

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 2/2017

gefördert von:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



**LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN**

Landesinitiative Demenz-Service



Nordrhein-Westfalen

Dialog- und
Transferzentrum
Demenz

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) fördert den Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Das DZD wird seit 2005 seitens des Sozialministeriums (MGEPA) und der Pflegekassen NRW gefördert und ist Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Es ist inneruniversitär am Department Pflegewissenschaft (Fakultät für Gesundheit) der privaten Universität Witten/Herdecke angesiedelt.

Über UW/H:

Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) nimmt seit ihrer Gründung 1982 eine Vorreiterrolle in der deutschen Bildungslandschaft ein: Als Modelluniversität mit rund 2.300 Studierenden in den Bereichen Gesundheit, Wirtschaft und Kultur steht die UW/H für eine Reform der klassischen Alma Mater. Wissensvermittlung geht an der UW/H immer Hand in Hand mit Werteorientierung und Persönlichkeitsentwicklung.

Witten wirkt. In Forschung, Lehre und Gesellschaft.

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2017

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

dialogzentrum@uni-wh.de

www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Sehr geehrte Leserinnen und Leser des DZD-ForschungsNewsletters,

schön, dass wir Sie mit dem zweiten Newsletter des DZD in diesem Jahr erreichen. Wie jedes Mal haben wir auch in diesem Forschungsnewsletter spannende Studien zusammengestellt, die in unseren Augen eine hohe Relevanz für die versorgende Praxis haben.

Wie schon im Februar-Newsletter angedeutet, sind wir nun in der Endphase der Vorbereitungen unseren Newsletterdays am 8. November diesen Jahres. Einige Referentinnen und Referenten haben bereits zugesagt und wir (das Team des DZD) arbeiten uns derzeit immer tiefer ins Thema Angst (und Demenz) ein. Wir freuen uns schon sehr auf den Tag.

Vor wenigen Tagen ist nach etwa 10-monatiger Pause wieder ein Demenzei – dieses Mal zum Thema „Rufen und schreien – erschienen. Auch dort haben uns bereits erste Kommentare und Bearbeitungen des Themas durch Sie erreicht. Wir freuen uns sehr auf weitere Zusendungen von Ihnen (<http://dzd.blog.uni-wh.de/das-demenzei-des-monats-schreien-und-rufen-fragen-beantworten-und-buch-gewinnen/>).

In den nächsten Wochen und Monaten sind wir wieder viel zu Vorträgen und Workshops unterwegs, wir arbeiten an „Arbeitspapieren“ zu bestimmten Themen in der Versorgung Demenzerkrankter und reagieren natürlich weiterhin auf Ihre Anliegen und Anregungen. Neben unserem Versuch, einen Dialog auf Augenhöhe zwischen Forschung und Praxis zu initiieren und zu unterstützen, ist es natürlich fortlaufend unsere Aufgabe, als Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW (www.demenz-service-nrw.de) andere Mitstreiter der Initiative (insbesondere die Demenz-Servicezentren in NRW) mit unserem Know-How zu unterstützen. Schauen sie sich doch einmal auf den Seiten der Landesinitiative um: **es lohnt sich!!** Insbesondere auch in den seitens der unterschiedlichen AGs produzierten und gesammelten Materialien finden Sie wertvolle Informationen zu relevanten Praxisthemen.

Kommen wir nun zu Forschungsnewsletter. Erstmals haben wir mit dem DZD-Kollegen Müller-Hergl ein Online-Editorial zum Newsletter produziert, in dem er etwas Appetit auf das Format macht (<http://dzd.blog.uni-wh.de/neues-format-videoeditorial-zum-forschungsnewsletter/>). Darin gibt es wieder spannende Themen zu diskutieren und zu entdecken. Wie immer möchte ich Sie auf unsere stetig wachsenden Social-media-Kanäle hinweisen, die einen stetig wachsenden Fundus an Themen, Materialien, Diskussionen und selbst entwickelter Formate des Wissenstransfers bereithalten.

Sie sehen, das DZD hat noch immer viel zu tun und noch viel mehr vor ... denn die Ideen gehen uns nicht aus! Und wie wir in Rückmeldungen und Kommentaren von Ihnen feststellen ... - auch Sie haben noch viele Ideen und Themen zur Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung, denen wir uns gern gemeinsam widmen wollen. In diesem Sinne ...

Bis im November und viel Freude beim Lesen
wünscht Ihnen

Ihr



Detlef Rüsing (Leiter DZD)

Newsletter DZD 2/2017

Willkommen zum dreiundzwanzigsten Newsletter des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD). Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

- über den Stand unserer Arbeit und unserer Aktivitäten informieren,
- rechtzeitig auf Veranstaltungstermine hinweisen,
- eine Rundschau wichtiger, internationaler Fachliteratur anbieten (Monitoring),
- über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) hat unter anderem die Aufgaben:

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 fördern. Die Zukunftsvision ist ein „Dialog auf Augenhöhe“. Die Konzeption des DZD können Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen (www.dialogzentrum-demenz.de). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de)“.

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Fakultät für Gesundheit

Universität Witten/Herdecke

Stockumer Str. 10

58453 Witten

tel.: ++49 (0) 2302/926306

fax: ++49 (0) 2302/926310

e-mail: dialogzentrum@uni-wh.de

web: www.dialogzentrum-demenz.de

facebook: <https://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>

twitter: <https://twitter.com/DemenzDialog>

youtube: <https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz>

Neues aus der Uni Witten/Herdecke

Ankündigung/ Neuigkeiten aus dem DZNE Witten:

Die 8. Jahrestagung des DZNE Witten findet in diesem Jahr am Mittwoch, den 27.09.2017 in der Universität Witten/Herdecke unter dem Thema „Ambulant oder stationär? Perspektiven auf die demenzspezifische Versorgung“ statt. Das Programm und Hinweise zur Anmeldung finden sich unter: <https://www.dzne.de/standorte/witten/veranstaltungen.html>

Des Weiteren ist der Abschlussbericht des Projekts FallDem „Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz“, der die Implementierung der beiden Fallbesprechungskonzepte und die wichtigsten Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation dargestellt, nun online verfügbar: https://www.dzne.de/fileadmin/user_upload/editors/2016_Abschlussbericht_FallDem.pdf

Brücken oder Mauern bauen? Architektur im Dialog mit Gesundheitsberufen

Im Rahmen einer dreitägigen Exkursion diskutieren die Studierenden des Masterstudiengangs „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ zusammen mit Architekturstudierenden der TU Dresden über innovative und bedarfsgerechte Lebens- und Wohnraumgestaltung für Menschen mit Demenz. Ausgangslage bildete dabei eine fiktive Stätteilsanierung. Es wird die Frage diskutiert, ob es in erster Linie gilt inkludierende Brücken für die Betroffenen innerhalb des Quartiers zu bauen, um so möglichst lange selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung zu bleiben oder inwiefern das Altwerden in einem klar ummauerten Demenzdorf eine attraktive Alternative darstellt.

Bei Fragen zum Studiengang oder zur Thematik wenden Sie sich gerne an: ulrike.hoehmann@uni-wh.de

Intensivseminar Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe - Samstag 24.06.2017

Der Markt mit Hilfsmitteln zur Dekubitusprophylaxe ist groß und unübersichtlich. Die Komplexität der Pathogenese, die von der individuellen Situation des jeweiligen Patienten bestimmt ist, lässt auch keine einfache Entscheidung bei der Auswahl der Produkte zu. Sozialversicherungsrechtlich ist darüber hinaus zwischen Prophylaxe als pflegerische Aufgabe, Vermeidung einer drohenden Behinderung und Sicherung der ärztlichen Behandlung zu unterscheiden. Das Seminar will die

Entscheidungssicherheit erhöhen und insbesondere dazu beitragen, dass durch eine sachgerechte Argumentation eine zeitnahe und passende Versorgung erreicht wird.

Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit der UW/H mit der BAWIG (Essen) statt: http://www.bawig-essen.de/html/ibf_detail.php?id=HIMI-E-2017-c

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken
Britta Koch
Detlef Rüsing

Marcus Klug
Christian Müller-Hergl

Forschungsmonitoring 2/2017

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

1. Ein psychosoziales Verständnis der Demenz ohne Berücksichtigung neuropsychologischer Veränderungen kann Pflegende und Klienten überfordern.....	12
2. Luftverschmutzung, Aluminium und niedrigfrequente elektromagnetische Felder sind assoziiert mit einem erhöhten Demenzrisiko.....	14
3. Allein lebende Menschen mit Demenz werden ‚unsichtbar‘	17
4. Demenz erschwert die Versorgung weiterer chronischer Erkrankungen	20
5. Ein spezieller Dienst erleichtert Klienten kulturell und sprachlich diverser Gemeinschaften den Zugang zum Gesundheitswesen.....	23
6. ‚Anpassung, Ermöglichen, Engagement‘ bilden die entscheidenden Dimensionen für jüngere Menschen mit Demenz.....	26
7. Ein komplexes Schulungsprogramm steigert die Selbsteffizienz von Mitarbeitenden im Krankenhaus	29
8. Die Demenzdiagnose stellt einen immer wieder neu akzentuierten Verhandlungsprozess dar	32
9. Künstlerische Tätigkeiten verbessern Aufmerksamkeit und Kommunikation.....	35
10. Tiere tragen zur Gesundung psychisch Kranker wesentlich bei.....	37
11. Musik- und Verhaltenstherapie weisen die besten Evidenzen zur Beeinflussung herausfordernden Verhaltens auf	40
12. Psychosoziale Interventionen ebbten in der Regel nach 6 Monaten ab.....	42
13. Bewohner werden eher weniger zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten angeregt	45
14. Erweiterung der fünf psychologischen Bedürfnisse um das Bedürfnis danach, ‚tätig und wirksam‘ zu sein	48

Forschungsmonitoring 2/2017

Editorial

Liebe Interessierte,
wir freuen uns, Ihnen den 23. Newsletter zur Forschung im Arbeitsfeld Demenz im Auftrag der Landesinitiative Demenz-Service NRW vorstellen zu können. Wie immer weisen wir Sie darauf hin, dass es sich bei den Zusammenfassungen der Studien um den Versuch handelt, teils komplizierte Sachverhalte in einfacher Sprache und stark verkürzt auf die Kernaussagen darzustellen. Das Lesen dieses Monitorings ersetzt natürlich nicht die Lektüre der Originalarbeiten. Aus diesem Grunde finden Sie jeweils am Ende der Zusammenfassung die bibliografischen Angaben der Originalstudie. Aus vielen Studien haben wir wieder eine Auswahl vorgenommen, mit der wir Ihr Interesse zu treffen hoffen.

Zu Beginn des Newsletters möchten wir einen neuen Begriff einführen, den Begriff ‚ökopsychosoziale Interventionen‘, den Zeisel et al jüngst vorgestellt haben.¹ Nach unserer Meinung argumentieren die Autoren überzeugend, dass es nicht angemessen ist, die wichtigsten Interventionen für Menschen nach dem zu benennen, was sie nicht sind: nicht-pharmakologisch. Pharmakologische Interventionen für Menschen mit Demenz gelten insgesamt, besonders aber im Kontext herausfordernden Verhaltens, als grundsätzlich sekundäre Option. Wo immer möglich sollen psychologische, soziale und umweltbezogene Interventionen Priorität besitzen und erst bei deren Versagen pharmakologische Optionen zum Zuge kommen. Pharmakologische Interventionen sollten daher als komplementär gelten und nicht umgekehrt.

Diese primären ökopsychosozialen Optionen umgreifen ein weites Feld von kulturellen Aktionen (zum Beispiel Museumsbesuche), inklusive-teilhabend orientierte Gemeinden, Umgebungsanpassungen - sowohl in der eigenen Wohnlichkeit wie auch im gemeindlichen Umfeld, kreative Aktionen und sensorische Anregungen (Kunst und Musik), kognitives Training und kognitive Rehabilitation, aber auch Bildungsmaßnahmen, nicht nur für Angehörige und Professionelle, sondern auch für Menschen mit Demenz selbst. Es gilt, für diese Maßnahmen eine positive, eigenständige Bezeichnung anzustreben, die aufzeigt, was sie sind und nicht auf das beschränkt wird, was sie nicht sind. Nicht zuletzt aus forschungsstrategischen und forschungspolitischen Gründen argumentieren die Autoren, durch eine positive Bezeichnung diesen Interventionen mehr Gewicht zu geben und damit auch eine bessere Beforschung in die Wege zu leiten.

Der Begriff ‚psychosoziale Interventionen‘ zielt auf Möglichkeiten, die Lebensqualität zu verbessern und funktionale Kompetenzen im Kontext vorhandener Defizite zu maximieren. Insgesamt beschränkt sich aber die Perspektive auf das Individuum und pflegende Angehörige im engeren Sinn. Die Autoren argumentieren, dass viele Programme, die sich auf Gemeinden, Stadtplanung, Entwicklungen von Versorgungsstrukturen spezialisieren, nicht auf psychosoziale Effekte reduzieren lassen, auch wenn diese natürlich ganz wesentlich sind. Museumsbesuche, gemeinsame Kunstprojekte oder Leitlinien für den angemessenen Umgang in Behörden und Geschäften, demenzadäquate Wegfindung und Orientierungshilfen

¹ Zeisel, L., Reisberg, B., Whitehouse, P., Woods, R., Verheul, A. (2016). Ecopsychosocial Interventions in Cognitive Decline and Dementia: A New Terminology and a New Paradigm. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(6), 502-507

wirken sich auch auf die Bürgerschaft insgesamt aus, verändern die Wahrnehmungen im öffentlichen Bereich, führen unter Umständen dazu, mit Menschen mit Demenz einen angemessenen Umgang im Alltag zu pflegen und ihnen zum Beispiel in Geschäften und Cafés Schutzräume in (Not)Situationen anzubieten. Ökopsychosoziale Interventionen tragen insgesamt zu einer besseren Passung von Individuum und Umwelt bei, die mit dem Begriff ‚psychosozial‘ nur unzureichend umschrieben sind. ‚Öko‘ bezeichnet die Beziehungen zwischen Organismen und ihrer Umwelt: Ökopsychosoziale Interventionen beschreiben damit insgesamt Interventionen, die es Menschen mit Demenz erleichtern, sich ihrer Umwelt anzupassen; umgekehrt führen diese Interventionen auch dazu, dass Menschen ohne Demenz entspannter und kreativer mit Menschen mit Demenz zusammenleben können. Sie stellen Gelegenheiten und Nischen dar, die wahrgenommen und genutzt werden können und dabei weder die Person über- noch unterfordern. Daher und deswegen werden dann auch psychosoziale Effekte erkennbar und messbar.

