie (4,18) nicht belegt werden. Im Gegenteil: Es wurden positive Hinweise dafür gefunden, dass Depressivität im Verlauf der Demenz weder abnimmt noch zunimmt.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Über eine Rückmeldung zu dieser Art von Forschungsübersicht würden wir uns freuen.

Ihr Team des Dialogzentrums

Katrin Herder
Sabine Möller
Christian Müller-Hergl
Christine Riesner
Detlef Rüsing

Ziel/Hintergrund: Es handelt sich um eine weitere Arbeit der niederländischen Arbeitsgruppe „Lebensqualität“ im Rahmen der Leo Cahn Stiftung (siehe Newsletter Monitor 2,12). In vorliegender Studie wurde

1. Ein Überblick über die Hauptbereiche der verschiedenen Erfassungsinstrumenten der Lebensqualität von Menschen mit Demenz erstellt
2. Menschen mit Demenz und ihre professionell Pflegenden wurden nach Qualitätsbereichen befragt und
3. die Ergebnisse von einer 10-köpfigen Expertengruppe bearbeitet und geordnet in die Bereiche: Affekt, Selbstachtung, Bindung, soziale Beziehungen, Freude an Aktivitäten, physische und psychische Gesundheit, finanzielle Situation, Sicherheit und Privatheit, Selbstbestimmung und Freiheit, nützlich sein/dem Leben Sinn geben, Spiritualität.

Zwei der empirisch ermittelten Bereiche kamen in den vorhandenen Instrumenten nicht vor: Sicherheit und Privatheit sowie Selbstbestimmung und Freiheit. Zudem fanden bei professionell Pflegenden die Bereiche „Freude an der Wahrnehmung“, „finanzielle Situation“ und „dem Leben Sinn geben“ keine Erwähnung. – Es ist wichtig, dass sich professionell Pflegende der Differenzen in den Einschätzungen zu Bereichen der Lebensqualität bewusst sind, um gezielt gegen zu steuern.

In vorliegender Studie wurde der Frage vertieft nachgegangen: In welchem Ausmaß achten professionell Pflegende mit dichtem Klientenkontakt auf Bereiche der Lebensqualität, die für Menschen mit Demenz selbst wichtig sind? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen den eher für die Pflege und eher für Aktivitäten zuständigen MitarbeiterInnen?

Methode: Auswertung von Fragebögen, die an MitarbeiterInnen von 29 psychogeriatrischen Bereichen, 3 psychogeriatrischen Tagespflegen und 12 Treffpunktzentren für Menschen mit Demenz versandt wurden. Von 793 verschickten Fragebögen wurden 374 zurückgesandt.

Resultate: Die am wenigsten genannten Bereiche lauten: finanzielle Situation, nützlich sein/dem Leben Sinn geben, Selbstbestimmung und Freiheit. Personen, die für Aktivitäten verantwortlich sind, erachten Bindung und Freude an Aktivitäten als besonders wichtig. Diese Personengruppe legt mehr Wert auf Bindung, Freude an Aktivitäten, Freude an der Wahrnehmung und dem Leben einen Sinn geben als Pflegende. Insgesamt betrachten Pflegende weniger Bereiche als wichtig für Menschen mit Demenz als dies Personen mit Aktivitätsverantwortung tun.

Schlussfolgerungen: Die unterschiedlichen Professionsgruppen unterscheiden sich deutlich in ihrem Fokus auf das, was für Menschen mit Demenz bezüglich ihrer Lebensqualität wichtig ist. Für Pflegende spielt die Dimension Sicherheit und Privatheit eine besonders große Rolle. Obwohl personenzentrierte Ziele in der Langzeitpflege weite Verbreitung finden, scheint es für die Pflegenden schwierig zu sein, individuelle Bedürfnisse und Vorlieben in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen.

Obwohl Professionelle für Aktivitäten die Dimension „dem Leben Sinn geben“ mehr Beachtung schenken, schnitt dieser Bereich auch in ihrem Urteil im Vergleich zu anderen Dimensionen (z.B. Affekt) niedrig ab. Insgesamt fehlt es am Bewusstsein, dass „für andere nützlich zu sein“ eine zentrale Kategorie der Lebensqualität von Menschen mit Demenz darstellt.

Abschließend weisen die Autoren darauf hin, es sei wichtig zu erforschen, ob zwischen den von Professionellen als wichtig *genannten* Bereichen und den in der Praxis tatsächlich *beachteten* Bereichen ein Unterschied besteht.

Quelle: Gerrtisen DL, Ettema TP et al (2007)

Quality of Life in Dementia: Do professional caregivers focus on the significant domains?

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(3), 176-183

Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome von Menschen mit Demenz in niederländischen Heimen	4,2
--	-----

Ziel/Hintergrund: Bisherige Prävalenzstudien zeigten, dass 80% und mehr aller Menschen mit Demenz in Heimen neuropsychiatrische Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregtheit, Depression, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Irritierbarkeit/Reizbarkeit, abweichendes(abnormes) motorisches Verhalten, Schlafstörungen, Appetit- und Essstörungen) aufweisen. Erregtheit und Apathie stehen in der Regel an erster Stelle. In der Studie soll die Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome in den Niederlanden untersucht werden. Dort leben Menschen mit Demenz in Bereichen der speziellen Pflege für Menschen mit Demenz. In der Regel haben diese Einrichtungen einen Heimarzt sowie diverse hoch qualifizierte therapeutische Angebote.

Methode: In 25 Heimen mit Bereichen für spezielle Betreuung von Menschen mit Demenz wurden Pflegende befragt. Dabei kamen die Instrumente NPI (Neuropsychiatrisches Inventar), die Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) sowie die GDS (Global Deterioration Scale) zum Einsatz.

Resultate: 81 % aller Patienten mit Demenz wiesen neuropsychiatrische Symptome auf, die meisten Personen mehr als ein Symptom. Erregtheit, Apathie, Reizbarkeit und abnormes motorisches Verhalten lagen am häufigsten vor.

Schlussfolgerungen: Die ermittelten Daten entsprechen internationalen Befunden. Die besonders qualitätsvolle personelle Ausstattung, das spezifische Milieu und die hohe Toleranz gegenüber diesen Verhaltensformen machen bezüglich der Prävalenzzahlen im Vergleich zu anderen Ländern keinen Unterschied. Sie tauchen also relativ unabhängig von der Qualität der sächlichen und personellen Ausstattung auf. Daraus schließen die Autoren, dass Zunahme oder Abnahme dieser Verhaltensformen keinen direkten Hinweis auf die Pflege- und Betreuungsqualität erlaubt.

Zusätzlich beobachteten die Autoren einen hohen Einsatz von Psychopharmaka mit wenig positiven Effekten für die Patienten. Da ihr Einsatz wenig positive und viele negative Folgen mit sich bringt ist auf ihren Einsatz nach Möglichkeit zu verzichten.

Quelle:

Zuidema SU, Derksen E et al (2007)

Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(7), 632-638

Wissen um Demenz bei ethischen Minoritäten
--

4,3

Ziel/Hintergrund: In wachsendem Masse wendet sich Forschung und Politik der Thematik Demenz und ethische/kulturelle Minoritäten zu. Vorliegende Studie vergleicht das Wissen über Demenz alter Menschen südasiatischer(primär indischer) Herkunft, die in Manchester leben, mit dem Wissen alter Menschen britischer Herkunft. Beide Gruppen alter Menschen verbringen den Tag weitgehend in Tagespflegen. – Bekannt ist, dass Menschen südasiatischer Herkunft sehr viel seltener Antidementiva verschrieben bekommen als die britische Vergleichsbevölkerung. Gründe werden vermutet in mangelndem Wissen und Stigma, im Fehlen kulturell angemessener und zugänglicher Dienstleistungen sowie Sprachbarrieren. Vorhandenes Wissen bestimmt die Art und Weise, wie Angehörige sich Sorgen machen, mit dem Kranken umgehen, wie sie Stress erleben und bewältigen.

Methode: Mehreren Tagespflegen, auch solchen mit Klienten südasiatischer Herkunft, wurde ein Fragebogen (Demenzwissen Fragebogen, DKQ) zugeschickt, der um ethische und kulturelle Aspekte erweitert worden war. Der Fragebogen war zuvor in die Muttersprachen der TeilnehmerInnen übersetzt worden.

Resultate: 257 von 281 Fragebögen wurden eingesandt. 196 Fragebögen waren von Menschen südasiatischer, 59 Fragebögen von Menschen britischer Herkunft ausgefüllt worden. Insgesamt war das Wissen über Demenz sehr niedrig in beiden Gruppen. Bezüglich Basiswissen, Epidemiologie und Gesamtpunktzahl fiel das Wissen von Menschen südasiatischer Herkunft deutlich niedriger aus. Basiswissen war 0% in dieser Gruppe verglichen zu 18% bei Menschen britischer Herkunft.

