

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 3/2017

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
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 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,

seien Sie in unserem dritten Forschungsnewsletter dieses Jahres begrüßt. Wieder haben wir 15 aktuelle internationale Studien herausgesucht, die unserer Meinung nach von großem Interesse für Forschung und vor allem Praxis in der Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung eine gewichtige Rolle spielen sollten.

Wie die meisten von Ihnen wissen, veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) am 8. November 2017 den jährlichen „Newsletterday“ an der Uni Witten/Herdecke, zu dem wir uns – wie jedes Jahr – ein bestimmtes Thema im Bereich der Versorgung Demenzerkrankter vorgenommen haben. In diesem Jahr wird es um das Thema **Angst und Demenz** gehen. Schon jetzt haben wir von Ihnen viele Anmeldungen erhalten. Es sind noch ein paar Karten für den spannenden Tag zu erhalten. Sie können sich also noch anmelden. Näheres zu Programm und Ablauf finden Sie in diesem Newsletter unter der Rubrik **„Neues aus dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)“**.

Des Weiteren möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich im Namen der Kolleginnen und Kollegen des DZD und der gesamten Landesinitiative Demenz-Service NRW für Ihre rege Beteiligung an der Umfrage zur Evaluation der Landesinitiative bedanken. Die Vielzahl der Teilnehmer an der Umfrage, die unter anderem durch den DZD-Newsletter und die social-media Kanäle des DZD rekrutiert werden konnten, war enorm hilfreich und ist nicht selbstverständlich: DANKE nochmals von uns! Natürlich werden wir Ihnen, sobald die Evaluation abgeschlossen ist, von den Ergebnissen das DZD betreffend berichten.

Das DZD wird seit seinem Start 2005 sowohl durch die Pflegekassen in NRW als auch durch das jeweilige Sozialministerium das Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW gefördert. Nach den Wahlen in NRW ist das Gesundheitsministerium Teil des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) unter der Leitung von **Karl-Josef Laumann**. Wir freuen uns auf eine weitere gute Zusammenarbeit im Rahmen unseres Auftrages des Wissenstransfers im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz.

Als letzte Nachricht möchte ich Ihnen nicht vorenthalten, dass die Leiterin und Gründerin der Pflegewissenschaft an der Uni Witten/Herdecke, Frau Prof. Christel Bienstein, in den wohlverdienten „Unruhestand“ eingetreten ist. Christel Bienstein war uns in all den Jahren des Bestehens des DZD eine mehr als wertvolle Unterstützerin. Eine persönliche Würdigung Ihrer Person durch mich finden Sie ebenfalls in der Rubrik „Neues aus dem DZD“ in diesem Newsletter.

Viel Freude beim Lesen
wünscht Ihnen
Ihr



Detlef Rüsing
(Leiter DZD)

Newsletter DZD 3/2017

Willkommen zum vierundzwanzigsten 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 dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Prof. Christel Bienstein geht in den (Un-)Ruhestand

Eine persönliche Würdigung von Detlef Rüsing (Leiter DZD)

Prof. Christel Bienstein, Gründerin und Leiterin des Departments Pflegewissenschaft wurde am 26. September seitens der Universität Witten/Herdecke in einer Feierstunde offiziell in den Ruhestand verabschiedet (<https://www.uni-wh.de/detailseiten/news/pflege-pionierin-geht-in-den-ruhestand-zumindest-ein-bisschen-6432/>). Über Ihren Werdegang und Ihre Leistungen zur Entwicklung und Verstetigung der Pflegewissenschaft, können Sie in unzähligen Publikationen lesen und wäre an dieser Stelle nicht anderes, als „Eulen nach Athen zu tragen!“. Stattdessen möchte ich diese Gelegenheit nutzen, die Beitrag Christel Biensteins an der Existenz und vor allem der Art, in der das DZD arbeitet, zu würdigen.

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) wurde als Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005 gegründet und ist universitär am Department für Pflegewissenschaft in der Fakultät für Gesundheit verankert. Die Leitung dieses Departments (vormals Institut für Pflegewissenschaft) hatte seit der Gründung 1995 Frau Prof. Christel Bienstein inne. Christel Bienstein entwickelte mit Ihren Wegbegleiterinnen den ersten universitären Studiengang Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Ich selbst habe Christel Bienstein als einer der ersten Studenten der Pflegewissenschaft im Jahr 1996 kennengelernt.

Als examinierter Altenpfleger lernte ich mit ihr schon damals eine lehrende und leitende Frau kennen, die von Beginn an bei uns Studenten ein Wissenschaftsbild vermittelte, welches das Gegenteil des klassischen „Forschers im Elfenbeinturm“ zeichnete. Unmissverständlich wurde uns beigebracht, dass pflegewissenschaftliche Forschung, die es in anderen Ländern schon seit den 20er Jahren gab, Praxisrelevanz haben müsse. Praxisrelevanz wiederum erhielten diese Forschungen nicht nur durch die bloßen beforschten Inhalte, sondern vor allem auch durch eine verständliche Präsentation der erhaltenen Ergebnisse aus authentischem Munde. Christel Bienstein lehrte uns, dass wir nicht vergessen sollten, aus welcher Berufsgruppe wir Pflegenden kämen (in den ersten Jahren der Pflegewissenschaft konnte man nur mit einer abgeschlossenen Pflegeausbildung und Berufserfahrung studieren), und dass es darum gehe, Wissenschaft für eine Verbesserung der Praxis zu nutzen.