Im vorliegenden newsletter werden Studien aufgegriffen, die sich primär mit der Gesundheitsversorgung und mit ökopsychosozialen Interventionen mit Menschen mit Demenz befassen. Doch zuvor zwei Studien mit eher grundsätzlichem Charakter:

Ein differenziertes Verständnis neurologischer Beeinträchtigungen ist wichtig, um Menschen nicht mit Interventionen zu überfordern. In der Regel sind ökopsychosoziale Interventionen eher bei Personen mit leichter bis mittlerer Demenz wirksam und zeigen bei schwerer Demenz kaum erkennbare Effekte. Interventionen müssen demnach an das neurologische Profil angepasst werden. Geschieht dies nicht, leiden unter Umständen auch Pflegende und Angehörige unter dem Gefühl des Scheiterns oder Versagens oder überfordern den Betroffenen mit gut gemeinten, aber unangemessenen Interventionen. (1)

Die Evidenzen für möglicherweise schädigende, mitverursachende Umweltfaktoren fallen eher gering aus. Luftverschmutzung, Aluminium und niedrigfrequente elektromagnetische Felder können am ehesten als Ko-Faktoren in Betracht kommen. Hierbei sind auch Fragen nach der ‚Dosis‘, dem Zeitpunkt der Exposition und möglicher Kumulation über einen längeren Zeitraum hinweg von entscheidender Bedeutung. (2)

Allein lebende Menschen mit Demenz benötigen nicht nur Pflege, sondern auch Hausmeisterdienste. Wohnungen sollten regelmäßig einem technischen Mindestcheck unterzogen werden. Dazu reicht der partielle Auftrag der ambulanten Pflege nicht aus. Angehörige wollen und können diese Bedarfe oft nicht wahrnehmen. Ein typisches Beispiel ist die Funktionsfähigkeit der Heizung. (3)

Ohne engagierte Angehörige sind Menschen mit Demenz im Gesundheitssystem verloren, verpassen Termine, Behandlungen, wissen nicht, wie sie zum Arzt kommen sollen. Dennoch verweigert man Angehörigen oft den Zugang zu Untersuchungsergebnissen und schätzt ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung gering. Die meisten Arztpraxen und Krankenhäuser sind wenig auf den Assistenzbedarf von Menschen mit Demenz im Gesundheitssystem vorbereitet und verlassen sich darauf, dass Angehörige es richten. Besonders schwierig wird es bei alleinlebenden Menschen mit Demenz. (4)

Noch eine weitere Facette dazu: Menschen mit Demenz aus kulturell und sprachlich diversen Gemeinschaften sind auf einen Begleitdienst angewiesen, der sie und Angehörige durch das Gesundheitssystem ‚navigiert‘. Beschrieben werden die Rahmenbedingungen, die für die erfolgreiche Implementierung eines solchen

Dienstes quer durch alle Einrichtungen des Gesundheitswesens notwendig sind. (5)

Dies trifft auch auf jüngere Menschen mit Demenz zu: deren Bedürfnisse sind andere als die von alten Menschen mit Demenz, die Strukturen aber adressieren fast immer nur letztere. Die Demenzen in jüngeren Jahren weisen ein anderes Profil auf. Die Sorgen der Betroffenen und ihrer Familien kreisen viel um Überlebens-, Finanzierungs-, Rollen- und Unterbringungsfragen. Jüngere Menschen werden an diesen Entscheidungen wenig beteiligt, verlieren ihre Arbeit, fühlen sich marginalisiert, verlieren die Ankerpunkte der bisherigen Identität. Programme müssten sich daher primär an diese Überlebensfragen der Familien wenden. Auch Arbeit im geschützten Rahmen wäre eine gute Idee. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorhandener Gesundheitsdienste sind auf diese familiären Fragen in der Regel überhaupt nicht vorbereitet - daher der Ruf nach spezialisierten Diensten. (6)

Ein kanadisches Fortbildungsprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus hat sich als derart erfolgreich erwiesen, dass es nun in ganz Kanada verbreitet wird. Wichtig für den Erfolg scheint zu sein, dass zuvor geschulte Kolleginnen und Kollegen die Schulung für andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchführen und sie anschließend in der Implementierung der Inhalte begleiten. Methodisch arbeitet der Ansatz vermehrt mit erfahrungsbasiertem Lernen und weniger mit kognitiv orientierter Wissensvermittlung. Insgesamt zeigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der teilnehmenden Einrichtungen eine deutliche Steigerung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus. (7)

Wie vermittelt man schlechte Nachrichten? Die Studie untersucht, wie Ärzte sich an der Einsichtsfähigkeit der Patienten bei der Vermittlung der Diagnose orientieren - oder auch nicht. Im Ergebnis zeigt sich, dass manche stereotypische Unterstellungen (zum Beispiel die Vermeidung des ‚A‘-Wortes) nicht zutreffend sind und, dass die Eröffnung der Diagnose einen Verhandlungsprozess zwischen Patient, Angehörigen und Arzt einleitet, der immer wieder neu justiert und aufgenommen werden muss. (8)

Künstlerische Interventionen wirken sich bei leichter bis mittelschwerer Demenz positiv auf kognitive Funktionen aus und sind nicht nur als Beitrag zur Freizeitgestaltung zu werten. Die Interventionen verbessern die Aufmerksamkeit und regen zur gesteigerten Kommunikation an. (9)

Haustiere haben für psychisch kranke Menschen einen zentralen Stellenwert, bilden oft den einzigen verlässlichen Kontakt über Tage und Wochen hinweg. Dennoch sind sie selten Gegenstand systematischer Planung und tauchen in der Pflegeplanung eher selten auf. Das eigene Wohlbefinden psychisch kranker Menschen hängt oft entscheidend vom Befinden des Tieres ab. Über ihre Tiere entwickeln die Personen auch einen guten Teil ihrer sozial- und nachbarschaftlichen Kontakte. (10)

Musik- und Verhaltenstherapie bleiben die einzigen Interventionen, die auf Verhalten und Befinden von Menschen mit Demenz einen nachgewiesenen Effekt haben. Bei allen anderen Interventionen sind die Evidenzen widersprüchlich, inkonsistent, wechselnd und schwer zu verallgemeinern. Dies bedeutet nicht, dass sie unwirksam sind - nur, dass sich ihre Wirksamkeit nicht verallgemeinern lässt. Die meisten Effekte halten nicht lange an, sondern zeigen ihre Wirkung nur im unmittelbaren Erleben. (11)

Welche Anteile und Aspekte ökopyschosozialer Interventionen haben Erfolg beziehungsweise tragen entscheidend zum Erfolg bei? Viel scheint davon abzuhängen, wie Pflegende, Betreuende, Angehörige lernen und auf dem Weg der An-

wendung/Umsetzung begleitet werden. Der Erfolg scheint damit weniger von der Art der Intervention, sondern den damit zusammenhängenden Lernprozessen - allein und im Team - abzuhängen. Führt dies dazu, dass sich die Lernenden in ihrer Beziehungsgestaltung ermutigt und befähigt fühlen, dann tritt der Erfolg auch meistens ein. Beständige Reflexion und Unterstützung der Trainer und Vorgesetzten tragen ein Übriges dazu bei. (12)

Für Pflegende stehen die Aktivitäten des täglichen Lebens mehr im Fokus der Aufmerksamkeit als hauswirtschaftliche Aktivitäten - überhaupt Aktivitäten jenseits der Pflege und Versorgung. Allerdings zeichnet sich ab, dass sich dies in psychogeriatrischen Einrichtungen ändert und hauswirtschaftlichen Aktivitäten mehr Wertschätzung entgegengebracht werden. Auch Fortbildungen und Fallbesprechungen tragen dazu bei, Bewohnerinnen und Bewohner mehr am Alltag zu beteiligen. (13)

Die von Kitwood postulierten 5 psychologischen Bedürfnisse können empirisch als valide eingeschätzt werden. Eine weitere Dimension ‚agency‘ wurde hinzugefügt. Auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz konnten recht gut zu ihrem Befinden befragt werden. Die Bedürfnisse erfahren in den Interviews Nuancierungen, die aus reiner Beobachtung heraus kaum zu erschießen wären. (14)

Wie immer hoffen wir, dass für Sie etwas Interessantes und Lesenswertes dabei ist. Lassen Sie es uns wissen, wenn Ihnen spannende Studien bekannt werden und geben Sie uns Rückmeldungen, ob der Newsletter in vorliegender Form hilfreich und informativ ist.

1. Ein psychosoziales Verständnis der Demenz ohne Berücksichtigung neuropsychologischer Veränderungen kann Pflegende und Klienten überfordern

Ziel/Hintergrund

Es gilt heute als unumstritten, dass Persönlichkeit, soziale Interaktion und Copingmechanismen der Person einen wesentlichen Einfluss darauf haben, wie Menschen mit Demenz sich erleben und erfahren. Die psychosoziale Perspektive hat eine Reihe von Interventionen hervorgebracht, deren Effekt auf Lebensqualität und Verhalten eher unter den Erwartungen geblieben ist. Die Interventionen wirken sich eher bei leichter bis mittlerer positiv aus, nehmen aber in der Effektstärke bei Menschen mit schwerer Demenz deutlich ab. Dies wirft die Frage auf, ob neurologischen und neuropsychologischen Veränderungen ausreichend Beachtung geschenkt wurde. – Vorliegende Literaturübersicht geht der Frage nach, wie neurologische Veränderungen die Wahrnehmung von Welt und Selbst beeinträchtigen.

Methoden

Beschrieben wird eine Literatursuche, welche den Konzepten ‚Bewusstsein‘ und ‚Wahrnehmung‘ im Kontext der Demenz nachgeht. Insgesamt konnten 94 Studien ausgewertet werden.

Resultate

Die Studien äußern sich ausschließlich zu Menschen mit Demenz im Frühstadium der Erkrankung. Inhaltlich können Aussagen zum Gedächtnis, der Wahrnehmung, der Deutung des Wahrgenommenen sowie zur Impulskontrolle auf Wahrgenommenes getätigt werden.

Gedächtnis: Das semantische Gedächtnis (allgemeine Tatsachen und Wissen) scheint mehr betroffen zu sein als das episodische, autobiographische Gedächtnis. An Lebendiges (Personen, Tiere) erinnern sich Personen mit Demenz besser als an Sächliches. Das implizite Gedächtnis (wissen, wie man etwas macht, was man mit einer Sache macht) ist deutlich länger erhalten als das explizite Gedächtnis. Dies legt nahe, die Person mit vertrauten Personen und Dingen zu umgeben auch dann, wenn sie diese nicht explizit benennen beziehungsweise erinnern kann.

Wahrnehmung: Gesichtserkennung ist häufig beeinträchtigt und wird auf den Niedergang von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und visuspatialen (Raumwahrnehmung) Funktionen zurückgeführt. Emotionale Ausdruckshandlungen anderer Menschen können zunehmend schlechter entschlüsselt und berücksichtigt werden mit der Folge mangelnder Rücksichtnahme und herausforderndem Verhalten.

Deutung: Da man immer weniger die Aufmerksamkeit mehreren Dingen zugleich zuwenden kann, können Vorgänge, Prozesse, gleichzeitig ablaufende Vorgänge nicht mehr gut erfasst werden. Beeinträchtigte Bewegungserkennung und

Erfassung von Mengen (zum Beispiel Personen in einer Gruppe) erschweren zusätzlich das Erfassen komplexer Situationen.

Impulskontrolle: Im Sprachverhalten kann beobachtet werden, dass Personen zu Reizen (Vorgängen, Personen, Objekte) Irrelevantes vorbringen, wie wenn sie das Gesagte nicht auswählen und den spontanen Sprechfluss nicht fokussieren könnten. So kommt es häufiger zu ‚leerem Sprechen‘.

Diskussion

Neuropsychologische Veränderungen nicht zu berücksichtigen, führen zu einem einseitig psychosozialen Verständnis der Demenz. Dies kann dazu führen, dass man die Einflussmöglichkeiten überschätzt beziehungsweise den Pflegenden eine Verantwortung für Rehabilitationspotentiale zuschreibt, die sie beim besten Willen nicht realisieren können. Ein intensiveres Training hat ab einem bestimmten Störungsgrad keine Aussicht auf Erfolg und kann sich für Pflegende und Klienten eher belastend und überfordernd auswirken.

Eine kluge Berücksichtigung neuropsychologischer Veränderungen führt zu spezifischen Interventionen: mehr mit schriftlichen und weniger mit mündlichen Instruktionen arbeiten; gezielt mit Fotografien und Objekten arbeiten, um Orientierung herzustellen; besondere Techniken wie schrittweise Vereinfachung von Tätigkeiten (Montessori) können Beteiligung und Tätigsein ermöglichen.

Insgesamt besteht ein erhebliches Forschungsdefizit zum Verständnis des Erlebens und Erfahrens von schwerer Demenz.