Schlussfolgerungen: Demenz in südasiatischen Kulturkreisen wird oft fehlgedeutet als Ergebnis persönlichen Versagen, der Härten des Lebens, als Bestrafung für Taten in früheren Lebenszyklen. Dieses Stigma trägt dazu bei, Dienstleistungen nicht in Anspruch zu nehmen und die Symptome zu ignorieren bzw. den Klienten zu verstecken. Die Kenntnis der kulturellen Hintergründe ist von entscheidender Bedeutung, um Barrieren abzubauen und Zugänge zu ermöglichen.

Quelle: Purandare N, Luthra V et al (2007)
Knowledge of dementia among South Asian (Indian) older people in Manchester, UK
International Journal of Geriatric Psychiatry 22(8), 777-781

Verbesserung der Früherkennung: Das Croydon Memory Service Model
--

4,4

Ziel/Hintergrund: Zwei Hauptstränge in der Pflege von Menschen mit Demenz werden unterschieden: 1. Die Sorge um Menschen, die eine ernsthafte geistige Erkrankung haben mit schweren und komplexen Störungen
2. Das Anliegen, Demenz frühzeitig in einem vergleichsweise unproblematischen Stadium zu erkennen mit der Möglichkeit, präventiv zu unterstützen und Probleme im Ansatz zu vermeiden. Trotz der Zunahme rechtzeitiger, früher Diagnosen scheint das bisherige Gesundheitssystem nicht in der Lage, Frühdiagnosen und präventive Maßnahmen in ausreichendem Masse zu gewährleisten. Vorliegende Untersuchung berichtet über die Evaluation eines Dienstes (Croydon, Großbritannien), der bereits vorhandene Dienste in ihrer Effizienz und Effektivität unterstützt, ohne dabei den lokal vorhandenen Systemen gesundheitlicher Versorgung eine neue, weitere Dienstleistung hinzuzufügen.

Methode: Das Croydon Memory Service Model (CMSM) wird von 5 Personen wahrgenommen, die innerhalb existierender allgemeiner Dienstleistungen des Gesundheitswesens (Memory Clinic, Praxiskliniken etc) Assessments zur Früherkennung und Beratungen zu präventiven Möglichkeiten wahrnehmen. Dadurch müssen nicht alle „Verdachtsfälle“ an einen Experten überwiesen werden mit der Folge, dass sehr viel mehr Menschen auf Demenz hin untersucht werden können. Jeder im Team kann das Assessment (MMSE, Camcog, NPI etc) durchführen, im Gesamtteam wird der Behandlungsplan entwickelt.

Ziele des Projektes waren u.a. eine geringe Verweigerungsrate, Einbeziehung von Minoritäten, Fokussierung auf milde Formen der Demenz, Fokussierung auf junge Menschen mit Demenz.

Methodisch handelt es sich um eine Einzelfallstudie über die Implementierung einer neuen Dienstleistung.

Resultate: Alle Ziele konnten erreicht werden: nur 5 % der Patienten entzogen sich dem Assessment, die Anzahl unbegründeter Überweisungen an Spezialisten reduzierte sich, die Anzahl von Untersuchungen bei Menschen von Minoritäten erhöhte sich und mehr junge Menschen mit Demenz wurden früh diagnostiziert, eine Diagnose Demenz konnte bei mehr Personen als im Vergleichszeitraum frühzeitig gestellt werden (+63%). Patienten und Angehörigen wurde die Diagnose mitgeteilt mit anschließender Beratung und Vermittlung von Hilfen und Selbsthilfegruppen.

Nach 6 Monaten wurden die Patienten und Angehörigen erneut befragt (DEMQOL) mit dem Ergebnis einer verbesserten Bewertung der Lebensqualität nach 6 Monaten.

Schlussfolgerungen: Es ist sinnvoll, unterstützende Dienstleistungen in vorhandene Strukturen des Gesundheitswesens zur Früherkennung von Demenz zu implementieren. Sehr viel mehr Personen können auf diese Weise frühzeitig diagnostiziert und einer rechtzeitigen Unterstützung zugeführt werden. Dies wirkt sich positiv auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aus.

Quelle: Banerjee S, Willis R et al

Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(8), 782-788

Verhalten und Demenz: Einsatz von Psychopharmaka (Norwegen)

4,5

Ziel/Hintergrund: Psychiatrische und verhaltensbezogene Symptome der Demenz gehen oft mit negativen Konsequenzen für die Person einher: Pflegende (Angehörige) leiten aufgrund des Belastungserlebens die Heimaufnahme ein, Psychopharmaka werden im Übermaß eingesetzt. Letzteres geschieht, obwohl der Effekt dieser Medikamente gering, die Neben- und Wechselwirkungen aber erheblich sind. Ziel der Studie: Bestimmung der Prävalenz psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome und die damit einhergehenden Verschreibungspraktiken von Psychopharmaka in norwegischen Heimen.

Methode: 1163 Patienten in aus 26 Heimen sowie deren Pflegende (Professionelle, Angehörige) nahmen an einem standardisierten Interview teil. Das Interview umfasste das NPI (Neuropsychiatrisches Inventar) und das CDR (Clinical Dementia Rating Scale).

Resultate: Wesentlich mehr Personen litten an Demenz (80,5%) als diagnostiziert waren (55%). 73 % der Patienten wiesen mindestens ein psychiatrisches oder verhaltensbezogenes Symptom auf, 65 % ein Symptom von mittleren Ausprägungsgrad ($NPI \geq 4$ für ein Untersuchungsitem) und 29% von einem schweren Ausprägungsgrad ($NPI \geq 9$). Patienten mit einem mittleren und schweren Ausprägungsgrad der Symptome waren in der Regel jünger, wiesen größere funktionale Beeinträchtigungen auf und lebten schon länger im Heim. Typischerweise nahm die Häufigkeit und Schwere der Symptome im Krankheitsverlauf zu. Verschreibungen antipsychotischer Medikamente nahmen mit der Schwere des Krankheitsbildes zu; Sedativa wurden dagegen eher Menschen ohne Demenz verschrieben.

Schlussfolgerungen: Die hohe Prävalenz psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome deckt sich mit anderen Studien. Neu ist die Erkenntnis, dass ein Drittel in einem schweren Ausprägungsgrad vorkommt. Im Unterschied zu anderen Studien konnte eine Abnahme der Depressivität im weiteren Verlauf der Erkrankung nicht festgestellt werden. 75% der Patienten erhielten Psychopharmaka und 25% Antipsychotika mit steigender Tendenz bei Zunahme des Schweregrades. Die Autoren heben positiv hervor, dass die Verschreibung von Sedativa an Menschen mit Demenz abgenommen hat und die Psychopharmaka gezielter eingesetzt werden. Mit der Zunahme der Verschreibung von Psychopharmaka geht allerdings auch eine deutliche Zunahme von Apathie (Antriebslosigkeit) einher. Die Autoren betonen, dass nur 15% der Personen mit leichter Demenz Cholinesteraseinhibitoren (z.B. Aricept) erhalten: ein Hinweis auf geringe Verschreibungshäufigkeit.

Quelle: Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K (2007)
The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes
International Journal of Geriatric Psychiatry 22(9), 843-849

Gewalt einschätzen: Broset Violence Checklist (BVC)

4,6

Ziel/Hintergrund: Aggressives Verhalten von Menschen mit Demenz geht einher mit erheblichem Stress für Pflegende. Obgleich Aggression in sich nicht pathologisch ist, stellt sie einen tiefgehenden Eingriff gegen Würde und Integrität anderer dar. Da Aggression kein homogenes Geschehen darstellt, gibt es eine Fülle unterschiedlicher Instrumente, das Risiko von Aggression einzuschätzen. Die BVC stellt eine der wenigen Instrumente dar, um das unmittelbare Vorkommen von Aggression vorherzusagen. Ziel vorliegender Studie ist es, die Validität des Instruments für ältere Menschen zu überprüfen.

Methode: 42 geriatrische Patienten und 40 Personen mit Demenz wurden anhand der BVC eingeschätzt. Das Instrument umfasst 6 Items:

- Verwirrtheit im Sinne eines damit einhergehenden aufgeregten Verhaltens
- Irritierbarkeit: leicht zu erregen und zu verärgern, kann die Anwesenheit anderer nicht tolerieren
- Selbstbehauptend: lautes Verhalten, Türen schlagen
- Physisch bedrohlich: Verletzungsabsicht deutlich erkennbar (Arm heben, Fäuste schütteln, den Kopf zum Angriff senken)
- Verbal bedrohlich: einschüchtern, anschreien, schimpfen, fluchen
- Objekte angreifen: werfen, zerschlagen, treten

Zutreffende Items werden mit 1, nicht-zutreffende mit 0 gekennzeichnet. Der höchste Wert liegt bei 6. Bei Werten von 1-2 sollten präventive Maßnahmen ergriffen werden. Bei Werten über 2 ist die Wahrscheinlichkeit von Gewalt hoch und Überlegungen, wie man mit bevorstehenden Attacken umgeht, sollten angestellt werden. Gewaltereignisse wurden mit SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale/Revised) erfasst. Hiermit werden die Folgen und Konsequenzen aggressiver Handlungen abgebildet.