Quelle

Zwijssen, S.A., van der Ploeg, E., Hertogh, C. (2016). Understanding the world of dementia. How do people with dementia experience the world? *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1067-1077

Schlagworte

herausforderndes Verhalten, neuropsychiatrische Symptome, systematische Literaturanalyse

2. Luftverschmutzung, Aluminium und niedrigfrequente elektromagnetische Felder sind assoziiert mit einem erhöhten Demenzrisiko

Ziel/Hintergrund

Ein nicht unerheblicher Anteil der Demenzerkrankungen könnte vermieden oder zumindest verzögert werden. So führt man etwa 1/3 aller Demenzen vom Alzheimer Typ auf Faktoren wie Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas, Rauchen, Depressivität, kognitive Aktivität und geringe Bildung zurück. Es ist daher wichtig, sich aller weiteren Risikofaktoren für Demenz bewusst zu werden, die von weiteren beeinflussbaren Faktoren ausgehen, wie zum Beispiel von der Umwelt. Vorliegende systematische Literaturanalyse beansprucht, Evidenzen für mögliche Verdachtskandidaten zusammenzutragen.

Methoden

Beschrieben wird die Methodik der systematischen Literaturanalyse. Gefunden wurden Arbeiten unter anderem zur Luftverschmutzung, Klimaveränderung, ultravioletter und radiologischer Strahlung, Wasserqualität, Aluminium. Die Studien wurden hinsichtlich ihrer Evidenzqualität beurteilt und die Evidenz für die Verdachtskandidaten in stark, moderat oder schwach eingestuft.

Resultate

Insgesamt entsprachen 60 Studien von 6.665 Studien den Einschlusskriterien. Ergebnisse werden für Luftqualität, toxische Schwermetalle, andere Metalle, Spurenelemente, berufsbedingte Umweltbelastungen sowie verschiedene andere Faktoren vorgestellt.

Luftqualität: Zwei prospektive Langzeitstudien (Schweden) wiesen ab einer bestimmten Dosis eine Assoziation von Stickstoff mit steigendem Demenzrisiko auf. Eine Querschnittsstudie aus China legt eine Assoziation von schwerer, nicht aber moderater Demenz mit einer erhöhten Dosis von passivem Tabakrauch nahe. Eine Studie aus Taiwan zeigte einen Zusammenhang zwischen dem Anstieg von Ozon und Feinstaub mit gesteigerter Wahrscheinlichkeit für Alzheimer Demenz nach. Insgesamt wird die Evidenz für einen Zusammenhang von Luftqualität und Demenz als moderat bis stark beurteilt.

Giftige Schwermetalle: Bis auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Demenz und Blei spielen Schwermetalle für das Demenzrisiko keine Rolle.

Andere Metalle: Enthält das tägliche zu sich genommene Trinkwasser mehr als 0,1mg Aluminium, dann verdoppelt sich nach einer französischen prospektiven Langzeitstudie mit dem höchsten Evidenzgrad die Wahrscheinlichkeit, an irgendeiner Demenz zu erkranken, und verdreifacht sich die Wahrscheinlichkeit, an Alzheimer Demenz zu erkranken. Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Studien zu

Calcium, Kobalt, Kupfer und Eisen kommen zu keinen eindeutigen Befunden.

Spurenelemente: Umgebungen mit einem hohen Anteil an Fluoriden im Trinkwasser weisen nach einer Querschnittsstudie das niedrigste Vorkommen von Demenz auf. Andere Spurenelemente wie Selen, Silicon und Silicium weisen unterschiedliche und insgesamt keine überzeugenden Assoziationen auf.

Berufsbedingte Belastungen: Während eine Assoziation von Aluminium und Demenz aufgrund geringer statistischer wegen geringer statistischer Aussagekraft wenig überzeugend ausfällt, konnte ein Zusammenhang mit Entlaubungs- und Begasungsmitteln sowie Pestiziden nachgewiesen werden. Insgesamt fällt die Evidenz für berufsbedingte Belastungen eher gering aus – am besten ist der Zusammenhang mit Pestiziden erwiesen. Vermutete Zusammenhänge mit Dieselabgasen, Tinten, Farben und Plastikprodukten ließen sich nicht nachweisen.

Verschiedene andere Umweltfaktoren: Einem extrem niedrigfrequentem elektromagnetischem Feld wie einer Hochspannungsleitung beständig ausgesetzt zu sein ist, nach mehreren qualitativ hochwertigen Studien, mit einer in einem Zeitraum von 15 Jahren verdoppelten Wahrscheinlichkeit einer Alzheimer Erkrankung assoziiert. Auch ein Mangel an Vitamin D scheint – trotz widersprüchlicher Befunde – insgesamt eher die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung zu erhöhen.

Diskussion

Die Autoren diskutieren die Herausforderung, sehr unterschiedliche Studien aus sehr verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen einer einheitlichen Bewertung zuzuführen. Viele Studien weisen ein Querschnittsdesign auf und lassen damit keine kausalen Schlussfolgerungen zu. Einige der beschriebenen Zusammenhänge wurden in nur einer Studie beschrieben, so dass Schlüsse mit großer Vorsicht gezogen werden sollten. Da protektive Faktoren einen wesentlichen Einfluss haben, fragt sich auch immer, wann der Einfluss von Umweltfaktoren erhoben wurde: handelt es sich um kumulative Wirkungen, um Wirkungen zu einem sensiblen und kritischen Zeitpunkt? Ist die Luftbelastung eher entscheidend in der Kindheit oder eher im Alter oder eher in den mittleren Jahren? Insgesamt scheint viel dafür zu sprechen, dass die Belastungen aus Luftverschmutzung in der Kindheit den nachhaltigsten Einfluss ausüben. Der Einfluss von Aluminium dagegen scheint eher ein kumulativer zu sein, der mit dem Älterwerden eher zunimmt.

Insgesamt fällt die Evidenz für spezifische Umweltfaktoren als Risikofaktoren für Demenz eher gering aus. Am ehesten spielen Luftverschmutzung, Aluminium und beständige Exposition an niedrigfrequente elektromagnetische Felder eine mitverursachende Rolle.

- Quelle** Killin, L.O.J., Starr, J.M., Shiue, I.J., Russ, T.C. (2016). Environmental risk factors for dementia: a systematic review. BMC Geriatrics, DOI 10.1186/s12877-016-0342-y
- Schlagworte** Umweltfaktoren, Risikofaktoren, systematische Literaturanalyse

3. Allein lebende Menschen mit Demenz werden ‚unsichtbar‘

Ziel/Hintergrund

Menschen mit Demenz leben zunehmend allein in eigener Häuslichkeit. Kognitive Beeinträchtigungen bringen vielfältige Risiken mit sich und machen einen erhöhten Betreuungs- und Pflegeaufwand erforderlich. Risiken werden häufig nicht rechtzeitig erkannt oder aufgrund von Auftragsbeschränkungen nicht verfolgt. Personen mit Demenz ängstigt die Vorstellung, in ihrer Autonomie beschränkt und fremdbestimmt zu werden, so dass sie Bedürfnisse und Bedarfe nicht zu erkennen geben. Sie ziehen sich vom öffentlichen Leben zurück und werden ‚unsichtbar‘. – Vorliegende Studie identifiziert die Herausforderung in Pflege und Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz und zieht Konsequenzen für das notwendige Netzwerk von Unterstützungsleistungen.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie aus Australien, deren Ergebnisse auf Interviews mit ambulant Pflegenden und Betreuenden basiert. Beschrieben wird die Auswahl der Interviewten (Einzel- und Fokusinterviews) sowie die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse. Insgesamt wurden 21 Personen interviewt.

Resultate

Unter dem Begriff ‚alleine leben‘ kann Verschiedenes verstanden werden – in der eigenen Wohnung leben, über Tag oder über Nacht alleine sein oder alleine sein, während der Ehepartner im Krankenhaus oder in Ferien verweilt. Erwähnt werden auch Fallsituationen, in denen die Person zwar mit Familie zusammenlebt, die sich aber in keiner Weise kümmert. Probleme und Herausforderungen werden unter 7 Rubriken zusammengefasst:

1. Schlechte Hygiene: Die Personen vergessen sich zu waschen, die Kleidung zu wechseln, deponieren benutzte Einlagen an unangemessenen Stellen, Böden und Flächen sind verdreckt oder eingestuhlt, Wohnungen sind vermüllt, verwahrlost, so dass die Person sich nirgends hinsetzen oder -legen kann.
2. Gesundheitsprobleme: Medikamente werden vergessen, in zu großen Mengen eingenommen, Arzttermine werden nicht wahrgenommen oder der Weg dorthin nicht gefunden, Fehl- und Mangelernährung treten auf, Diätanforderungen nicht befolgt.
3. Unangemessene Ernährung: Personen vergessen zu essen, essen verdorbene Speisen oder nicht zum Verzehr geeignete Substanzen, können ohne Aufforderung nicht mehr essen. Defekte Kühlschränke werden nicht ersetzt, Speisen werden kalt aus der Dose verzehrt oder im laufenden Ofen verbrannt, Gewürze Salz und Zucker miteinander verwechselt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lassen sich häufig von der Person einen Tee machen, um nachzuschauen, ob dies noch

- beherrscht wird: ein Klient fertigte daraufhin einen Tee mit Spülmittel an. Einkäufe gestalten sich schwierig: Unwichtiges wird gekauft, Essentielles vergessen.
4. Sicherheit: Herde und andere Elektrogeräte stellen Gefahrenherde dar: eine Person ließ den Heizlüfter laufen, aber die Kabel waren noch um das Gerät gewickelt und lösten sich auf. Gerauchte Zigaretten werden auf den Teppich geworfen, Rauchmelder tönen, werden aber nicht beachtet. Der Umgang mit Schlüsseln wird problematisch: Personen schließen sich aus und verbringen die Nacht im Garten; andere schließen sich ein und kommen nicht wieder heraus. Wenn sie sich beim Spaziergang verlaufen, werden sie nicht vermisst.
 5. Drückerbanden und Betrüger haben sich zum Teil auf alte Menschen mit Demenz spezialisiert – oft sind infolgedessen die finanziellen Grundlagen erschöpft und Personen hoch verschuldet. Gelegentlich bedienen sich auch Nachbarn und Verwandte an den finanziellen Ressourcen.
 6. Wenn Altgeräte ersetzt werden müssen, kommen die Personen mit den Neugeräten nicht mehr klar: Telefon, Wasch- und Spülmaschine, Mikrowellen, Heizgeräte. Bank- und Kreditkarten werden immer wieder eingezogen, weil die Person den passenden PIN vergessen hat.
 7. Manche Familien können oder wollen die Bedürftigkeit nicht erkennen oder sind untereinander zu zerstritten, um effektive Hilfen zu organisieren. Oft fehlt es dann an elementaren Dingen: das Wasser in der Heizungsanlage wird nicht aufgefüllt, die Glühbirnen nicht ersetzt, Wasserschäden nicht rechtzeitig erkannt. Die Personen selbst geben dies nicht zu erkennen oft aus Angst, dann ins Heim zu müssen.

Diskussion

Die Autoren diskutieren die Ergebnisse unter drei Hinsichten:

1. Selbstpflege: Hygiene, Ernährung, Kontinenz, Medikationen und Arztbesuche überfordern die Personen häufig. Immer mehr unerfüllte Bedürfnisse kumulieren und bedingen sich gegenseitig. Lang bestehende Defizite werden erst in schweren Krisen offenbar. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege und Betreuung haben einen eingeschränkten Betreuungsauftrag und kümmern sich beispielsweise nicht um die Waschmaschine oder die Heizungsanlage. Unterstützende Technologien können eine Hilfe sein, müssen aber auch gepflegt und richtig eingesetzt werden – zum Beispiel muss daran gedacht werden, Batterien zu ersetzen oder rechtzeitig die Akkus aufzuladen. Die Autoren diskutieren, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechende Schulungen benötigen und es einen

verpflichtenden regelmäßigen Mindestcheck der Wohnungen geben muss.

2. Interaktion mit anderen Menschen: Oft sind alleinlebende Menschen Opfer von finanzieller Ausbeutung. Sie sind eher leichtgläubig und schließen Verträge für Dienstleistungen oder Objekte ab, die schwer kündbar sind und ihnen einen Nutzen bringen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege und Betreuung sollten für diese Gefahren sensibilisiert werden, Angehörige über die Gefahren aufgeklärt werden. Eine zu gesunden Zeiten erfolgte Klärung von Finanzfragen (Vollmacht) ist immer hilfreich.
3. Sicher allein zu Hause leben: Ohne Unterstützung und Begleitung leben alleinlebende Menschen in einer schrumpfenden Welt mit immer geringeren Bezügen zur weiteren Umwelt: die Innenstadt wird zum ‚no-go area‘. Sie ziehen sich in die eigene Wohnung zurück und finden dort Sicherheit, Geborgenheit, aber auch vielfältige Möglichkeiten für Tätigsein.

Zu Hause mit Demenz alleine leben stellt sich als Gradwanderung zwischen Sicherheit und Verantwortung einerseits und Respekt vor der relativen Autonomie in der eigenen Wohnlichkeit dar. Diese Entscheidungen fallen besonders schwer, wenn Angehörige nicht zugegen sind. Technische Hilfsmittel können unterstützen, aber ein breit gefächertes Hilfesystem nicht ersetzen.

Quelle

Evans, D., Price, K., Meyer, J. (2016). Home alone with dementia. SAGE Open
DOI: 10.1177/2158244016664954

Schlagworte

alleinlebend, Vulnerabilität, Versorgungsnetzwerk, qualitative Studie

4. Demenz erschwert die Versorgung weiterer chronischer Erkrankungen

Ziel/Hintergrund

Demenz geht im Alter zumeist mit weiteren, nach einer britischen Studie durchschnittlich 4,6 chronischen Erkrankungen einher. Die meisten dieser chronischen Erkrankungen wurden bereits vor Beginn der Demenz erhoben. Mit dem Beginn der Demenz müssten die bestehenden Maßnahmen angepasst werden. Institutionen des Gesundheitswesens sind allerdings zumeist auf einzelne Erkrankungen ausgerichtet und berücksichtigen das Zusammenwirken eher weniger: auch Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz sind zumeist wenig auf die Mitbehandlung oder Anpassung von Maßnahmen bezüglich anderer Erkrankungen vorbereitet und ausgerichtet. Wenn dies gelingt, ist dies eher dem Engagement einzelner, weniger aber eines systematischen Vorgehens geschuldet.

Vorliegende britische Studie untersucht, wie sich Komorbiditäten auf Menschen mit Demenz auswirken, wie sich Demenz auf den Zugang zur Behandlung der Komorbiditäten auswirkt und welche Möglichkeiten für Verbesserungen bestehen.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie, basierend auf halb-strukturierten Interviews mit Menschen mit Demenz, Angehörigen und Professionellen. Ausgesucht wurden Personen, die mindestens eine zusätzliche Erkrankung zur Demenz aufwiesen: Diabetes, Schlaganfall und Sehbehinderung. Interviews wurden entweder einzeln oder in Form von Fokus-Interviews durchgeführt. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

Resultate

Insgesamt konnten Interviews geführt werden mit 28 Personen mit Demenz, 33 Angehörigen und 56 Professionellen, darunter 10 Hausärzte, 18 professionell Pflegende sowie weitere Fachärzte, Therapeuten und Personen in leitenden Positionen. Es ließen sich drei Themenfelder unterscheiden: Angehörige ermöglichen den Zugang zur Gesundheitsversorgung und sichern Versorgungskontinuität; Art und Schwere der Demenz wirken sich auf die Gesundheitsversorgung der anderen chronischen Erkrankungen aus; mangelhafte Kommunikation und fehlende Zusammenarbeit zwischen Disziplinen und Diensten erschweren die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz.

Zu 1: Angehörigen initiierten die Versorgung und navigierten die Personen durch das Gesundheitssystem, obgleich sie Mühe haben, dies zu verstehen; sie machen Termine, informieren Behandler über Befunde anderer Behandler und weisen auf die Demenz hin; sie organisieren Transporte, weisen auf bestehende Medikationen hin, helfen bei klinisch relevanten Entscheidungen, sorgen für Anschlussbehandlungen und pflegerische Versorgung. Dabei weisen sie selbst häufig eine schlechte Gesundheit auf, müssen mit der Rolle ‚pflegender

Angehöriger' zurechtkommen, haben oft erhebliche Reise-
strecken zu bewältigen. Menschen ohne Angehörige sind in
ernsthafter Gefahr, gesundheitlich unzureichend versorgt zu
werden. Der Beitrag der Angehörigen wird oft unterschätzt
und wenig gewürdigt; zuweilen haben sie Probleme, Zugang
zu Untersuchungsergebnissen zu erhalten, werden aber ver-
antwortlich gemacht, wenn relevante Informationen nicht
oder unvollständig weitergeleitet werden.

Zu 2: Bei beginnender und leichter Demenz können die Per-
sonen mit Einschränkungen ihre Gesundheitsversorgung
noch selber managen. Problematisch ist die Übergangszeit,
wenn die Fähigkeiten nachlassen, die Person mit Demenz
aber noch nicht bereit ist, andere 'übernehmen' zu lassen. In
dieser Phase treten oft diabetische Krisen auf, werden zu
wenig oder zu viele oder die falschen Medikamente einge-
nommen. Professionelle Gesundheitsanbieter sind auf diese
Übergangszeit nicht vorbereitet: so nehmen sie nicht vor-
weg, dass Personen mit Demenz Termine oft vergessen, mit
dem Medikamentenregime überfordert sind, sich falsch er-
nähren, Insulin vergessen. Bei bestehender Demenz brauchte
es eine gewisse Überwachung und Kontrolle, um Krisen
rechtzeitig vorzubeugen: solche Programme bestehen auf
der Systemebene des Gesundheitswesens nicht.

Zu3: Informationen diverser Behandler und Untersucher
werden zu wenig zusammengeführt und im Ganzen zusam-
menhängend bedacht. Spezialisten (zum Beispiel Diabetolo-
gen oder Augenärzte) wissen häufig nicht um die Demenz,
verfügen nicht über demenzspezifische Assessmentverfahren
(zum Beispiel bei Augenuntersuchungen oder bei der Anpas-
sung von Hörgeräten).

Diskussion

Die Autoren plädieren nachhaltig für eine ‚Koproduktion der
Versorgung‘, bei der die Versorgung laufend der Demenz
angepasst und absehbare Veränderungen antizipiert werden.
Dies dürfe nicht von einzelnen, engagierten Personen ab-
hängen, sondern müsse im Versorgungssystem und der In-
formationsverarbeitung verankert werden. In dieser Kopro-
duktion müssten die Angehörigen berücksichtigt und ange-
messenen Wert geschätzt werden. Das Gesundheitssystem ma-
che es den Angehörigen oft unnötig schwer, Informationen
zu erhalten und notwendige Schritte einzuleiten, Termine zu
machen, die Versorgung anzupassen. Die Autoren diskutieren
verschiedene praktische Ansätze von Case Management,
um dies gewährleisten zu können. Verstärkt weisen auf die
Problematik allein lebender Personen mit Demenz hin, die
ohne Angehörige im Gesundheitssystem verloren zu gehen
drohen.

Quelle

Brunn F., Burn, A.-M., Robinson, L., Poole, M., Rait, G.,
Brayne, C., Schoeman, J., Norton, S., Goodman, C. (2017).
Healthcare organisation and delivery for people with demen-
tia and comorbidity: a qualitative study exploring the

views of patients, carers and professionals. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2016-013067

Schlagworte

chronische Erkrankungen, Angehörige, Gesundheitssystem, qualitative Studie

5. Ein spezieller Dienst erleichtert Klienten kulturell und sprachlich diverser Gemeinschaften den Zugang zum Gesundheitswesen

Ziel/Hintergrund

Menschen mit einem kulturell und sprachlich diversen Hintergrund haben oft Mühe, vorhandene Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies ist im Wesentlichen auf mangelnde Sprachkenntnis und mangelnde Kenntnis des Gesundheitssystems zurückzuführen. Daher wird die Demenz oft erst in späteren Krankheitsphasen, zumeist in Krisensituationen diagnostiziert. Zudem fehlen meist entsprechend sprachlich und kulturell angepasste Instrumente und Dienste sowie die Fähigkeit der Gesundheitsarbeiter, Symptome auf dem kulturellen Hintergrund der Person richtig einzuschätzen. In Modellversuchen wurden besonders geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche den kulturellen Hintergrund der Zielgruppe teilen, in einer Art Brücken- und Vermittlerfunktion eingesetzt, um Personen und Familien durch das Gesundheitssystem zu ‚navigieren‘. – Vorliegende Studie aus Australien berichtet von der Entwicklung eines Projektes, ein kulturell sensibles Modell für die Begleitung von Personen mit Demenz und deren Familien mit kulturell und sprachlich diversem Hintergrund zu implementieren.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie in Form einer partizipatorischen Aktionsforschung. Bei diesem Vorgehen werden Klienten und Dienstleister sowie politisch Verantwortliche in die Entwicklung und Implementierung der Intervention eingebunden. Beschrieben werden beteiligte Akteure (ambulante Dienste, Memory Klinik, Care und Case Management etc.) und Vertreter der kulturell und sprachlich diversen Gemeinschaften, die allesamt gezielt ausgesucht wurden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter und anderer beteiligter Dienste vermittelten Klienten und deren Familien an eine besonders für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiterin, die in Folge Kontakt aufnahm. Daten, Assessments, Gesprächs- und Beobachtungsprotokolle dieser Mitarbeiterin wurden in der Arbeitsgruppe der Akteure und Forschenden reflektiert mit dem Blick auf Dienstleistungslücken, fehlende Kompetenzen und Materialien.

Resultate

62 Personen, durchschnittlich 69 Jahre alt (+/- 14) konnten in einem Zeitraum von 2 Jahren begleitet werden. Die Personen wiesen unter anderem einen italienischen, vietnamesischen, griechischen Hintergrund auf. Die meisten Personen und ihre Familien wussten eingangs nicht, wie sie an Dienstleistungen herankommen könnten beziehungsweise berichteten von schlimmen Erfahrungen mit ebendiesen. Die Mitarbeiterin machte ihnen unter anderem übersetzte Broschüren zugänglich, plante zusammen mit den Familien die

Pflege und Versorgung im Voraus („Advanced Care Planning“), vermittelte geeignete Dienste und Hilfen, nahm kulturell angepasste Assessments vor, stellte Kontakte zu Beratungsstellen her, half bei der Beantragung von Geldern und der Beschaffung technischer Hilfsmittel. Viele Gespräche drehten sich um das Demenzverständnis und eine angemessene Kommunikation und Interaktion in den Familien. Insgesamt hatte die Mitarbeiterin innert 2 Jahren 406 Kontakte zu Klienten und Familien. Die Kontakte erfolgten bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage.

Wichtige Rahmenbedingungen der Dienstleistung waren: kulturell angepasste Assessments, Vernetzung von und Verweis auf (vorbereitete und vorab informierte weitere) Dienstleistungen, sowie ein „diversity framework“ (Rahmenleitlinie für kulturelle Verschiedenheit) mit Leitlinien, edukativen Materialien sowie gezielten kulturell spezifischen Hinweisen.

Für die Arbeit der Mitarbeiterin waren ferner wichtig: Ein eigener Wagen, Übersetzer, Zugang zu spezialisierten Diensten, genügend Autonomie und Flexibilität in der Zeiteinteilung, um eine tragfähige Beziehung zu den Familien aufzubauen.

Im Ergebnis wurden „kulturell spezifische Referenzkarten“ entwickelt, die Mitarbeitern anderer Dienste Wege und Möglichkeiten aufweisen, wie sie sich Klienten und Familien aus anderen Kulturen anzunähern und Kontakt aufzubauen haben.

Diskussion

Die Autoren betonen die Bedeutung der Beteiligung von Dienstleistern, Behörden und Vertretern der kulturellen Gemeinschaften für die Entwicklung einer derartigen Dienstleistung. Mit der Zeit nahmen immer mehr Dienstleister den Dienst der Mitarbeiterin in Anspruch. Familien und Klienten anderer kultureller Gemeinschaften fielen besonders durch folgende Merkmale auf: die Demenz soll „in der Familie“ bleiben. Was die anderen Mitglieder der kulturellen Gemeinschaft zur Versorgung eines Demenzkranken sagen ist sehr wichtig. In der Regel pflegen die Frauen. Hilfen werden angenommen, wenn sie vorgehende Prinzipien unterstützen und nicht in Frage stellen.

Quelle

Goeman, D., King, J., Koch, S. (2016). Development of a model of dementia support and pathway for culturally and linguistically diverse communities using co-creation and participatory action research. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2016-013064

Schlagworte

Demenz und Migration, Aktionsforschung



6. „Anpassung, Ermöglichen, Engagement“ bilden die entscheidenden Dimensionen für jüngere Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund	Forschungen zum Thema ‚Jüngere Menschen mit Demenz‘ gelten als ein neu aufkommendes Forschungsfeld (‘emerging‘). Vorliegende Literaturstudie wurde im Auftrag der Regierung Australiens erarbeitet, um die zukünftige Entwicklung von Diensten zu planen.
Methoden	Es wurde sowohl wissenschaftliche wie auch ‚graue‘ Literatur herangezogen, die entweder auf jüngere Menschen mit Demenz fokussiert, mit anderen Demenzkranken verglichen wurde oder für die Einschätzung der Relevanz von Diensten für jüngere Menschen informativ ist. Beschrieben wird die Suchstrategie.
Resultate	<p>Es konnten 304 Artikel identifiziert werden, davon 221 aus dem akademischen und 83 aus dem ‚grauen‘ Bereich.</p> <p>Epidemiologie: Die Aufmerksamkeit für jüngere Menschen mit Demenz ist international in den letzten Jahren stark gestiegen. Die Diagnostik hat sich aufgrund verbesserter Technologien erheblich weiterentwickelt. Studien beschreiben die Vorkommenshäufigkeit zwischen 6,1% und 8% aller Demenzen. Demenzen von jüngeren Menschen weisen eine große Ursachenbandbreite auf: Nach einer britischen Studie gehen 34% auf Demenz vom Alzheimer Typ, 18% auf vaskuläre Demenzen, 12% auf frontotemporale Demenzen, 10% auf Alkohol-bezogene Demenzen, 7% auf Demenzen vom Lewy-Body Typ und 19% auf ‚sonstige Demenzen‘ zurück. Eine französische Studie berichtet von geringeren Prozentzahlen für Alzheimer (22%), beschreibt aber ebenfalls eine große Bandbreite von Diagnosen mit vergleichsweise mehr Diagnosen aufgrund von Alkohol, Hirn-Traumata und Huntington als in der älteren Bevölkerung. Männer scheinen von präsenilen Demenzen häufiger betroffen als Frauen (52-58%), wogegen der Anteil von Frauen bei später Demenz überwiegt. Jüngere Menschen mit Demenz sind zumeist zwischen 40 und 65 Jahren. Überlebensraten werden mit 7-9 Jahren angegeben, da jüngere Menschen mit Demenz physisch eher gesund sind und weniger Komorbiditäten aufweisen als alte Menschen mit Demenz.</p> <p>Demenz-Erfahrungen: Das jüngere Alter bestimmt die Themen wie der Rollenverlust als Versorger, Partner, Elternteil, der Verlust der Arbeit sowie die damit einhergehenden finanziellen Probleme. Eine rechtzeitige und genaue Diagnose erfahren die Personen oft eher weniger - viele standardisierte Assessments erfassen Demenzen bei jüngeren Personen weniger treffend. Folglich müssen sich die Personen mit Fehldiagnosen und Falschbehandlungen auseinandersetzen. In der Regel dauert es 4,4 Jahre nach Symptombeginn, bis eine</p>

genaue Diagnose vorliegt. Psychologische und verhaltensbezogene Symptome sind nur für einige Demenzformen höher, ansonsten dominiert – wie bei allen Demenzen – die Apathie. Nur im Fall der frontotemporalen Demenz fallen Aggressivität und Enthemmung ins Gewicht. Da der Anteil genetisch bedingter Demenzen bei jüngeren Personen höher ausfällt, ist humangenetische Beratung – auch in Hinblick auf die eigenen Kinder – von hoher Bedeutsamkeit.