Resultate: Es konnte eine hohe Korrelation zwischen den Berichten über Gewaltereignissen (SOAS) und den BVC- Werten festgestellt werden. In Bezug auf gewalttätige Personen war die Irritierbarkeit der häufigste BVC-Wert(82%), gefolgt von Verwirrtheit und verbale Bedrohung. BVC weist eine hohe Genauigkeit auf, um Menschen, die in sehr naher Zukunft gewalttätig werden, und solchen, die es nicht werden, zu unterscheiden.

Schlussfolgerungen: Obwohl aggressive Symptome nicht sehr häufig sind, haben sie für alle Beteiligten gravierende Auswirkungen. Gewaltereignisse vorhersagen zu können hat damit einen hohen Nutzwert, um präventive Maßnahmen rechtzeitig zu ergreifen. Das Instrument beweist seinen Wert in erster Linie für Gewaltereignisse, die unmittelbar bevorstehen.

Quelle: Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2007)

Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(9), 862-867

Ziel/Hintergrund: Die bisherigen Forschungen zur Wirksamkeit von Trainings für Pflegende in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen sind zu recht verschiedenen Ergebnissen gekommen.

Die meisten Studien weisen keine Kontrollgruppen auf und arbeiten mit kleinen Fallzahlen. Insgesamt scheinen Trainings mit sich anschließenden unterstützenden Reflexionen mit Spezialisten (Supervisoren, Ärzten) aussichtsreicher als Trainings allein zu sein. – In dieser kontrollierten Studie wird die Wirksamkeit von Trainings untersucht, die im Anschluss durch Reflexionsgruppen der professionellen Pflegenden ohne begleitenden Spezialisten weitergeführt werden (peer support groups). Die Wirksamkeit dieser Maßnahme wird verglichen mit einer Gruppe Pflegender, die nur das Training erhält sowie mit einer Gruppe, die kein Training erhält, dies aber in Aussicht gestellt bekommt.

Methode: 90 MitarbeiterInnen(MA) der stationären Altenhilfe wirkten an der Studie mit (zur Hälfte examinierte Pflegefachkräfte). 29 MA erhielten das Training mit peer support, 35 erhielten nur das Training und 26 erhielten kein Training (Kontrollgruppe). Mit verschiedenen Instrumenten wurden erfasst: Burn-Out-Raten, Einschätzungen zur Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit, Einschätzungen der Leistungsfähigkeit der Pflegenden durch leitende Pflegende. Parallel wurde das Verhalten von 113 Personen mit Demenz anhand von CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) eingeschätzt. Das Trainingsprogramm bestand aus 8 Unterrichtseinheiten von je 60-90 Minuten. Das Peer Support Programm bestand aus regelmäßigen Fallkonferenzen, in denen Pflegende Fälle herausfordernden Verhaltens reflektieren konnten.

Resultate: Das Training mit und ohne Peer Support zeigte keine Auswirkungen auf das Ausmaß von Burn-Out. Selbstwirksamkeitseinschätzungen stiegen nach dem Training, wurden aber durch das Peer Support Programm nicht erhöht. Leitende Pflegende schätzten die Leistungsfähigkeit der Interventionsgruppe (Training und Peer Support) höher ein als die Leistungsfähigkeit der Gruppe, die nur das Training erhalten haben. Die Leistungsfähigkeit der letzten Gruppe wurde gleichfalls höher als zum Zeitpunkt vor dem Training eingeschätzt; die Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Kontrollgruppe stieg insgesamt in geringem Umfang. Das Verhalten der Klienten änderte sich nach dem Training kaum bzw. in nicht signifikantem Ausmaß.

Schlussfolgerungen: Es deckt sich mit bisherigen Studien, dass Trainings kaum einen Einfluss auf Ausmaß und Schweregrad herausfordernden Verhaltens haben. Im Gegensatz zur Untersuchungshypothese konnte nicht erwiesen werden, dass die Peer Support Group die Selbstwirksamkeitseinschätzungen und die Einschätzungen zum Belastungserleben der Pflegenden signifikant beeinflussen, auch wenn die leitenden Pflegenden zu anderen Einschätzungen kamen.

Die Autoren bieten folgende erklärenden Hypothesen an: Das Training war nicht umfassend genug; die peer support umfasste nur 5 Sitzungen und wurden aus eigenem Antrieb nach Beendigung der Studie nicht fortgesetzt; organisationale Faktoren, insbesondere Unterstützung durch die Leitung, wurden nicht untersucht; die Einschätzungen des Verhaltens der Klienten durch Pflegende mögen unzuverlässig gewesen sein; es wurde nicht untersucht, ob es signifikante Unterschiede zwischen den Klientengruppen gab, mit denen die Pflegenden arbeiteten.

Quelle: Davison TE, McCabe MP, Visser S et al (2007)

Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(9), 868-873

Prävalenz herausfordernden Verhaltens von Heimbewohnern mit Demenz

4,8

Ziel/Hintergrund: Bisherige Studien weisen einen hohen Grad psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome von Menschen mit Demenz von bis zu 93% auf. Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit Demenz in Norwegen veranlassten die Autoren, Prävalenzzahlen und Korrelate dieser Symptome für Norwegen zu erheben.

Methode: 13 Wohnbereiche in vier Heimen mit insgesamt 211 BewohnerInnen wurden untersucht. Verhalten wurde mit der CMAI (Cohen-Mansfield-Agitation Inventory) erfasst, die Schwere der Demenz mit der FAST-Skala von Reisberg (Functional Assessment Staging).

Resultate: Für 79% der Untersuchten konnte eine Demenz festgestellt werden. Mehr als die Hälfte der BewohnerInnen wiesen eine schwere und 10 % eine sehr schwere Demenz auf (FAST Stadium 6 bzw. 7). 126 von 167 Personen mit Demenz wiesen einmal in der Woche ein psychiatrisches bzw. verhaltensbezogenes Symptom, 109 wiesen 2 und mehr Symptome auf. Mit Zunahme des Schweregrades der Demenz wiesen die Untersuchten auch mehr Symptome auf. Je mehr Symptome eine Person aufwies, desto mehr Psychopharmaka wurden verabreicht.

Schlussfolgerungen: Im Vergleich zu bisherigen Studien fällt die Rate psychiatrischer und verhaltensbezogener Symptome in Norwegen mit 75% deutlich niedriger aus. Die These, dass Männer mehr aggressives Verhalten zeigen als Frauen konnte nicht bestätigt werden.

Die Autoren vermuten, dass die besonderen Umstände der Versorgung von Menschen mit Demenz in Norwegen zu den besseren Werten beitragen: Es wurden vermehrt kleine und auf Demenz spezialisierte Wohneinheiten geschaffen, in denen die Perso-

nen ein Einzelzimmer und ein eigenes Bad zur Verfügung haben; der Personalschlüssel wurde deutlich erhöht, Mitarbeiter erfuhren umfassende Schulungen und wurden gezielt bezüglich personenzentrierter Pflege unterrichtet.

**Quelle: Testad I, Aasland AM, Aarsland D (2007)
Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes
International Journal of Geriatric Psychiatry 22(9), 916-921**

Krankenhauseinweisungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

4,9

Ziel/Hintergrund: Für Menschen mit Demenz ist das Krankenhaus in der Regel eine ungünstige Umgebung. Aus der Literatur ist bekannt, dass Umgebungs- und einrichtungsbezogene Faktoren Ausmaß und Umfang der Krankenhauseinweisungen beeinflussen. Es besteht Grund zur Annahme, dass Menschen mit Demenz aus spezialisierten Einrichtungen mit geschultem Personal seltener eingewiesen werden als Menschen mit Demenz aus Vergleichseinrichtungen. Weitere Kontextfaktoren betreffen die Finanzierung: Werden Einrichtungen besser finanziert, reduziert sich das Ausmaß von Einweisungen. – Ziel der Studie ist es, die Effekte der Finanzierung und der Spezialisierung auf den Faktor Krankenhauseinweisung zu untersuchen. Dabei wird in der Untersuchungsgruppe unterschieden zwischen Menschen mit diagnostizierter Demenz und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Methode: Die Daten bezüglich der Bewohner entstammen den MDS (Minimum Data Set) Erhebungen des Jahres 2000, die in den USA verpflichtend sind. Verschiedene andere Datenquellen wurden herangezogen, um Einrichtungen (mit und ohne Spezialisierung) zu ermitteln.