In den zumeist qualitativen Studien zu Erfahrungen berichten die Personen vom Schock nach der Diagnose, den Mühen sich einem Leben ‚danach‘ anzupassen, den Problemen, adäquate und altersangepasste Hilfen zu erhalten und zwischen die Stühle der Institutionen zu fallen sowie von massiven finanziellen Problemen. Institutionen und Dienste machen sich oft nicht die Mühe, an Entscheidungen zu beteiligen. Sie vermitteln eher selten adäquate Informationen und können oft nicht an kompetentere Stellen und Hilfen verweisen. Besonders die Dimensionen Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Kommunikation, soziales Leben, intime Beziehungen werden wenig bis gar nicht unterstützt. Angehörige fühlen sich eher außen vorgelassen, wobei sie aufgrund der Lebenssituation in mittleren Jahren erheblichen Lernbedarf bezüglich Demenz, Anpassungsbedarf an den veränderten Partner selbst und Beratungsbedarf für die eigene Zukunft aufweisen. Angehörige wünschen sich eine größere diagnostische Zuverlässigkeit, um die Symptome des Partners angemessen beurteilen zu können, eigene Entscheidungen zu fällen und der zunehmenden sozialen Isolierung zu entgegen. Besondere Beachtung hat die Erforschung der Folgen für die Kinder erhalten, die unter dem Stigma, dem Gefühl der Peinlichkeit, den Familienkonflikten, der Pflege des Elternteils, den Sorgen um den gesunden Elternteil, den Schulproblemen sowie an kindlichen Entwicklungsstörungen leiden. Über alleinlebende jüngere Menschen mit Demenz ohne Familienanschluss ist nichts bekannt, obwohl sie etwa 1/3 aller jüngeren Menschen mit Demenz ausmachen. Über jüngere Menschen mit Demenz aus sprachlich und kulturell diversen Gemeinschaften ist noch weniger bekannt. Gleiches betrifft Wissen über jüngere Menschen mit Demenz aus eher ländlichen Gebieten.

Programme: Neben den üblichen Programmen wie kognitive Stimulation und Rehabilitation wird die Bedeutsamkeit von Diensten unterstrichen, die sich dem Paar beziehungsweise der Familie als System widmen. Begleiteten Selbsthilfegruppen, auch unter Nutzung der für diese Altersgruppe vertrauten Möglichkeiten der Kommunikationstechnologie, haben sich in ersten evaluierten Praxisprojekten bewährt, so dass diesen Ansätzen ein hohes Potential für die Zukunft beigemessen wird. Bedeutungsvolle Aktivitäten wie Freiwilligendienste, Gartenarbeit, geschützte Arbeitsmöglichkeiten oder künstlerisch-expressive Möglichkeiten sind für die betroffenen Personen von hoher persönlicher Relevanz, bislang aber

nur unzureichend erforscht. Geschützte Arbeit zusammen mit therapeutischer Begleitung scheint eine vielversprechende Kombination zur psychischen Stabilisierung zu bilden. Dienste: Weder sind die Dienste auf jüngere Menschen mit Demenz zugeschnitten noch nutzen jüngere Menschen die in der Regel auf alte Menschen zugeschnittenen Dienste. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit den spezifischen Sorgen und Nöten wenig vertraut und haben diesbezüglich auch wenig anzubieten, wissen in der Regel auch nicht, auf wen oder was da verwiesen werden könnte. Besonders Hilfen für die Familien und die Finanzen haben eine hohe Dringlichkeit. Die Autoren betonen die Bedeutung der Integration verschiedener Dienste, d.h. die Kenntnis voneinander sowie die Fähigkeit der Dienste, fallspezifisch aufeinander zuzuarbeiten. Zudem müssten die Dienste ihre Angebote auf das Alter, die Familien und die Bedürfnisse nach Aktivität und Beschäftigung flexibel zuschneiden können. Wiederholt werden spezifische Dienste für jüngere Menschen mit Demenz gefordert, da vorhandene Dienste zu wenig Potential aufweisen, sich auf und für diese neue Gruppe von Klienten auszurichten. Diese müssten sich besonders auf die Themen „Anpassung, Ermöglichen, Engagement“ spezialisieren, die in eher klassischen Diensten für Menschen mit Demenz eher nachgeordnet vorkommen. (siehe Bild unten)

Diskussion

Eine Diskussion findet nicht statt, stattdessen reflektieren die Autoren die Notwendigkeit, einen ganzheitlichen Ansatz für diese Klienten zu entwickeln, in dem Gesundheitsdienste, Altenhilfe und Behindertenhilfe ihre Kompetenzen kombinieren.

Quelle

Sansoni, J., Duncan, C., Grootemaat, P., Capell, J., Samsa, P., Westera, A. (2016). Younger Onset Dementia: A Review of the Literature to Inform Service Development. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, 31(8), 693-705

Schlagworte

präsenile Demenz, subjektive Erfahrungen, Literaturanalyse

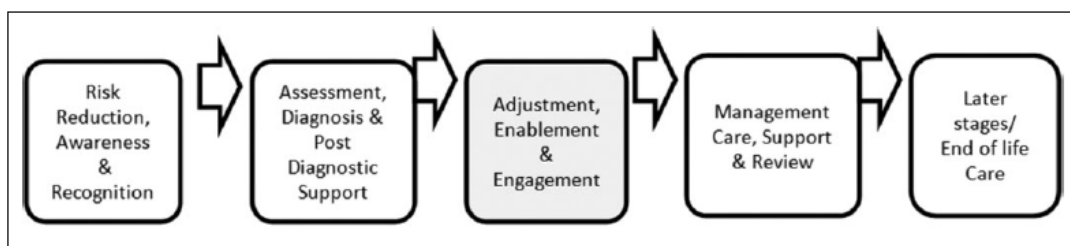


Figure 2. Five stages of younger onset dementia support.

7. Ein komplexes Schulungsprogramm steigert die Selbsteffizienz von Mitarbeitenden im Krankenhaus

Ziel/Hintergrund

Schon heute machen ältere Menschen mit Demenz 20-30% der Patienten in kanadischen Krankenhäusern aus – mit steigender Tendenz. Demenz stellt daher ein Querschnittsthema für alle Bereiche, und nicht mehr ein Sonderthema für einen Spezialbereich dar. Vorliegender Artikel berichtet über die Evaluation eines Schulungsprogramms für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines maximalversorgenden Akutkrankenhauses in Ontario. Im Fokus des Artikels steht ein Verfahren ‚Gentle Persuasive Approaches‘ (GPA), in etwa: Der Ansatz der sanften Überzeugung.

Pflegende in Akutkrankenhäusern sind oft nicht ausreichend über Demenz informiert und tragen durch das eigene ver richtungsorientierte Verhalten oft zu herausforderndem Verhalten der Patienten bei. In diesem Fall wird medikamentös sediert und physisch fixiert mit gravierenden Folgen für die Betroffenen. Hinzu kommen eine hohe Arbeitslast, eine hohe Komplexität der Aufgaben, aber auch die begrenzten Möglichkeiten, sich mit Menschen mit Demenz zu verständigen, Einsicht zu erzielen und Regelungen zu treffen.

Das GPA-Programm stellt ein literatur- und evidenzbasiertes Schulungsprogramm dar, das nur von zertifizierten Trainere rinnen/Trainern und Coaches durchgeführt wird. Diese Train erinnen und Trainer sind immer auch zugleich reguläre Mit arbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Klinik, in der die Schulung vorgenommen wird. Die Schulung basiert auf dem Grundgedanken der unerfüllten Bedürfnisse, die dem Verhal ten von Menschen mit Demenz unterliegen und die es zu ergründen und zu erfüllen gilt. Insgesamt 4 Trainingsmodule umfassen das personenzentrierte Verständnis der Demenz, Grundlagen der Hirnpathologie bei Demenz und Delir, inter aktive und kommunikative Strategien sowie Möglichkeiten der Deeskalation und der familiären Edukation. Methodisch kommen Rollenspiele, Fallstudien, Übungen, Videoanalysen und Kleingruppenarbeiten zum Einsatz. (siehe auch: www.ageinc.ca/about-gpa-2/) Bisherige Studien haben ge zeigt, dass Absolventen eine deutliche Steigerung der selbsteingeschätzten Selbst-Wirksamkeit in der Bewältigung von Krisen und der Umsetzung evidenzbasierter Praktiken auch 8 Wochen nach dem Training aufweisen. Seit einigen Jahren erfreut sich die Schulung in Kanada wachsender Beliebtheit und wird inzwischen in allen Provinzen nachhaltig aufgegriffen.

Vorliegende Studie geht unter anderem folgenden Fragen nach: Verändert ein standardisiertes Schulungsprogramm zur Demenz die Selbstwirksamkeit von im Akutbereich Pfl egenden? Welche Erfahrungen machen die Pflegenden nach der Schulung angesichts herausfordernden Verhaltens?

Methoden

Es handelt sich um eine kontrollierte, nichtrandomisierte Studie mit wiederholten Messungen, um die Effekte der Implementierung einer standardisierten Schulung in 7 klinischen Abteilungen abzubilden. Daten wurden vor, unmittelbar nach und 8 Wochen nach Beendigung der Schulung erhoben. Für jede Interventionsgruppe gab es eine Kontrollgruppe, die eine andere Form von Schulung (Hilfe durch eine Mitarbeiterin der Fortbildung bei herausforderndem Verhalten einzelner Patienten) erhielt. Fokusgruppen-Diskussionen dienten dazu, patientenbezogene Effekte und Implementierungseffekte abzubilden. Beschrieben werden die Klinikbereiche, das Implementierungsverfahren (Protokolle, Handbücher, Leitlinien für die Ausbilder, Curricula). Jeweils 3 Trainerinnen/Trainer unterrichten Gruppen von 18-20 Teilnehmern an einem Tag über 7,5 Stunden. Bei den Trainerinnen/Trainern handelt es sich um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik, die anschließend arbeitsbegleitend die Umsetzung begleiten und coachen. Auf der Managementebene wurden parallel Anpassungen der Klinikleitbilder sowie Anpassungen der Arbeitsabläufe entwickelt. Beschrieben werden der Fragebogen, mit dem die Selbstwirksamkeit abgebildet wird, sowie das Verfahren der Datenanalyse.

Resultate

468 Personen nahmen an dem GPA-Programm teil. Interventions- und Kontrollgruppen wiesen zu Beginn etwa gleiche Werte bezüglich Selbstwirksamkeit auf. Die Interventionsgruppen wiesen unmittelbar nach und deutlich höhere Selbstwirksamkeitseinschätzungen auf als die Kontrollgruppen. (54,68 gegenüber 45,17 bei der Kontrollgruppe) In der Interventionsgruppe gaben diese Werte nach 8 Wochen wieder leicht nach. Mitglieder der Interventionsgruppen berichteten, dass sie Situationen wie Gewalt, verbale Attacken, Fluchtverhalten, repetitive Artikulationen/Perseverationen nun besser verstehen und besser intervenieren beziehungsweise sich rechtzeitig zurückziehen könnten. In den Fokusgruppen wurden die erfahrenen Veränderungen unter folgenden Rubriken zusammengefasst: das Verhalten der Patienten umdeuten („reframing“), fixierende Praktiken durch andere Praktiken ersetzen, die Haltung verändern (mehr auf die Hintergründe des Verhaltens schauen, es nicht gegen sich persönlich gerichtet erfahren), den Standpunkt der Person nachvollziehen können (das Kontaktbedürfnis hinter einem vorgebrachten Anliegen zu erkennen), als Team mehr zusammenwachsen, den Rückhalt durch das Management spüren.

Diskussion

Gestiegene Zuversicht bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, herausfordernde Situationen bewältigen zu können, verringern das Gefühl von Ohnmacht und Verletzbarkeit der Pflegenden. Dies wiederum ermöglicht es, mehr über das Verhalten nachzudenken und unerfüllten Bedürfnissen auf die Spur zu kommen. Trotz der weiterhin herausfordernden

Verhältnisse einer Krankenhausumgebung gelang es den Absolventen, sich sicherer und effizienter im Umgang zu fühlen. Daher halten die Autoren das Schulungsprogramm für sehr vielversprechend und zukunftsweisend.

Quelle

Schindel Martin, L., Gillies, L., Coker, E., Pizzacalla, A., Montemuro, M., Suva, G., McLelland, V. (2016). An Education Intervention to Enhance Staff Self-Efficacy to Provide Dementia Care in an Acute Care Hospital in Canada: A Nonrandomized Controlled Study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 31(8), 665-677

Schlagworte

Krankenhaus, Fortbildung, Selbsteffizienz.

8. Die Demenzdiagnose stellt einen immer wieder neu akzentuierten Verhandlungsprozess dar

Ziel/Hintergrund

In der Regel gilt eine rechtzeitige, möglichst frühe Diagnose als wünschenswert, um eine frühe Behandlung einzuleiten, einen Lernprozess in der Familie und beim Betroffenen zu ermöglichen und einige die Demenz verzögernde ökopsozioziale Interventionen zu implementieren (zum Beispiel die Vereinfachung der Wohnung – ‚de-cluttering‘). Dennoch kann die Eröffnung wie ein Schock wirken, Widerstand beziehungsweise katastrophische Reaktionen auslösen.