Nur Bewohner aus Ballungsgebieten wurden herangezogen. Weiterhin wurden anhand verschiedener Instrumente Charakteristika u.a. der Pflegeorganisation, der Gesundheitspolitik der Bundesstaaten, der Bewohner selbst erhoben. Deskriptive Statistiken wurden erhoben und komplexe [multilevel] Modelle bemüht, um die Wirkungseffekte darzustellen.

Resultate: Zwischen Menschen mit Demenz und mit kognitiver Beeinträchtigung konnten kaum Unterschiede festgestellt werden, auch in Bezug auf Krankenhauseinweisungen (18% nach 150 Tagen, n= 316268). Von den 8300 erfassten Heimen wiesen etwa 20% eine Spezialabteilung für Menschen mit Demenz auf. Die Wahrscheinlichkeit der Krankenhauseinweisung nahm mit dem Ausmaß der Spezialisierung in den Heimen deutlich ab. Je höher die Prävalenz der Demenz in den Heimen, desto geringer fiel die Hospitalisierungsrate aus.

Mit höherem Entgelt für die Pflege reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit der Hospitalisierung (für je 10 Dollar mehr eine Reduzierung der Hospitalisierung um 5%). Gab es in dem Bundesstaat eine „bed-hold policy“ (Heime erhalten auch dann ein Entgelt für die Pflege, wenn Bewohner sich im Krankenhaus befindet), stieg die Hospitalisierungsquote um 40%.

Schlussfolgerungen: Kontextfaktoren wirken sich auf die Rate der Krankenhauseinweisungen für Menschen mit Demenz und mit (nur) kognitiven Beeinträchtigungen etwa gleich aus. Je höher die Spezialisierung und die Prävalenz von Demenz in einer Einrichtung, desto geringer fielen Einweisungen aus. Dies betraf auch Bewohner, die nicht im Spezialisierungsbereich leben: der Umstand der Spezialisierung scheint sich systemisch auf die Gesamteinrichtung auszuwirken. – Spezialisierte Bereiche setzen insgesamt weniger aggressive Methoden ein (weniger Magensonden, weniger Fixierungen). Eine höhere Konzentration von Menschen mit Demenz scheint sich auf das Kompetenzprofil der Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz und deren gesundheitlichen Krisen positiv auszuwirken. – Eine bessere Finanzierung der Heime erlaubt diesen den Einsatz qualifizierteren Personals und damit die Versorgung auch anspruchsvoller Zustandbilder in der Einrichtung selbst. – Die „bed-hold policy“ setzt einen unerwünschten Anreiz, Hospitalisierungen in die Wege zu leiten. – Abschließend plädieren die Autoren für eine vermehrte Integration von Langzeit- und Akutpflege, um Hospitalisierungen so gering wie möglich zu halten.

Quelle: Gruneir A, Miller SC, et al (2007)
Hospitalization of Nursing Home Residents with Cognitive Impairments: The Influence of Organizational Features and State Policies
The Gerontologist 47(4), 447-456

Kooperative Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen

4,10

Ziel/Hintergrund: Gelingende Kommunikation und Kooperation zwischen MitarbeiterInnen (MA) und Angehörigen (AN) wirkt sich positiv auf alle Beteiligten inklusive die BewohnerInnen aus. Lebens- und Arbeitszufriedenheit erhöhen sich deutlich. AN können MA wesentliche biographische Hinweise zur Entwicklung individueller Pflege geben, zur Vermeidung herausfordernden Verhaltens sowie zur höheren Beteiligung an Aktivitäten beitragen. – Basierend auf dem PIC-Programm (Partners in Caregiving, Cornell Gerontology Research Institute) werden MA und AN geschult in Kommunikations- und Konfliktlösungsmethoden unter Einsatz verschiedener Methoden. (insg. 5 Stunden) In einem anschließenden gemeinsamen Treffen werden Ziele, Umgangsweisen, Methoden miteinander beraten und festgelegt. Die Wirksamkeit dieser Schulung für Angehörige, Mitarbeiter und BewohnerInnen soll überprüft werden. (Messung vor, nach und 6 Monate nach der Schulung)

Methode: Randomisiert kontrollierte Studie, an der 20 Einrichtungen mit Spezialabteilungen für Menschen mit Demenz teilnehmen; Einsatz von verschiedenen Instrumenten, die Haltungen und Einstellungen der Beteiligten zueinander vor und nach der Schulung abbilden; Verhalten der Bewohner wird mittels CMAI (Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory) abgebildet; Erfassung der Maßnahmen zur strukturierten Angehörigenarbeit in den Einrichtungen.

Resultate: 51% der angesprochenen Familien (zwischen 388 und 325 Antwortenden) und 98% der MA (zwischen 384 und 328 Antwortenden) wirkten mit. Insgesamt zeigt sich ein deutlich positiver Effekt für die Interventionsgruppe (AN und MA, die geschult wurden). Beide Seiten fanden vermehrt den Mut, die andere Seite anzusprechen und Konflikte konstruktiv zu lösen. Einige Familienmitglieder erhöhten ihr Engagement in der Einrichtung. MA wussten über weniger Konflikte zu berichten, bekundeten weniger negative Gefühle (Depressionen). Nach 6 Monaten aber verlor sich der Effekt der Intervention. Herausforderndes Verhalten seitens der Bewohner nahm nach der Schulung ab. Leitende MA stellten auch nach 6 Monaten bleibende Verbesserungen fest und boten differenzierte Möglichkeiten der Angehörigenbeteiligung an. Alle positiven Effekte konnten für die Kontrollgruppe nicht aufgewiesen werden.

Schlussfolgerungen: BewohnerInnen scheinen von verbesserter Kommunikation und Kooperation zwischen AN und MA deutlich zu profitieren. Die beteiligten Einrichtungen verbesserten die Angebote für AN deutlich, sich in der Einrichtung zu engagieren und dort eine positive Rolle zu finden. Alle Beteiligten bewerteten das Programm positiv. Die allmähliche Abnutzung des positiven Effekts weist darauf hin, den Impuls zur Verbesserung von Kooperation und Kommunikation immer neu zu setzen und zu variieren.

Quelle: Robison J, Curry L et al (2007)

Partners in Caregiving in a Special Care Environment: Cooperative Communication Between Staff and Families on Dementia Units
The Gerontologist 47(4), 504-515

Ziel/Hintergrund: Es ist bekannt, dass Menschen mit Demenz ihre Lebensqualität anders einschätzen als ihre pflegenden Angehörigen. Die bisherigen Studien bezüglich der Auswirkungen von Antidementiva (Acetylcholinesterasehemmer) auf die Lebensqualität ergeben kein einheitliches Bild. - Ziel der Studie ist es, die Auffassungen zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz und die ihrer Angehörigen (zur Lebensqualität der Menschen mit Demenz) zu vergleichen und bestimmende Faktoren dafür zu identifizieren.

Methode: 192 Personen mit Demenz und 222 pflegende Angehörige wurden gemäß der QOL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease) befragt. Anhand weiterer Instrumente wurde der Grad der Demenz, der Depressivität, der neuropsychiatrischen Symptome und der Angst sowie Daten zu Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben. Berichtet werden ermittelte Assoziationen und Korrelationen.

Resultate: In der Regel schätzen Menschen mit Demenz ihre Lebensqualität höher ein als dies die Angehörigen tun. Schätzten die Angehörigen Lebensqualität der Menschen mit Demenz hoch ein, so war die Abhängigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens, die neuropsychiatrische Symptomatik und die Antriebslosigkeit (Apathie) gering. Menschen mit Demenz, die zuhause leben, zeigen deutlich höhere Lebensqualität als Menschen, die in Heimen leben. Menschen, die Antidementiva erhalten, weisen eine höhere Lebensqualität auf als diejenigen, die sie nicht erhalten. ‚Keine Antidementiva erhalten‘, ‚im Heim leben‘ und /oder ‚an Depressionen leiden‘ sagen geringere Lebensqualität voraus. Dies gilt sowohl für die Einschätzungen von Menschen mit Demenz wie für die ihrer Angehörigen.

Schlussfolgerungen: Die Autoren heben hervor, dass Angehörige erhöhte ADL-Abhängigkeit und neuropsychiatrische Symptome mit geringerer Lebensqualität verbinden, diese Meinung aber von Menschen mit Demenz nicht geteilt wird. Da diese Symptome in Verbindung zu psychischen Erkrankungen der Angehörigen selbst stehen, wundert es nicht, dass diese die Lebensqualität der Menschen mit Demenz gering einschätzen. Vollständige Pflegebedürftigkeit (24 Stunden Pflege), Heimaufenthalt sowie Depressivität wird von beiden Seiten mit geringerer Lebensqualität verbunden. Von besonderer Bedeutung ist es, dass Menschen mit Demenz, die Antidementiva nehmen, ihre Lebensqualität höher einschätzen. Allerdings darf dies nicht kausal missverstanden werden: es mag auch sein, dass Menschen, denen es besser geht, eher bereit sind, für Antidementiva Sorge zu tragen.

Quelle: Hoe J, Katona C et al (2007)

Quality of Life in Dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study
International Journal of Geriatric Psychiatry 22(10), 1031-1036

Ziel/Hintergrund: Das Ziel größtmöglicher Kontinuität in der Pflegebeziehung erfordert es, den Mitarbeiterwechsel gering zu halten. Studien belegen, dass Schulungen, Programme zur Veränderung der Pflegekultur, Entwicklung von Aufstiegsmöglichkeiten sich positiv auf die Verringerung des Personalwechsels auswirken. Vorliegende Studie untersucht, wie sich Pflegeerfahrungen in der eigenen Familie auf den Personalwechsel auswirken.

Methode: 212 PflegehelferInnen erfuhren eine Schulung in personenzentrierter Pflege (12 Stunden). 40% der Personen kümmerten sich privat auch um einen Verwandten oder Freund mit Demenz und weitere 14% hatten dies zu einem früheren Zeitpunkt getan. Verschiedene Fragebögen erfassten Daten zur Arbeitszufriedenheit und Haltung.

Resultate: Personen mit Schulungen wiesen eine höhere intrinsische (Stolz auf die eigene Leistung, Freude an Verantwortung, Erfüllung durch die Natur der Arbeit), geringere extrinsische (Bezahlung, Arbeitsbedingungen) Arbeitsmotivation und geringere Belastbarkeit auf. Personen, die bereits eine Person mit Demenz gepflegt hatten wiesen ebenfalls eine geringere Belastbarkeit angesichts negativer Erfahrungen in Institutionen und eine höhere intrinsische Arbeitsmotivation auf.

Schlussfolgerungen: Pflegeerfahrungen im privaten Umfeld wirken sich positiv auf die intrinsische Arbeitsmotivation aus. Die Autoren messen diesen Erfahrungen eine Art „Impfschutz“ vor negativen Erfahrungen zu. Hier scheint eine Basis für Selbstvertrauen und Kompetenz zu entstehen, die negativen Erfahrungen im Umgang mit Klienten positiv entgegenwirkt. Entscheidungen fallen subjektiv eindeutiger aus, es besteht Vertrauen in die eigene Intuition. Die Qualität der erfahrenen Beziehung kompensiert für schlechte Bezahlung.

Im Unterschied zu der privaten Erfahrung aber fehlt im professionellen Umfeld die Anerkennung; bürokratische Erfordernisse entwerten systemisch die affektive Beziehungsleistung. Im Unterschied zur privaten Pflegeerfahrungen müssen Pflegehelfer im professionellen Umfeld mehr Grenzen hinnehmen und auch Grenzen zum Klienten ziehen.

Die geringere extrinsische Arbeitsmotivation nach Schulungen erklären die Autoren mit dem Umstand, dass die meisten Teilnehmer das Gelernte nicht umsetzen können.

Die Autoren empfehlen, neben Schulungen die Arbeitsbeziehungen und die soziale Netzwerke zwischen den Pflegenden zu entwickeln, um Personalwechsel zu reduzieren. Organisationsentwicklungen, die Anreize, Anerkennung geben und Begleitung im Arbeitsprozess fokussieren, verringern den Personalwechsel. Das Fehlen einer solchen positiven Lernkultur kann erklären, warum Schulungen demotivierend wirken.

Quelle: Coogle CL, Parham IA et al (2007)

Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(4) 251-260

Multimodale Interventionen für Menschen mit Demenz und Angehörige

4,13

Ziel/Hintergrund: Interventionen für Menschen mit Demenz werden zunehmend gekoppelt mit Beratungen und Schulungen der Angehörigen. Rehabilitative Ansätze streben danach, Unabhängigkeit möglichst lange zu erhalten, Fähigkeiten anzuregen, Verhalten zu beeinflussen, soziale und kommunikative Möglichkeiten zu eröffnen: dazu rechnen Realitätsorientierung, Erinnerungspflege, Beschäftigungstherapie, Validation. Zu den Interventionen für Angehörige zählen Gruppen, Einzelberatungen, technologische und umweltbezogene Interventionen.

Zu den wirksamsten Interventionen zählen solche, die auf längere Zeit angelegt sind und Klienten wie Angehörige zugleich begleiten.

Vorliegende Studie untersucht ein „multimodales“ Programm, in dem zeitgleich rehabilitative Maßnahmen für Klienten und psychologische Begleitung/Beratung der Angehörigen stattgefunden haben.

Methode: 16 Klienten und 16 Angehörige nahmen an der Studie teil. 8 Klienten und 8 Angehörige nahmen parallel an Maßnahmen (kognitive Stimulation, über 4 Monate hinweg je 60 Minuten wöchentlich an Schulung und Beratung) teil, weitere 8&8 bildeten die Kontrollgruppe. Verschiedene Instrumente, die kognitive Funktion, Aktivitäten des täglichen Lebens und Depressivität abbilden, kamen zum Einsatz.

Resultate: Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich kognitiver Funktionen oder Aktivitäten des täglichen Lebens. In der Interventionsgruppe verringerte sich die Depressivität und Angst.

Schlussfolgerungen: Das multimodale Programm hat – wie erwartet – wenig/keine Auswirkungen auf kognitive und alltagsbezogene Funktionen. Die Veränderungen bezüglich Depression und Angst belegen eine verbesserte Wahrnehmung ihrer selbst, ihrer Sozialbeziehungen: so wuchs die Bereitschaft in der Interventionsgruppe, einander beizustehen, Hilfe füreinander zu leisten. Dies geschah zunehmend auch außerhalb der Interventionszeit. Schwierigkeiten und Probleme konnten eher zugestanden und mit Humor bewältigt werden. Die Unterstützung sozialer Rollen und von Unabhängigkeit werden als wichtige Elemente des Programms hervorgehoben.

Angehörige brachten erhebliches Leiden zum Ausdruck: die Notwendigkeit, beständig zu helfen und zugleich die gefühlsmäßige Beziehung zum Kranken zu verlieren beschäftigte sie auch dann, wenn sie zeitweise Entlastung erfuhren. Die regelmäßigen Treffen befähigten die Angehörigen, einander mehr zuzuhören, ruhiger miteinander umzugehen und der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Einige berichteten von Verbesserungen im Umgang und in der Kommunikation.

Abschließend empfehlen die Autoren, Interventionen immer an beide, den Kranken und die Angehörigen, zu richten und dabei auf das Wohlergehen im Umgang miteinander zu fokussieren.

Quelle: Onor ML, Trevisol M et al (2007)

Impact of a multimodal rehabilitative Intervention on demented patients and their caregivers, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(4) 261-272

Implizites Gedächtnis als Arbeitsansatz in der Pflege von Menschen mit Demenz

4,14

Ziel/Hintergrund: Im Unterschied zu den Verlusten im expliziten, deklarativen Gedächtnis[EG] (Ereignisse) bleibt das implizite Gedächtnis [IG] im Demenzprozess sehr viel besser erhalten: dies betrifft Erinnerungen an Emotionales, an motorische Fähigkeiten und „priming“(Schnelligkeit und Vertrautheit im Umgang mit bekannten Objekten [perceptual priming]). Diese Unterschiede sind primär hirnpfysiologisch begründet. - Der Artikel beschreibt Möglichkeiten, die Pflege von Menschen mit Demenz auf erhaltener IG aufzubauen und zu begründen. [Preserved implicit memory model of care= PIM]

Das PIM Modell: Wiederholte Übungen mit Objekten oder Bewegungsabläufen verbessern die Fähigkeiten von Menschen mit Demenz, mit diesen Objekten umzugehen bzw. die Bewegungen besser durchzuführen (Schnelligkeit, Sicherheit, Genauigkeit): Sie können die Zahnbürste besser benutzen, nicht aber die Zahnbürste oder ihre Funktion beschreiben.

Bedingung ist, dass diese Fähigkeiten unter immer denselben Bedingungen kontinuierlich auf gleiche Weise durchgeführt werden. Bei sehr schwerer Demenz nimmt dieser Übungseffekt ab. Folgende Beziehungen werden behauptet:

1. Die weitere Verwendung von in der persönlichen Lebenserfahrung verankerten Objekten werden Schnelligkeit, Geschicklichkeit und Sicherheit im Umgang mit diesen erhöhen.
2. Aufgaben, die beständig auf gleiche Weise durchgeführt werden, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Kompetenzen lange erhalten bleiben.