In Folge dieser Befunde reagieren Diagnostiker oft verunsichert, vermeiden das ‚A-Wort‘ (Alzheimer), umgeben die Diagnoseeröffnung mit Euphemismen (‚das entwickelt sich langsam, man kann viel dagegen tun‘), reden eher vom schlechter werdenden Gedächtnis. Aber eben dieses ‚Drumherumreden‘ kann für den Patienten und die Familie verunsichernd und stigmatisierend wirken.

Israelische Studien wiederum belegen, dass eher zu als mit der Person gesprochen wird und häufig der Diskurs den Betroffenen eher ausschließt und sich primär den Angehörigen zuwendet. Andere Studien zeigen, dass eine ausführliche Erläuterung und Erklärung zumeist unterbleiben, die Diagnose eher angedeutet aber nicht klar und deutlich benannt wird. Es handelt sich um eine Mixtur von Dominanz und Vermeidung, die sowohl angeblich schonende wie auch ausschließende und ignorierende Elemente enthält.

All diese Phänomene belegen, dass es eine nicht leichte Herausforderung für Diagnostiker darstellt, sich im situativen Dilemma der Eröffnung schlechter Nachrichten sprachlich transparent und ehrlich, dennoch aber auch zugewandt und rücksichtsvoll zu verhalten.

Vorliegende Studie aus Großbritannien untersucht klinische Interaktionen bei der Diagnoseeröffnung in einer Memory Klinik anhand konversationsanalytischer (linguistischer) Methoden.

Methoden

Untersucht wurden 18 diagnostische Gespräche in vier Memory Kliniken mit insgesamt 15 betroffenen Personen und 14 begleitenden Angehörigen. Die Situationen wurden gefilmt mit einem Umfang von 9 ½ Stunden. Beschrieben wird die qualitative Datenanalyse des Materials. Aus diesem Korpus werden einige Szenen vorgestellt und analysiert.

Resultate

Die erste Szene: Die Tochter fragt den Arzt nach den Ergebnissen des Scans, worauf der Arzt zunächst schweigt, Luft holt und dann eher etwas Allgemeines zum Alter sagt und was man gegen die damit einhergehenden Veränderungen tun kann. Die Sprache ist dabei nicht flüssig, stotternd, durchsetzt mit vielen paraverbalen Elementen, deutet

massive Veränderungen (,significant') im Scan an, die dann aber nicht weiter erläutert werden. Die Patientin wird in dieser Zeit nicht angesprochen und schweigt, beide beziehen sich auf sie mit ,mum'(Mutter). Am Ende bedankt sich die Patientin für die Zeit des Arztes, ohne dass sie zu erkennen gibt, ob sie etwas verstanden hat und ohne dass sich die Beteiligten versichern, was sie davon verstanden hat. Insgesamt wird die Diagnose nicht benannt, eher verschleierns angedeutet, wohl mit dem Ziel, durch Minimalisierung der Information die Betroffene und die Angehörige zu schonen. Die zweite Szene: Eine Dame mit Verdacht auf vaskuläre Demenz und in früheren Jahren erlittenen, gut kompensierten früheren Insult, ist zusammen mit zwei Töchtern im Gespräch mit dem Arzt nach einem Assessment. Im Unterschied zur ersten Szene wendet sich der Arzt die ganze Zeit der Patientin zu. Der Arzt bietet einzelne ,Fundstücke' eher vage und verdeckt an und scheint darauf zu warten, dass sich die Patientin darauf einlässt beziehungsweise die Inhalte bestätigt. Diese aber reagiert ,normalisierend' und schreibt die Veränderungen dem Alter zu, worauf sich der Arzt mehr oder weniger auf diese Aussage einlässt. Einen neuen Versuch, über das Alter hinausgehende Befunde zu präsentieren, nimmt er dann eigenständig wieder zurück durch die Überlegung, was man dagegen tun könne. In diesem Beispiel versucht der Arzt, mit großer kommunikativer ,Delikatesse' die ,Fahrtrichtung' der Diagnostik zu suggerieren, verzichtet aber darauf, die Selbstdefinition der Patientin dominant und einseitig zu korrigieren. Da die Patientin heftig raucht, lenkt er eher zu gesundheitsfördernden Themen um, da er sich hier mehr kommunikativen Erfolg verspricht.

Die dritte Szene: Es wird ein Gespräch präsentiert zwischen Arzt und einem männlichen Patienten, das im Rahmen einer fortlaufenden kontinuierlichen Begleitung durch die Klinik geführt wird. Thematisiert werden die Medikation, die gut kompensierte Komorbidität bipolare affektive Störung sowie die zunehmenden Sprach/Sprechstörungen, die besonders der Ehefrau aufgefallen sind. Ganz selbstverständlich wird das Wort ,Alzheimer' benutzt, allerdings offenbart der Patient, dass ihm nicht mehr so ganz deutlich ist, was dies heißt und bedeutet. Im Durcharbeiten der bekundeten Sprach/Sprechstörung dienen die vielfältigen Bestätigungen des Arztes dem Ziel, eben anhand dieser Symptome die Einsicht des Patienten in seine Erkrankung zu konkretisieren.

Diskussion

Die Eröffnung der Diagnose oder die Vertiefung der Einsicht in ebendiese impliziert eine ,knotige' interpersonale Dynamik, in der verdeckende, andeutende, dominante, ausschließende, den Patienten bestätigende Elemente vorkommen und sich abwechseln. Viel scheint dabei davon abzuhängen, wie der Arzt den Patienten einschätzt und wie der Patient auf die ersten Eröffnungen und ,Fundstücke' reagiert. Keine Reaktionen des Patienten zu erhalten scheint die

Unsicherheit des situativen Dilemmas zu erhöhen und damit zur Ambivalenz des Gesagten beizutragen. Die der Situation einwohnende Spannung wird demnach von allen Seiten wesentlich mitbestimmt und prägt die non-verbale, paraverbale Anteile sowie die einzelnen Aspekte des ‚Drumherumredens‘. Einsicht und kommunikativer Erfolg kann gelingen, ohne dass diagnostische Etiketten genutzt werden (‚Alzheimer‘) und umgekehrt: obwohl die Etikette präsent ist, ist deren Verständnis immer wieder unklar.

Das kommunikative Anliegen der Demenzdiagnose stellt demnach einen fortlaufenden, immer wieder neu akzentuierten Verhandlungsprozess zwischen Arzt, Patient und Angehörigen dar.

Quelle

Peel. E.(2015). Diagnostic communication in the memory clinic: a conversation analytic perspective. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1123-1130

Schlagworte

Kommunikation, Memory Klinik, Diagnose, qualitative Studie

9. Künstlerische Tätigkeiten verbessern Aufmerksamkeit und Kommunikation

Ziel/Hintergrund	Schon seit dem 18. Jahrhundert wird vermutet, dass die Künste eine positive Wirkung auf die geistige und seelische Gesundheit haben. Studien geben zu der Vermutung Anlass, dass die Künste einen Gewinn für kognitive Funktionen und die Lebensqualität darstellen und neuropsychiatrische Symptome lindern. Australien ist das erste Land, das die Künste als Teil seiner nationalen Gesundheitspolitik definiert hat. Unterschiedliche Theorien legen Zusammenhänge mit verbesserter Sprach-/Sprechfähigkeit und Kommunikation, visospazialen Funktionen, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit und Gedächtnis nahe. – Ziel vorliegender Literaturstudie ist es, Forschungsbefunde über die Wirkung von kunstbezogenen Aktivitäten auf kognitive Funktionen bei Menschen mit Demenz zu dokumentieren. Dabei stehen nicht therapeutische Interventionen, sondern der alltägliche Einsatz („community-based“) ohne therapeutische Absicht im Fokus (zum Beispiel gemeinsames Singen oder ein Museumsbesuch).
Methoden	Beschrieben wird die Literatursuche. Nur Studien, die den unmittelbaren Zusammenhang mit kognitiven Funktionen untersuchen und nicht zusammen mit anderen Interventionen vorkommen, werden eingeschlossen. Insgesamt konnten 17 Studien eingeschlossen werden, unterteilt in literaturbezogene Ansätze (zum Beispiel Geschichten vorlesen), darstellende Künste (zum Beispiel Tanz, Theater, Musik), bildende Künste (zum Beispiel Malen, Museumsbesuche, Bildung).
Resultate	Geschichten erzählen, Erinnerungen wecken steigert die Aufmerksamkeit und fördert das soziale Miteinander – allerdings nur für kurze Zeit. Vergleichbares konnte auch für die bildenden Künste festgestellt werden, allerdings nur für Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz. Livemusik und gemeinsames Singen geht mit sehr viel mehr Wachheit, Interesse und Engagement einher und erhöht die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit. Die Beziehung zwischen Klient und Pflegenden (Angehörigen) verbessert sich im Umfeld deutlich und es kommt vermehrt zu positiven Interaktionen und Kommunikationen. Auch der Umgang mit darstellenden Künsten verbessert die Aufmerksamkeit und wird seitens der Teilnehmenden als geistig anregend beschrieben. Museumsbesuche scheinen Erinnerungen zu wecken und verbale Funktionen zu verbessern.
Diskussion	Der Einsatz künstlerischer Elemente und Tätigkeiten, hat einen positiven Effekt auf kognitive Funktionen, die mit Aufmerksamkeit, Interesse, Kommunikation und Austausch in Verbindung stehen. Die Studien haben eher kleine Teilnehmerzahlen, weisen zumeist eher Pilotcharakter auf,

berichten über kognitive Funktionen nicht immer in der nötigen Klarheit und Differenziertheit. Es mangelt an einem theoretischen Rahmen, welcher den positiven Effekt auf kognitive Funktionen erklären könnte. Effekte für Menschen mit schwerer Demenz fallen deutlich geringer aus.

Abschließend diskutieren die Autoren die methodologischen Herausforderungen für die Forschung, außerhalb klinischer Settings verlässliche quantitative Daten erheben zu können. In der Regel erweisen sich die gewählten Assessmentinstrumente nicht als sensitiv genug, um kleine aber bedeutende Veränderungen abbilden zu können.

Quelle

Young, R., Camic, P.M., Tischler, V. (2015). The impact of community-based arts and health interventions on cognition in people with dementia: a systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 29(4), 337-351

Schlagworte

Kunst, Kognition, Kommunikation, systematische Literaturanalyse

10. Tiere tragen zur Gesundung psychisch Kranker wesentlich bei

Ziel/Hintergrund

Menschen mit lang anhaltenden psychischen Erkrankungen erleben häufig einen Alltag, der von Einsamkeit, Isolation, und Mangel an Beschäftigung geprägt ist. Dadurch wird die ‚ontologische Sicherheit‘ (Urvertrauen) erschüttert, die kognitive Trias einer positiven Sicht auf das eigene Selbst, die Welt und die Zukunft. Ängste und Verlust weiterer Kontakte können die Folge sein.

In der sozialen Arbeit und der psychiatrischen Pflege bildet der Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen einen wichtigen Schwerpunkt. Hierbei wird der einzigartige Beitrag von Haustieren oft zu wenig erkannt. Sie müssen nicht nur umsorgt werden, sondern bilden den Anlass für vielfältige Aufgaben und Sozialkontakte, die mit Begegnung und Anerkennung einhergehen. Haustiere können mit erhöhtem ‚Sozialkapital‘, einer psychischen Gesundung und Normalisierung (‚Recovery-Ansatz‘) einhergehen. Dennoch wird – außerhalb gezielter Tiertherapie – dem Faktor Haustier wenig Aufmerksamkeit gewidmet, etwa in der Pflegeplanung.

Vorliegende Studie untersucht die Bedeutung und die sozialen Rollen, die mit dem Besitz eines Haustiers bei Menschen mit psychiatrischen Langzeiterkrankungen einhergehen. Es geht dabei nicht um Tiertherapie, die von Therapeuten gezielt an die Person herangetragen wird, sondern um den therapeutischen Wert des Zusammenlebens mit einem Tier im Alltag.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie aus Großbritannien. Die Studie orientiert sich an einem Ansatz, der die Erfahrung und das Management einer psychischen Erkrankung als ‚Krankheitsarbeit‘ versteht, die unter den Aspekten der praktischen, emotionalen und biographischen Dimensionen von ‚Arbeit‘ weiter differenziert wird. So muss beispielsweise ein psychisch kranker Mensch lernen, sich bei aufkommenden Ängsten (‚emotionale Arbeit‘) selbst zu beruhigen, Hilfe einzufordern, verschriebene Medikamente rechtzeitig einzunehmen.

Teilnehmende konnten aus einer anderen Studie gewonnen werden. Es musste eine psychiatrische Diagnose vorliegen sowie eine regelmäßige Betreuung durch ambulante psychiatrische Dienste. Insgesamt konnten 59 Personen für die Teilnahme gewonnen werden.

Halb-strukturierte Interviews wurden mit dem Ziel durchgeführt, die persönlichen Netzwerke der Personen abzubilden. So lautete beispielsweise die Eingangsfrage: ‚Wer oder was denken Sie, ist für Sie am wichtigsten, um mit Ihrer psychischen Erkrankung zurechtzukommen?‘ Teilnehmende ordneten die Bezüge unter den Rubriken ‚am wichtigsten‘, ‚wichtig‘ und ‚weniger wichtig‘ ein. Zudem wurden die Bezüge

den beschriebenen ‚Arbeitsdimensionen‘ zugewiesen. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse.

Resultate

Als Hauptthemen der Analyse werden aufgeführt: 1. die Bedeutung der Haustiere, 2. die Rolle der Haustiere im Kontext der ‚Krankheitsarbeit‘, 3. die verborgene ‚Arbeit‘ der Haustiere‘.