3. Störungen in etablierten Umgangsweisen mit der Umgebung [processing abilities=PA] vermindern die Fähigkeit, anhand der IG mit sich und der Umwelt zu recht zu kommen.
4. Die gleichzeitige Nutzung vertrauter Gegenstände und vertrauter Prozeduren/Routinen im Umgang mit diesen erhöhen die Chancen, Kompetenzen zu erhalten.
5. Erhalt und Stärkung von IG verbessern Geschwindigkeit und Genauigkeit in der eigenständigen Durchführung definierter funktionaler Aufgaben (z.B. sich die Zähne zu putzen).

Praxisbezug:

1. Person-spezifische IG: Es gilt, die für die Person wichtigen Objekte, Praktiken und Prozeduren des Alltags möglichst detailliert und umfassend zu erheben. Je früher diese IG verankert sind, desto besser stehen die Chancen, die damit verbundenen Funktionen zu erhalten. Dazu gehört insbesondere eine gemütliche, häusliche Umgebung mit nicht-klinischem Charakter.
2. Jede Person verfügt über ein integriertes Muster, sensorische und kognitive Fähigkeiten zu integrieren, um alltägliche Aufgaben zu bewältigen. (processing abilities =PA) So wird ein auf die Person ausgerichtetes Umfeld (Objekte, Abläufe, Sprache, Prozeduren) auch die Aufmerksamkeit sowie andere exekutive Funktionen erhöhen. Umgekehrt erhöht die gestiegene Aufmerksamkeit die Bewahrung von Ressourcen bei eben diesen alltäglichen Aufgaben. – Vertrautheit, autobiographischer Bezug, frühe Verankerung der Objekte oder Aufgaben erhöhen die Chancen, dass IG mobilisiert und damit Kompetenzen erhalten werden können.
3. Motorische Fähigkeiten, die auf vertrauten Mustern beruht, können lange erhalten bleiben. Sich wiederholende, repetitive Tätigkeiten sollten in der Alltagsgestaltung von Pflegeumgebungen einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

Schlussfolgerungen: Die systematische Nutzung von IG wird den Kranken in der selbständigen Durchführung der ADL unterstützen und daher die Lebensqualität der Kranken und ihrer Angehörigen positiv beeinflussen. Besonders der Kombination von Objekt und Umgang (PA) wird ein positiv synergistischer Wert vorhergesagt. (Bsp: Herr H putzt sich immer noch mit seiner alten Zahnbürste mit der immer gleichen Zahnpasta die Zähne immer dann, wenn das Radio läuft: das aber immer nur am Morgen, nicht am Abend) Je präziser diese Passung gelingt, desto länger können Kompetenzen erhalten bleiben.

Quelle: Harrison BE, Son GR et al (2007)

**Preserved implicit memory in dementia: a potential model for care
American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias 22(4), 286-293**

Ziel/Hintergrund: Lebensqualität kann nicht an der Verbesserung kognitiver oder/und funktionaler Dimensionen abgebildet werden: Verbesserung der letzteren geht nicht notwendigerweise mit besserer Einschätzung der Lebensqualität einher und umgekehrt. In dieser Studie interessiert die selbsteingeschätzte Lebensqualität (QOL) von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen.

Methode: Auswertung unstrukturierter Interviews, strukturierte Befragungen anhand von QOL-AD (13 Fragedimensionen), Abbildungen der ADLs (Aktivitäten des täglichen Lebens).

Resultate: 33 Personen beantworteten den strukturierten Fragebogen, 11 Personen nahmen am vertiefenden Interview teil. Befunde: Je länger die Teilnehmenden in der Einrichtung lebten, desto besser schätzten sie ihre Lebensqualität ein. Wer neu einge-zogen war, wusste von erheblichen Einbrüchen in der QOL zu berichten. Besonders das Fehlen bedeutungsvoller Aktivitäten wirkte sich belastend aus. Je grösser die physischen Behinderungen und Einschränkungen, desto schlechter wurde die Lebensqualität eingeschätzt. Je besser die interpersonellen Beziehungen, desto höher wurde die QOL bewertet. Besonders die Beziehung zu Angehörigen, aber auch die zu bestimmten MitarbeiterInnen fand Erwähnung. Hier waren insbesondere diejenigen MitarbeiterInnen ausschlaggebend, die eine persönliche, individuelle Beziehung auf-zubauen verstanden. Wer ein positives Selbstbewusstsein aufwies, schätzte auch die QOL positiver ein.

Schlussfolgerungen: Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz können zur Lebensqualität befragt werden. Die Autoren empfehlen, solcherlei Befragen und Interviews auch in der Pflegeausbildung systematisch einzusetzen.

**Quelle: Moyle W, McAllister M et al (2007)
Quality of Life and dementia
Dementia 6(2), 175-191**

Ziel/Hintergrund: Besondere stationäre Betreuung (engl.: Special Care Units=SCU) zeichnen sich dadurch aus, dass die Abhängigkeiten abbauen, Stress reduzieren, eine unterstützende soziale Umgebung bereitstellen. Die Fähigkeit und Bereitschaft, aktiv zu sein, bleibt länger erhalten.- Bislang liegen nur quantitative Erhebungen zur Wirksamkeit dieser Versorgungsform vor. Vorliegende qualitative Studie untersucht die Erfahrungen von Angehörigen und MitarbeiterInnen bezüglich der Effekte des Umzugs von Menschen mit Demenz in eine SCU.

Methode: 7 Angehörige und 12 MitarbeiterInnen einer SCU in Sydney, Australien wurden befragt. Die Befragung erfolgte in der Form von Fokusgruppen (2 mit Angehörigen, 3 mit MitarbeiterInnen).

Resultate: Bei den Klienten verbesserten sich nach Auffassung von Angehörigen und MitarbeiterInnen die Agitiertheit, das Schlafverhalten, die persönliche (Bewegungs)freiheit, der Appetit. Die Angehörigen hoben die freundliche, ruhige und häusliche Atmosphäre hervor und fühlten sich während der Besuche nicht mehr fremd. Hierbei spielte eine behaglich eingerichtete Wohnküche eine bedeutsame Rolle. In Folge dieses Umstandes vermehrte sich die Häufigkeit von Angehörigenbesuchen. MitarbeiterInnen konnten Klienten besser beaufsichtigen, hatten besseren Zugang zu allen Materialien und mussten sich bezüglich der Sicherheit der Klienten (Entfernung aus dem Wohnbereich) keine Sorgen mehr machen. Weniger Enge und mehr natürliches Licht tragen zur Verminderung aggressiver und agitierter Verhaltensweisen bei.

Schlussfolgerungen: Die Studie unterstützt Befunde anderer Untersuchungen, dass SCU sich auf Klienten und Angehörige positiv auswirken. Besonders die wohnliche, behagliche Umgebung und die Wohnküche sind bedeutsam. Die Autoren unterstreichen abschließend, dass die Perspektive von Angehörigen bei Effektstudien dieser Art unverzichtbar ist.

**Quelle: Cioffi JM, Fleming A et al (2007)
The effect of environmental change on residents with dementia
Dementia 6(2), 215-231**

Ziel/Hintergrund: Es kann begründet angenommen werden, dass Menschen mit Demenz weiterhin spirituelle Bedürfnisse haben. Kognitive und sprachlich dominierte Zugangsweisen (Vorlesen, Zuhören etc.) haben sich als wenig sinnvoll erwiesen. Vorliegende Studie vergleicht traditionellen Gottesdienst mit Gottesdienstformen, die multisensorische Formen verwenden. Zwei multisensorische Methoden werden dabei unterschieden: eine arbeitet vornehmlich mit Objekten, die andere mit Bilderbüchern, die zudem Objekte enthalten.

Methode: 24 Bewohnerinnen mit Demenz einer stationären Einrichtung in den USA werden anhand OERS (Observed emotion rating scale) beobachtet. Die Daten wurden in einem Zeitraum von 3 Monaten bei drei Gottesdiensten gesammelt.

Resultate: Während der sensorisch angereicherten Gottesdienste wurde bei den Teilnehmern sehr viel mehr positive Affekte (4- bzw. 5-mal mehr positive Affekte) festgestellt als beim traditionellen Gottesdienst. Beide Formen sensorisch angereicherter Gottesdienste unterschieden sich marginal, wobei die Bilderbuchvariante etwas höhere positive Affektraten verzeichnete.

Schlussfolgerungen: Die Autorin empfiehlt, multi-sensorische Ansätze in der Seelsorgearbeit, insbesondere aber bei den Gottesdiensten, nachhaltig zu entwickeln und einzusetzen. Zurzeit würden Menschen mit Demenz mit ihren spirituellen Bedürfnissen kein ihren Möglichkeiten entsprechendes Angebot vorfinden.

Quelle: Walters D (2007)

The effect of multi-sensory ministry on the affect and engagement of women with dementia
Dementia 6(2), 233-243

Ziel/Hintergrund: Etwa 50% aller Menschen mit (Alzheimer)Demenz(AD) leiden zumindest zeitweise auch an Depression. Diese geht einher mit verminderter Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien, vermehrter Institutionalisierung und höheren Sterberaten. Daher wäre es zur Prävention wichtig zu wissen, welche Gruppe von Menschen mit AD besonders gefährdet ist. Bisherige Studien bezüglich des Zusammenhangs von Schweregrad und depressiver Komorbidität weisen unterschiedliche Resultate auf. Neben vielen anderen Gründen liegt dies daran, dass eine Gruppe von Studien die Anzahl depressiver Symptome („kontinuierlich“) in den Blick nimmt und eine andere Gruppe von der Diagnose Depression ausgeht. – Ziel der Literaturanalyse ist es, Ähnlichkeiten, Unterschiede und empirische Qualität der vorliegenden Studien zu untersuchen.

Methode: Untersuchung vorhandener Literatur nach den Leitlinien der „Cochrane Collaboration“. Recherche in mehreren Datenbanken, Einteilung der Literatur nach Evidenzgraden, Auswahl der Literaturen mit höchstem Evidenzgrad

Resultate: 24 Studien entsprachen den vorgegebenen Kriterien, 19 davon im Rahmen des Kontinuitätsansatzes, 7 im Rahmen der Diagnose Depression. 7 dieser Studien entsprachen den Kriterien höchster Evidenz. Nach dem Erkenntnisstand dieser Studien gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Alzheimer-Erkrankung und dem Auftreten depressiver Symptome bzw. diagnostizierter Depression.

Schlussfolgerungen: Die häufig zuhörende Ansicht, depressive Symptome oder Depression trete in der Frühphase der Erkrankung vermehrt auf und nehme im Verlauf der Erkrankung eher ab, kann damit wissenschaftlich nicht aufrecht erhalten werden. Insgesamt wird einer interaktiven Theorie bezüglich des Zusammenhangs von Demenz und Depression hohe Plausibilität zugemessen: Neurologische und psychosoziale Faktoren wirken interaktiv zusammen und können, abhängig von der Situation der Patienten, Depressivität begünstigen.

Quelle: Verkaik R, Nuyen J et al (2007)

The relationship between severity of Alzheimer’s disease and prevalence of comorbid depressive symptoms and depression: a systematic review
International Journal of Geriatric Psychiatry 22(11), 1063-1086

Ziel/Hintergrund: Auch in Japan ist der möglichst lange Verbleib von Menschen mit Demenz in ihren Familien gesundheitspolitisch erwünscht. Um die Rate der Hospitalisierung/Institutionalisierung zu verringern, muss man wissen, welche Faktoren dies beeinflussen. Als Hauptfaktor gilt die Person, die in der Familie die Pflege übernimmt. In dieser Studie soll untersucht werden, welche Faktoren den Wunsch nach Institutionalisierung (desire to transfer to institutional care = DI) bei pflegenden Angehörigen bestimmen.

Methode: 193 pflegende Angehörige (PA) wurden anhand eines Fragebogens befragt, ob und wie oft sie den Wunsch nach Institutionalisierung hegen. Weitere Dimensionen betrafen die eigene Gesundheit, Depressivität, Selbsteinschätzung der Pflegekompetenz, Problemlösungsfähigkeit, herausforderndes Verhalten, Stimmungsschwankungen und Irritierbarkeit der zu pflegenden Person, Entspannungsmöglichkeiten. Familiäres Belastungserleben wurde gemäß einer japanischen Skala erhoben (Nakatani et al 1989).

Resultate: PA mit einem hohen DI wiesen eine höhere tägliche Pflegezeit auf als PA mit weniger täglicher Pflegezeit. PA mit hohem DI wiesen eine schlechtere Gesundheit, eine geringere Selbstwirksamkeits- und Kompetenzeinschätzung, weniger psychische Entspannung und mehr psychische Probleme und Belastung auf. PA mit hohem DI versorgten Patienten, die mehr Stimmungsschwankungen, Irritierbarkeit und herausforderndes Verhalten aufwiesen. Die höchste Rate an DI wiesen PA auf, die ihre Pflege- und Lösungskompetenz niedrig und die Irritierbarkeit und Stimmungsschwankungen der Patienten hoch einschätzten.

Schlussfolgerungen: Stimmungsschwankungen, Irritierbarkeit, Kompetenzeinschätzung und Belastbarkeit sind voneinander unabhängige Faktoren, die DI vorherzusagen. Diese Resultate stimmen mit bisheriger Forschung überein, die besagt, dass psychische Beeinträchtigungen wie Depressivität, einhergehend mit negativen Gefühlen, sehr viel mehr als physische Belastungen vorhersagen, wie lange ein Patient häuslich gepflegt wird. Der Befund legt nahe, das anfängliche Pflegeverständnis der PA und deren Akzeptanz der zu pflegenden Person Charakteristika darstellen, die Schlüsselfaktoren bezüglich der Entscheidung zur häuslichen Pflege darstellen.

Quelle: Okamoto K, Hasebe Y et al (2007)

Caregiver psychological characteristics predict discontinuation of care for disabled elderly at home

International Journal of Geriatric psychiatry 22(11), 1110-1114

Ziel/Hintergrund: Trotz hoher Belastungen nehmen Familien entlastende Angebote nur zögerlich in Anspruch. Hilfe wird oft erst in Krisensituationen gesucht. Hilfen sind oft nicht genügend bekannt und Erfahrungen mit Dienstleistern sind zuweilen unerfreulich, insbesondere bei häufig wechselndem Personal. Die Dienste sind oft wenig flexibel und passen sich den Bedürfnissen zu wenig an. Oft möchte man Fremden nicht Einblick in intime Verhältnisse gewähren: Verletzungen von Werten wie Privatheit und Autonomie sind hier nicht selten. – Bisherige Studien belegen, dass Familien in der Regel mit angebotenen Hilfen unzufrieden sind. Je mehr Bedürfnisse unbefriedigt bleiben, desto wahrscheinlicher ist eine baldige Institutionalisierung. Ziel vorliegender Studie ist es, 1. die Pflegesituation alter, zu Hause lebender Ehepaare in Finnland zu beschreiben, von denen eine/r die Pflege des demenzerkrankten Partners übernimmt, und 2. Umfang der Unterstützung durch häusliche Pflege nebst 3. der Zufriedenheit mit dieser Unterstützung zu untersuchen.

Methode: 1943 Ehepartnern von Menschen mit Demenz, registriert bei der Sozialversicherung in Finnland, wurde ein Fragebogen zugesandt. Der Rücklauf betrug 1434 Fragebögen. Neben demographischen Daten wurde gefragt, welche Unterstützungen in Anspruch genommen werden und wie zufrieden die Nutzer damit sind.

Resultate: Ein Drittel der pflegenden Ehepartner litt unter einer schlechten Gesundheit. 40% der Demenzerkrankten benötigten beständige Unterstützung und Beaufsichtigung durch den Partner. Depression und Agitiertheit sind weit verbreitet (50% bzw. 66%). Die am meisten beanspruchten Dienste waren finanzielle Hilfen (36%), technische Hilfen (33%), Physiotherapie (32%) und Kurzzeitpflege (31%). Nur die Hälfte der pflegenden Partner waren der Auffassung, Hilfen dann erhalten zu haben, wenn sie diese brauchten. Je depressiver die Pflegenden waren, desto unzufriedener äußerten sie sich über die Dienste. Weniger als ein Drittel fanden es leicht, Informationen über die Dienste zu erhalten. Fast 70% waren der Auffassung, keinen Einfluss darauf nehmen zu können, welche Dienste und Unterstützungen sie erhalten. Emotionale Unterstützung erhalten zu haben und umfassende ADL-Hilfsbedürftigkeit des Kranken sagten Zufriedenheit voraus; geringe Einwirkung und Kontrolle auf Art und Umfang der Dienste/Unterstützungen, Schwierigkeiten, Informationen über die Dienste zu erhalten sowie schlechter Gesundheitszustand des Pflegenden sagten Unzufriedenheit voraus.

Schlussfolgerungen: Unterstützende Dienste greifen die durch neuropsychiatrische Symptome und funktionale Einschränkungen bedingte Probleme wenig auf. Nur ein Drittel der Befragten äußerten sich zufrieden und nur die Hälfte war der Auffassung, die Hilfe auch dann zu bekommen, wenn sie diese benötigten. – Die Pflege demenzerkrankter Menschen liegt oft in den Händen alter und physisch sowie psychisch kranker Ehepartner. Die Bedürfnisse der Pflegenden werden allerdings in den Diensten selten aufgegriffen. Die Autoren empfehlen, die Dienste sehr viel mehr den realen Un-

terstützungsbedarfen anzupassen (Abkehr von definierten Leistungspaketen), die familiäre Situation als Ausgangspunkt für die Bedarfsbemessung zu machen und die Angebote der Dienste transparenter zu gestalten. Die am meisten nachgefragte und erwünschte Hilfestellung seitens der pflegenden Partner ist die Physiotherapie.