Zu 1: Von den 25 Teilnehmenden, die ein Haustier besitzen, ordneten 60% (n=15) dieses in den innersten Bedeutungskreis („sehr wichtig“). Für viele gab es nur einen weiteren regelmäßigen Kontakt – den ambulanten psychiatrischen Dienst. Einige Teilnehmende berichteten nicht nur vom eigenen Haustier, sondern erwähnten auch Bezüge zu anderen Tieren in ihrer Umgebung. Bestanden gute Beziehungen zu Familie und Freunden, rückten die Beziehungen zu Tieren eher in die Kategorie ‚weniger wichtig‘. Die meisten aber wiesen wenige persönliche Bekanntschaften außer denen zu Tieren auf. Die Bedeutung dieser Tiere wurde als sehr grundlegend betrachtet („ontologisch“): man habe täglichen Kontakt zu ihnen und erfahre dabei ein Wohlbefinden wie bei keinem anderen Kontakt sonst. Das Tier sei der zuverlässigste und am meisten wohlmeinende Kontakt, den man habe. Zudem bringe einen das Tier in Verbindung zu anderen Tierbesitzern – Kontakte, die sich in dieser Breite ansonsten nicht ergäben.

Teilnehmende beschreiben, wie schwierig es sei, mit anderen Personen einen guten Kontakt aufzubauen: in der Regel könnten diese die Erfahrung psychischer Erkrankung nicht verstehen und scheuten vor dem Kontakt eher zurück. Tiere dagegen hätten ihre eigene Art, die Schwierigkeiten ihres Besitzers zu verstehen, - so jedenfalls käme es ihnen vor.

Zu2: Negative Empfindungen ergaben sich bezüglich der Aufgabe, Tiere zu pflegen und zu versorgen, aber auch in Bezug auf Ängste, sie zu verlieren. In überwiegender Mehrheit stehen aber positive Empfindungen im Vordergrund, besonders aber körperlicher Kontakt und Trost. Tieren wird mitunter die Begabung zugesprochen, genau zu spüren, wenn es einem schlecht gehe und dann auch das Richtige zu tun – zum Beispiel sich mit ins Bett zu begeben oder das Gesicht zu lecken oder zu motivieren, jetzt aufzustehen und einen Spaziergang zu machen. Sie spornen zur ‚praktischen Krankheitsarbeit‘ an, lenken von negativen Gefühlen ab, zwingen, Einkäufe zu machen und ‚Gassi‘ zu gehen. So tragen die Tiere dazu bei, dem Tag eine Struktur zu geben. Tiere würden einem nichts nachtragen, übelnehmen, nicht auf die Narben an den Armen starren.

Zu 3: Die Tiere leisten damit einen stillen, aber unverzichtbaren Beitrag zur Anerkennung, Strukturierung und zur gesunden Lebensweise (recovery) der Personen.

Diskussion

Die stille ‚Strukturarbeit‘ der Tiere trägt zum Gefühl bei, das eigene Leben mehr unter Kontrolle zu haben. Sie vermitteln ein Gefühl der Sicherheit und der

Anerkennung. Damit tragen sie dazu bei, dass psychisch kranke Personen ihren Lebenssinn wieder finden. Die Autoren plädieren dafür, dass Pflegende Haustiere bewusst in den Blick nehmen und sich derer Bedeutung für die Klienten bewusst werden.

Quelle

Brooks, H., Rushton, K., Walker, S., Lovell, K., Rogers, A. (2016). Ontological security and connectivity provided by pets: a study in the self-management of the everyday lives of people diagnosed with a long-term mental health condition. BMC Psychiatry, DOI 10.1186/s12888-016-1111-3

Schlagworte

Tiertherapie, psychiatrische Pflege, qualitative Studie

11. Musik- und Verhaltenstherapie weisen die besten Evidenzen zur Beeinflussung herausfordernden Verhaltens auf

Ziel/Hintergrund

Von 6 Patienten mit Demenz entwickeln 5 mit der Zeit ein neuropsychiatrisches Symptom beziehungsweise ein herausforderndes Verhalten. Nach Beginn der klinisch manifesten Demenz dauert es in der Regel 2 Jahre, bis etwa 20% der Patienten ein solches Symptom entwickeln. Agitierte Phasen halten mehrere Monate an. 50% der Patienten zeigen zumindest einmal monatlich eine ernsthafte Form herausfordernden Verhaltens. Agitiertheit und/oder Depressivität erschweren Aktivitäten und behindern Beziehungen, belasten die Beziehungen zu Angehörigen und professionell Pflegenden, sagen eine niedrige Lebensqualität voraus und beschleunigen eine Heimaufnahme. Psychopharmaka werden in Leitlinien aus jüngerer Zeit erst als nachrangige Option empfohlen und sind in ihrem Wirkungsspektrum umstritten. – Vorliegende internationale systematische Literaturanalyse liefert eine Übersicht zur Effizienz und Praktikabilität nicht-pharmakologischer, also ökopyschosozialer Interventionen.

Methoden

Es handelt sich um eine systematische Literaturanalyse, die im Auftrag der EU angefertigt wurde (ONTOP: Optimal Evidence-Based Non-drug Therapies in Older People). Identifiziert wurden primär bereits bestehende Literaturanalysen zu diesem Thema, gefolgt von Analysen der zugrundeliegenden Originalstudien. Beschrieben werden die Suchstrategie und die Bewertung der methodologischen Qualität. Nur solche Studien kommen zum Zuge, die im Resultat Aussagen zu verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen der Demenz machen.

Resultate

Auf der Basis von 67 Reviews wurden 142 Originalstudien untersucht. Die Ergebnisse werden unter den Kategorien sensorische Stimulation, kognitive und emotionsorientierte Interventionen, Interventionen der Verhaltenstherapie sowie weitere Interventionen vorgestellt.

Die einzig nachgewiesene effektive Therapie bei verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen aus dem sensorischen Bereich ist die Musiktherapie. Allerdings fallen auch hier die Befunde recht unterschiedlich aus abhängig von der Art der Musik, der aktiven Teilnahme, der Life-Performance und der jeweiligen Patientengruppe. Aromatherapie und Massage weisen sehr unterschiedliche, widersprüchliche Resultate auf. Lichttherapie wirkt sich klinisch auf Verhalten bei Demenz nachweislich nicht aus.

Die Evidenzen für kognitive und emotionsorientierte Ansätze auf Verhalten, darunter Reminiszenztherapie, Validation, Simulierte Präsenz sind aufgrund der methodologischen Schwächen der Studien eher gering.

Verhaltenstherapeutische Ansätze (Anreize für Verhalten minimieren und für anderes Verhalten stärken, neue Gewohnheiten einführen) weisen recht hohe Evidenzen für ihre Wirksamkeit auf Verhalten auf. Darunter zählen Kommunikationstrainings für Angehörige und professionell Pflegende sowie Dementia Care Mapping. Effekte konnten auch nach 6 Monaten nachgewiesen werden. Ähnlich positiv äußern sich die Autoren zu den Evidenzen für Multikomponenten-Interventionen, bei denen medizinische, psychiatrische sowie pflegerische Ansätze gleichzeitig erfolgen.

Diskussion

In vielen Studien werden Effekte auf Verhalten nachgewiesen, in anderen aber nicht bestätigt. Unterschiedliche Erhebungsinstrumente erschweren das Zusammenführen von Daten. Die genauen Beschreibungen der Interventionen fallen oft zu vage aus, um daraus konkrete Schlüsse zu ziehen. Die Interventions-, 'Dosis' sowie die Rahmenbedingungen der Durchführung /Implementierung werden nicht immer deutlich. Bei vielen Interventionen sind die Effekte auf Verhalten kurzfristig und nur während und kurz nach der Intervention nachweisbar. Sie weisen aber zumeist keine dauerhaften Auswirkungen auf Verhalten auf – was nicht heißt, dass sie nicht Wohlbefinden steigern, kognitive Funktionen positiv beeinflussen oder zur Lebensqualität beitragen können. Zuweilen sind Effekte nachweisbar, - in der Kontrollgruppe aber ebenso, so dass sich kein therapeutischer Mehrwert abzeichnet. In der Regel zeigen die Interventionen in den frühen Phasen der Demenz deutlichere Effekte auf als in den späteren Phasen. Zusammenfassend sind die von Musik- und Verhaltenstherapie, welche die meisten Evidenzen für Verhalten aufweisen.

Quelle

Abraham, I., Rimland, J.M., Trotta, F.M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A.M., Petrovic, M., Gudmundson, A., Soiza, R.M., O'Mahony, D., Guaita, A., Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2016-012759

Schlagworte

herausforderndes Verhalten, Verhaltenstherapie, Musiktherapie, systematische Literaturanalyse

12. Psychosoziale Interventionen ebden in der Regel nach 6 Monaten ab

Ziel/Hintergrund

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Einrichtungen treffen zunehmend auf eine Klientel mit sehr komplexen somatischen, palliativen und psychiatrischen Bedarfen, ohne dass sie auf diese Aufgaben ausreichend vorbereitet sind und die adäquaten Ressourcen vorfinden. Systematische Literaturanalysen kommen unter anderem deswegen nur zu recht gemischten Schlussfolgerungen bezüglich der Effektivität (öko)psychosozialer Interventionen. Hierbei scheint der Umfang an Supervision und anschließender Begleitung (Mentoring, Coaching) entscheidend für den Erfolg zu sein. Im Vergleich zu Kontrollgruppen bildet sich in Interventionsgruppen nur selten ein deutlicher und anhaltender Erfolg für Menschen mit Demenz und Mitarbeitende ab.

Um effektive Interventionen zu entwickeln, ist es notwendig zu untersuchen, was praktisch ‚funktioniert‘ und wie Effekte aufrechterhalten werden können. Vorliegende Arbeit interessiert sich für die Aspekte und Komponenten von Interventionen, die von Erfolg gekrönt waren.

Methoden

Es handelt sich um eine systematische Literaturanalyse aus Großbritannien, die sowohl qualitative wie quantitative Studien untersucht und zusammenfasst. Es geht um Studien, die psychosoziale Interventionen oder/und deren Implementierung evaluieren. Die Studie orientiert sich an den 6 hochwertigsten quantitativen und 6 hochwertigsten qualitativen Studien.

Resultate

Eine US-amerikanische Studie beschreibt ein Training für Gruppen und einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, unterstützt durch Supervision, das zu einer Reduktion aggressiven Verhaltens führte. Dieser Effekt ließ sich nach 3, nicht mehr aber nach 6 Monaten für aggressives Verhalten, sehr wohl aber für verbal aggressives und depressives Verhalten nachweisen. – Eine australische Studie zur Einführung von DCM und dem personenzentrierten Ansatz, wies nach 4 Monaten einen Rückgang agitierten Verhaltens auf; eine weitere Studie mit weniger spezifisch ausgewählten Einrichtungen konnte diese Ergebnisse nicht bestätigen.

In einer Reihe qualitativer Studien wurden Praktiken evaluiert, die Kommunikation und Interaktion verbessern helfen: diese umfassten authentisch ernsthafte Konversationen über die Lebenssituation der Bewohnerin/des Bewohners, Fokussierung auf den emotionalen Gehalt des Gesagten, Berührung, Augenkontakt, klare und eindeutige Instruktionen sowie gemeinsames Singen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beobachteten, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Reaktion darauf kooperativer und aktiver wurden. Den

Bewohnerinnen und Bewohnern Zeit und Gelegenheit für eine adäquate Antwort geben galt als der entscheidende Schlüssel. Interventionen, die dazu verhelfen, vermehrt ‚in den Schuhen‘ der Bewohnerin/des Bewohners zu gehen und sich ihre innere subjektive Situation einzufühlen, bewerteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als intrinsisch belohnend und bereichernd für die Beziehungsgestaltung. Dies ermöglichte, die möglichen Bedeutungen des Verhaltens zu erspüren und eine adäquate Antwort im eigenen Verhalten zu finden. Hierzu wurden auch Methoden des erfahrungsbezogenen Lernens, der Rollenspiele sowie der Praxisreflexion zum Beispiel in Form von Fallbesprechungen oder Supervision gezählt.

Barrieren: Abwehrverhalten sowie verbale und physische Aggression erschweren die Umsetzung derartiger Interventionen erheblich: „Es ist hart, jeden Morgen auf's Neue beschimpft zu werden. Ich verstecke mich oft in der Wäscherei, hole tief Luft und gehe dann zu ihr hinein.“ Andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fürchten eine allzu große Nähe, zweifeln aufgrund mangelnder Fortbildung an der eigenen Fähigkeit, Interventionen umzusetzen, befürchten zusätzliche Arbeit und neue, eher nachteilige Arbeitsweisen. Wenn nur einige, nicht aber alle Teammitglieder geschult werden, erschwert dies die Implementierung, da die Geschulten nicht in die Rolle des Lehrers gegenüber ihren Kollegen geraten wollen.

Erleichterung: Erfolge zu sehen oder zu erleben sei motivierender als von ihnen nur erzählt zu bekommen. Reduktion von Agitiertheit und Aggressivität sowie Erleichterung bei der Durchführung personbezogener Pflege überzeugt unmittelbar wie nichts anderes. Gelegenheiten zur gemeinsamen Reflexion werden sehr begrüßt. Nach der Schulung unmittelbar im Arbeitsprozess selbst begleitet und beraten zu werden, erleichtert die Umsetzung ungemein.

Diskussion

In der Regel scheinen Interventionen nach 6 Monaten zu verebben. Monatliche Auffrischungen, kontinuierliche Unterstützung Einzelner sowie der Gruppe während der Arbeit, Fallarbeit und Supervision, abnehmende Aggression und Abwehrverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner ‚verstärken‘ die Umsetzung von Interventionen. Interventionen, die es ermöglichen, die Bewohnerin oder den Bewohner kennenzulernen, zu verstehen, sich verbunden zu fühlen, werden sehr geschätzt. Allzu intensive, neuartige, komplexe Interventionen, die eher wenig an Vorhandenes anknüpfen, haben dagegen nur wenige Chancen auf Akzeptanz.

Psychosoziale Interventionen einzuführen stellt sich als herausfordernd dar und wird – auf Dauer – nur selten erreicht. Beständiges Auffrischen, Begleiten und Reflektieren erhöhen die Chancen für Umsetzungen. Die Einbettung in etablierte Praktiken und Routinen ist ein langfristiger, mühseliger

Lernprozess. Interventionen müssen schnell und ohne Aufwand umsetzbar sein, zur bisherigen Praxis passen, mit geringen Dokumentationspflichten verbunden sein und von der Leitung nachhaltig unterstützt werden.

Quelle

Rapaport, P., Livingstin, G., Murray, J., Mulla, A., Cooper, C. (2017). Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2016-014177

Schlagworte

Psychosozial, Intervention, Implementierung, systematische Literaturanalyse

13. Bewohner werden eher weniger zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten angeregt

Ziel/Hintergrund

Ziel/Hintergrund: Im Zusammenhang mit der Verbreitung eines personenzentrierten Ansatzes ist es unstrittig, Menschen mit Demenz anzuregen, funktionale Aktivitäten möglichst eigenständig durchzuführen. Unter funktionalen Aktivitäten wird verstanden: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wie Ankleiden und Nahrungsaufnahme, Aktivitäten im Haushalt wie Wäsche falten oder Gartenarbeiten, sowie Unterstützung bei Aktivitäten, welche die Bewohnerinnen und Bewohner früher in Freizeit und Beruf verfolgt haben, zum Beispiel Zeitung lesen, Spaziergänge, Freunde besuchen. Studien haben einen eindeutigen Zusammenhang zwischen funktionalen Aktivitäten und weniger Ängsten, herausforderndem Verhalten, höherer Selbstachtung sowie höherer Lebensqualität erwiesen. Allerdings haben Studien immer wieder aufgezeigt, dass Heimbewohnerinnen und -bewohner zumeist eher inaktiv sind und nur in geringem Umfang an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten teilnehmen. Verschiedene Kontextfaktoren können maßgeblich beeinflussen, ob Mitarbeitende Bewohnerinnen und Bewohner zu Aktivitäten anregen: professionelle Merkmale der Pflegenden wie Ausbildung und Alter, Umweltfaktoren wie Personalmix oder Merkmale der Pflegeabteilung sowie Information suchendes Verhalten, wie das Lesen von Fachzeitschriften oder Teilnahme an Fortbildungen. Vorliegende niederländische Studie verfolgt zwei Fragen: In welchem Umfang glauben Pflegende beziehungsweise nehmen sie wahr, dass sie Klienten zu funktionalen Aktivitäten anregen? Gibt es Zusammenhänge zwischen diesen Einschätzungen /Wahrnehmungen und den genannten professionellen, umgebungsbedingten und informations-suchenden Kontextfaktoren?

Methoden

Es handelt sich um eine quantitative Studie, basierend auf Daten aus Befragungen Pflegender. Auf der Basis einer nationalen Liste von Heimen wurden per Zufall 100 Heime ausgesucht, angepasst an die Regionen der Niederlande und die Anzahl der Heime in diesen Regionen. Die Heime mussten mindestens 25 Personen pflegen. Von dann 74 Heimen stimmten 46 einer Teilnahme zu. An insgesamt 622 Mitarbeitenden aus diesen Heimen wurden Fragebögen verteilt. Dieser Fragebogen diente zur Selbsteinschätzung, wie man glaubt, Klienten zu funktionalen Aktivitäten anzuregen. Zudem wurden die drei genannten Kontextfaktoren erhoben. Beschrieben wird das statistische Auswertungsverfahren.

Resultate

Insgesamt konnten 368 Fragebögen aus 41 Heimen ausgewertet werden. Die Durchschnittswerte auf einer Skala von 1-9 (mit 9 als dem höchsten Wert) lauteten für ADL 6,9 (SD 1,1). Hauswirtschaftliche Aktivitäten 4,1 (SD 1,9), Unterstützung sonstiger Aktivitäten 6,7 (SD 1,5). Mehr als die Hälfte der Personen nahmen wahr/schätzen ein, dass Klienten zur eigenständigen Durchführung der ADLs immer ermutigt werden (66-86%). Weniger als die Hälfte der Personen nahmen wahr/schätzen ein, dass hauswirtschaftliche Aktivitäten angeregt werden (11-45%). Anregungen für sonstige Aktivitäten wurden mit 50-83% eingeschätzt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychogeriatrischen Abteilungen für Menschen mit Demenz regten mehr zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten an (4,8, SD 1,6) als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus somatischen Abteilungen (3,7, SD 1,6). Information-suchendes Verhalten (darunter Fortbildung) waren eher weniger mit vermehrten Anregungen zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verbunden. Dennoch: wer sich im Internet fachlich informiert, Fortbildungen besucht, an Fallbesprechungen teilnimmt schätzt ein /nimmt wahr, Klienten vermehrt zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten anzuregen.

Diskussion

Beobachtungsstudien weisen darauf hin, dass Bewohner weit weniger an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten teilnehmen als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dies einschätzen beziehungsweise wahrnehmen. Dies kann an der Wahrnehmung liegen oder auch daran, dass viele Anregungen zu nichts führen. Dennoch nehmen die Autoren einen deutlichen Kontrast zwischen der offiziell bekundeten und verfolgten inklusiven Absicht und der Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezüglich der Beteiligung an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wahr. Insgesamt scheint dies in psychogeriatrischen Bereichen ansatzweise besser zu gelingen. Die Assoziationen mit den Kontextfaktoren fielen eher gering aus. Möglicherweise sind hierfür andere Faktoren entscheidender wie zum Beispiel Ermutigung durch Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen sowie Arbeitsablaufstrukturen oder Personalbesetzung. Es könnte aber auch bedeuten, dass traditionelle Formen der Wissens- und Kompetenzvermittlung wenig in der Praxis ankommen. In Weiterführung der Fragestellung überlegen die Autoren, vorhandene Einschätzungen mit beobachteter Praxis zu vergleichen.

Quelle

Kuk, N.O., den Ouden, M., Zijlstra, G.A.R., Hamers, J.P.H., Kempen, G., Bours, G. (2017). Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents? A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. *BMC Geriatrics*, DOI 10.1186/s12877-017-0412-9

Schlagworte

Aktivitäten des täglichen Lebens, funktionale Aktivitäten, Pflegeheim, Mitarbeiter

Vgl.: Ellis, J., Doyle, C., Selvarajah, S. (2016). The relationship between apathy and participation in therapeutic activities in nursing home residents with dementia: Evidence for an association and directions for further research. *Dementia*, 15(4), 494-509

Die Studie belegt, dass Bewohner, die in viele Aktivitäten involviert sind, auch das geringste Ausmaß an Apathie zeigen. Dies schließt auch Aktivitäten mit ein, die eher entspannender Natur sind. Ob allerdings apathische Bewohner durch Aktivitäten animiert werden können ist damit nicht ausgesagt. Die Autoren vermuten, dass die fehlende Passung von Aktivität und Person Anlass für zunehmende Apathie sein könnte. Es kommt häufiger vor, dass im Heim nichts angeboten werden kann, das die Person interessiert. Apathie darf nicht mit Ablehnung von oder Widerstand gegen die Pflege verwechselt werden. Pflegende sind oft geneigt, Apathie mit Depression zu verwechseln. Bisläng gibt es keine Möglichkeit, Apathie erfolgreich medikamentös zu behandeln.

14. Erweiterung der fünf psychologischen Bedürfnisse um das Bedürfnis danach, ‚tätig und wirksam‘ zu sein

Ziel/Hintergrund

Wohlbefinden gilt als zentrales Kriterium für ein gutes Ergebnis der Pflege, für eine gute Lebensqualität und letztlich für erfolgreiches Altern. Im Unterschied zu den äußeren Lebenskontexten stellt man sich Wohlbefinden als einen eher persönlichen und subjektiven Aspekt der Lebensqualität vor: das Leben insgesamt wird als positiv oder negativ empfunden. In der Regel impliziert dies, dass wesentliche Lebensbedürfnisse erfüllt sind.

Verschiedene Autoren verbinden unterschiedliche Dimensionen mit dem persönlichen Wohlbefinden: Autonomie, Umweltbewältigung, persönliches Wachstum, Lebenssinn, positive Beziehungen mit anderen Personen und Selbstakzeptanz. Weitere Dimensionen sind: Kontinuität in Lebensstil- und -weise, Sicherheit und Versorgtsein, soziale Akzeptanz, Zugehörigkeit.

Tom Kitwood entwickelte das Modell der fünf psychologischen Bedürfnisse, die im Kern ein Bedürfnis nach Liebe, geliebt werden und Akzeptanz darstellen. Diese Bedürfnisse entfaltet er in 5 Dimensionen – Comfort (etwa:

Trost/Wohlbehagen), attachment (Sicherheit in und durch Bindung), Teilhabe (Zugehörigkeit), Beschäftigung (aus der man Zufriedenheit und Selbstachtung zieht) und Identität (in Verbindung bleiben mit dem bisherigen Leben).

Obgleich immer wieder Zweifel laut werden, wie zuverlässig Menschen mit Demenz auch in späteren Phasen über ihr Wohlbefinden Auskunft geben können, so wächst doch insgesamt die Einschätzung, dass viele Menschen mit Demenz bis in schwere Phasen der Erkrankung recht gut in ich-wichtigen/nahen Bereichen befragt werden können.

Vorliegende Studie aus Deutschland untersucht die empirische Relevanz des Modells von Kitwood anhand der subjektiven Erfahrungen von Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz mit dem Ziel, das Modell zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Methoden

In einem ersten deduktiven Schritt wurden Zitate aus den gesammelten Interviews den 5 psychologischen Bedürfnissen von Kitwood zugeordnet.

In einem zweiten, induktiven Schritt wurden die identifizierten Texteinheiten Unterkategorien, sogenannten Komponenten zugewiesen, die als Bedarfsdimensionen verstanden werden. In diesem Zusammenhang konnte neben den 5 Dimensionen eine weitere Dimension identifiziert und damit der Ansatz von Kitwood erweitert werden.

Beschrieben wird die befragte Personengruppe (MMSE im Durchschnitt 9, Range: 0-25), die allesamt in einer Einrichtung der speziellen Dementenbetreuung wohnen. Beschrieben wird die Entwicklung eines halb-strukturierten

Fragebogens für Personen mit Demenz sowie für eine Fokusgruppe von Professionellen mit besonderer Nähe zu den Klienten. Die Analyseverfahren der Daten wird beschrieben.

Resultate

Subkategorien für ‚Comfort‘: Vergnügen, Interaktion, Positive Gedanken, aktiv sein, sich zurückziehen, positive Rückmeldungen anderer, religiöse Rituale, Altruismus (anderen helfen), (positive) Vergleiche mit (Belastungen aus) anderen Jahren.

Subkategorien für Bindung: andere Personen (lebende und verstorbene), Tiere, Aufgaben (die einem Befriedigung geben) und Bindungsobjekte (zum Beispiel Stofftiere).

Subkategorien für Inklusion/Teilhabe: Gemeinschaft und Zugehörigkeit (besonders seitens der Familie), und Beteiligung an Aktivitäten (was auch bedeuten kann, andere zu beobachten, die tätig sind).

Subkategorien für Beschäftigung: Müßiggang (nichts tun, sich aber dabei wohl fühlen), Übungen und Arbeit (etwas zu tun finden), Konversation, Lesen und Radio hören, Beobachten, Teilnehmen, Ausruhen.

Komponenten für Identität: Aufrechterhalten von Rollen (zum Beispiel als Großmutter), Anerkennung (ihrer Erfahrungen und Eigenheiten), Kontinuität im Lebensstil (es weiter so machen können wie bisher), sich gesund fühlen (eher bei Personen mit höherem kognitiven Funktionieren).

Als zusätzliche Kategorie ergab sich ‚agency‘ etwa mit ‚tätig sein, wirksam sein‘ zu übersetzen. Subkategorien sind: Selbstbestimmtheit (zum Beispiel informiert werden, gefragt werden), Bewegungs- und Handlungsfreiheit, Unabhängigkeit (Dinge möglichst alleine und ohne Hilfe tun).

Diskussion

Die von Kitwood benannten Dimensionen konnten empirisch bestätigt werden. Dennoch ergaben sich Nuancierungen der psychologischen Bedürfnisse, die über die Beschreibungen von Kitwood hinausgehen. In der zusätzlich aufgeführten Dimension verdichtet sich das Bedürfnis vieler Interviewten, die Kontrolle zu behalten, Wahlmöglichkeiten offeriert zu bekommen. In der Literatur wird häufig beschrieben, dass Bewohnerinnen und Bewohner oft unter dem Eindruck leiden, eben dies nicht mehr im gewünschten Umfang erfahren zu können.

Die Autoren weisen darauf hin, dass in den Interviews einige Bedürfnisse Nuancierungen erfahren haben, die sich in einer reinen Beobachtung ohne Befragung weniger erschließen würden: so kann „rasten/ruhen“ bedeuten – sich ausruhen (von einer Tätigkeit), beobachten (was andere tun), Müßiggang (nichts tun, ‚rumhängen‘) aber auch Rückzug (zum Beispiel wegen Müdigkeit oder Traurigkeit).

Trotz fluktuierender Aufmerksamkeit, Rastlosigkeit, eingeschränkter Auffassungsgabe und Verlangsamung erwies es sich als mit etwas Geduld durchaus möglich, die Stimmen der Befragten zu Gehör zu bringen.

- Quelle** Kaufmann, E.G., Engel, S.A. (2016). Dementia and well-being: A conceptual framework based on Tom Kitwood’s model of needs. *Dementia*, 15(4), 774-788
- Schlagworte** Wohlbefinden, Interview, personzentrierte Pflege, qualitative Studie