Quelle: Raivio M, Eloniemi-Sulkava U et al (2007)

How do officially organized services meet the needs of elderly caregivers and their spouses with Alzheimer's Disease?

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(5), 360-368

Morgenpflege und Schmerz bei Menschen mit Demenz

4,21

Ziel/Hintergrund: Im Rahmen der Morgenpflege findet in der Regel der Hauptkontakt zum Klienten statt, insbesondere dann, wenn aufgrund fortgeschrittener Demenz eine Interaktion und Kommunikation in der Gruppe nicht mehr möglich ist. Unbekannt ist, wie häufig und wie lange die ADL-bezogenen Tätigkeiten durchgeführt werden. Vorliegende Studie interessiert, wie angenehm bzw. schmerzhaft diese Erfahrung für Klienten ist.

Methode: 51 Episoden der Morgenpflege bei 17 Klienten in drei Einrichtungen wurden mit Video aufgezeichnet und analysiert. Nach jeder Morgenpflege wurden Interviews mit den Pflegenden durchgeführt. Pflegepläne wurden anschließend auf Umgang mit Schmerz untersucht. Verschiedene Messverfahren wurden angewandt, um kognitive Einschränkungen, Unterstützungsbedarf bei den ADLs, funktionalen Status, herausforderndes Verhalten zu identifizieren.

Resultate: Die Mehrzahl der Klienten (76%) wehrten sich während der Pflege und zeigten zu 47% aggressives Verhalten. In 82% aller Situationen wurde die Morgenpflege von einer Person durchgeführt. Die Dauer der Pflege wies erhebliche Unterschiede von Einrichtung zu Einrichtung auf (15.15 – 8.82 Minuten). Die längste Pflege dauerte etwa 30 Minuten, die kürzeste 3.50 Minuten. Die Länge der Pflege wies keinen Zusammenhang mit dem Ausmaß funktionaler Einbußen auf. Es wurden viele Situationen beobachtet, die Schmerzen verursachen können, insbesondere Transfers. Zeichen von Schmerzen waren insbesondere Verbalisierungen, Grimassieren, Versteifungen, Schutzhaltungen, schmerzende Körperteile reiben, sich am Pflegenden festhalten. An pflegebedingten Ursachen konnte ermittelt werden: während der Wäsche den Körper oder Körperteile des Klienten bewegen (insbesondere bei Versteifungen und Kontrakturen), heftiges (rigoroses) Waschen, sich zu schnell bewegen, den Klienten vor einer Maßnahme nicht informieren, den Aufforderungen des Klienten nicht entsprechen den Klienten unbedeckt und frierend lassen, unangenehme Situationen bei der Ausscheidung.

Schlussfolgerungen: Die Morgenpflege ist eine Zeit intensiver Aktivität mit erheblichem Risiko, Schmerzen und Unbehagen zuzufügen. Die kurze Zeit der Durchführung (9-15 Minuten) legt nahe, dass Pflegende die Maßnahmen sehr rasch und gehetzt durchführen und damit dem Klienten wenig Gelegenheit gegeben wird, die Zuwendung in dieser Situation entspannt genießen zu können. – Die meisten Klienten wiesen chronische schmerzbedingte Erkrankungen auf wie Arthritis, Zustand nach Frakturen und legten deutliches Schmerzverhalten an den Tag. Schmerz erzeugende Pflegesituationen kamen sehr häufig vor.

Die Autoren betonen die Notwendigkeit von Schulungen, um übermäßiger Abhängigkeit [excess disability] entgegenzuwirken und Unabhängigkeit /Eigenständigkeit zu fördern. Bisherige Forschungen belegen, dass Schulungen diesen Effekt haben können, Agitiertheit während der Morgenpflege reduziert werden kann und soziale Funktionen sich haben verbessern lassen. Allerdings bringt dies immer mit sich, mehr Zeit pro Klient mit der Morgenpflege zu verbringen. Abschließend empfehlen die Autoren:

- Flexible Zeiten für die Morgenpflege zu ermöglichen um den Zeitdruck zu verringern
- Individuelle Methoden zu entwickeln, um die Morgenpflege einzuleiten und zu beginnen (Musik, Kaffee,)
- 30-60 Minuten vor Beginn der Morgenpflege ein Schmerzmedikament zu verabreichen
- Die Morgenpflege nicht in einem Zug durchzuführen, sondern in Segmenten, unterbrochen von Frühstück und anderen Aktivitäten
- Nicht auf einem Frühstück im Gemeinschaftsraum fokussiert zu sein, sondern vermehrt Frühstück im/am Bett anzubieten
- Leitende zu ermutigen, den Pflegenden mehr Freiraum in der Gestaltung Morgenpflege zu geben und dabei insbesondere auf Schmerzverhalten zu achten.

Quelle: Sloane PD, Miller LL et al (2007)

Provision of morning care to nursing home residents with dementia: opportunity for improvement?

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(5), 369-377

Ziel/Hintergrund: Strukturierte Aktivität führt nachweislich zu einer wesentlichen Erhöhung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz (Schreiner et al 2005). Besonders effektiv sind Aktivitäten, in denen musische und motorische Elemente für etwa eine Stunde kombiniert werden. Aktivitäten dieser Art schneiden bezüglich der Effekte auf Stimmung und Befinden in der Regel besser ab als kognitiv betonte Tätigkeiten. Ein wesentlicher Indikator für die Wirksamkeit ist die Abnahme depressiver Symptome. –

Vorliegende Studie vergleicht die Effekte eines umfassenden, strukturierten Bewegungsprogramms(1) mit einem Programm regelmäßiger, begleiteter Spaziergänge (2) und einer unstrukturierten Konversationsrunde(3). Es wird angenommen, dass erster Maßnahme die positivsten Auswirkungen auf Affekt und Stimmung hat.

Methode: Drei vergleichbare Gruppen wurden vor und nach den Maßnahmen bezüglich Affekt und Stimmung eingeschätzt. Die Zuweisung zu den einzelnen Gruppen erfolgte zufällig, die Beurteilenden waren nicht darüber informiert, welche Gruppe die Interventionsgruppe ist. Es wurden Klienten ausgesucht, die an Alzheimer litten, in einem Pflegeheim lebten, pflegebedürftig waren, mit Unterstützung gehen konnten. - Von insgesamt 135 ausgesuchten Personen konnten 90 an der Untersuchung teilnehmen. Affekte wurden mittels der OAS (Observed Effect Scale), der DMAS (Dementia Mood Assessment Scale) sowie an AMS (Alzheimer's Mood Scale) eingeschätzt. Weitere Verfahren bildeten das MMST (mini mental) und das OME (Fuld Object Memory Evaluation) zur Einschätzung kognitiver Einschränkungen und der „Six Minute Walk Test“ zur körperlichen Funktionseinschätzung. – Jeder Teilnehmer nahm an seiner Gruppe an 5 Tagen in der Woche über einen Zeitraum von 16 Wochen teil. Die Zeit pro Einheit wurde gesteigert von anfänglich 15 bis 30 Minuten. – Gruppe 1 (Interventionsgruppe) erfuhr ein Programm, in dem Balance, Kraft, Flexibilität gezielt trainiert wurden. In Gruppe 2 wurde die Zeit des Spaziergangs ebenfalls auf 30 Minuten gesteigert. In Gruppe 3 war darauf zu achten, die Konversation alltäglich zu halten und keine Reminiszenzarbeit oder Lebensrückschau durchzuführen.

Resultate: Die Interventionsgruppe (1) wies die meisten positivsten und die wenigsten negativen Affekte und Stimmungen während der Intervention auf. Gruppe 3 wies die meisten negativen Affekte und die wenigsten positiven Affekte auf. Gruppe 2 und 3 wiesen nur recht geringe Differenzen auf.

Schlussfolgerungen: Gut geplante, regelmässige körperliche Übungen haben einen deutlichen Effekt auf Affekt und Stimmung der Klienten. (vgl Monitor 1,5 und 3,15) Ängste vor Sturz sowie Nebenwirkungen von Medikamenten führen bei Menschen in Heimen oft dazu, dass sie ihre Bewegungen einschränken.

Die dann gewählten „sitzenden Tätigkeiten“ haben allerdings nicht den stimmungsaufhellenden Effekt wie körperliche Übungen. Die Autoren vermuten, dass strukturierte körperliche Aktivität einen mit dem Tanz vergleichbaren Effekt haben könnte. – Die Autoren heben hervor, dass eine mehr therapeutische Ausrichtung der Gruppe 3, die hier im Studiendesign ganz bewusst nicht erwünscht war, zu anderen Ergebnissen geführt hätte.

Quelle: Williams CL, Tappen RM (2007)

Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease

American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 22(5), 389-397