Vor diesem Hintergrund ist es leicht nachvollziehbar, warum das DZD, als Institut des Department Pflegewissenschaft, bei der Konzeptionierung diese – von vielen von Ihnen geschätzte – Ausrichtung des Wissenstransfers hat. Es geht uns darum, wissenschaftliche Ergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen. Dieses Konzept, welches wir im Laufe der Jahre weiterentwickelten, haben wir 2005 erstmalig der Landesinitiative Demenz-Service NRW angeboten, es wurde angenommen und wir verfolgen diesen Ansatz noch heute voller Engagement.

Bis vor wenigen Wochen war also Prof. Christel Bienstein noch unsere/meine Vorgesetzte an der Uni. In dieser Funktion hat Frau Bienstein uns einen weiteren großen Dienst erwiesen. Christel Bienstein war immer eine Chefin, die Vertrauen in Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatte. Nie hat sie uns im DZD in unsere Konzeption, in neue Transferformate oder in unsere Art der Präsentation hineingeredet. Stattdessen wussten wir immer, dass wir uns auf Sie verlassen können und dass sie sich – wenn es einmal hart auf hart käme – jederzeit für uns einset-

zen würde. Genau das hat sie das ein ums andere Mal getan und dafür sind wir ihr mehr als dankbar. Wenn man mich abschließend fragen würde, was ich – rein beruflich – am meisten an Frau Prof. Bienstein schätze, würde ich es folgendermaßen zusammenfassen: Das Tollste an ihr als Chefin war, dass es ihr darum ging, dass Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam mit ihren Themen als Personen und Wissenschaftler wachsen konnten. Sie ließ uns voller Vertrauen in uns arbeiten, ohne den Erfolg der Arbeit für sich zu reklamieren. Dabei gebührt ihr an der Arbeit von uns allen mehr als nur ein Dank ...! Ich bin fest davon überzeugt, dass es das DZD in dieser Form ohne Christel Bienstein nicht mehr gäbe und in dieser einzigartigen Form nie gegeben hätte. Und das hat sie vor allem erreicht, indem sie einfach da war und hinter uns stand.

Ich bin sicher, dass wir auch in Zukunft noch viel von Ihr hören werden. Christel Bienstein hat uns allen eine Menge Wertvolles zu sagen. Von uns allen im DZD noch einmal: DANKE!! Von mir ganz persönlich: Danke für alles, was ich von ihr lernen durfte.

Detlef Rüsing

5. Newsletter-Day „Angst und Demenz“ am 08.11.2017

Wie bereits angekündigt, findet im November unser 5. Newsletter-Day unter dem Thema „Angst und Demenz“ statt und wir freuen uns schon jetzt über die zahlreichen Anmeldungen. Nichtsdestotrotz sind noch ein paar Plätze vorhanden. Anmeldungen werden noch bis zum 25.10.2017 unter dialogzentrum@uni-wh.de angenommen.

Unser Programm:

- 9:30 Anmeldung und Stehcafé
- 10:00 Eröffnung und Grußworte (Detlef Rüsing, Prof. Dr. Jan Ehlers, Markus Leßmann)
- 10:30 Ein persönliches Gespräch zum Thema Angst, Alter und Demenz
Detlef Rüsing im Gespräch mit Prof. Dr. Erich Grond
- 11:00 Angst und Alter (Christian Müller-Hergl)
- 11:45 Angst und Demenz (Georg Franken)
- 12:30 MITTAG
- 13:45 Was haben uns unterschiedliche populäre Konzepte zum Umgang mit Angst bei Demenz zu sagen? (Detlef Rüsing)
- 14:15 Umgang mit Angst in der Demenz aus Sicht der Ergotherapie (Gudrun Schaade)
- 15:00 Vertrauen erwecken – Basale Stimulation in der Pflege dementierender Menschen (Ansgar Schürenberg)
- 15:45 Angst in der Beratungspraxis (Jutta Meder)
- 16:30 Ausblick und Abschied

Weitere Informationen unter:

<http://dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2017/08/5.-Newsletter-Day-zum-Thema-Angst-und-Demenz-1.pdf>

Neues aus der Uni Witten/Herdecke

SAVE THE DATE: ! Together Everyone Achieves More !

Nachdem die letzte Tagung im April dieses Jahres ein voller Erfolg war, geht es am 23. und 24. April 2018 in die zweite Runde!!

Die Tagung unter dem Motto „*Innovation: multiprofessionell, praxisnah umsetzbar*“ zeigt, dass in allen Versorgungsbereichen auch kleine, aber wohldurchdachte und wissenschaftlich fundierte Interventionen auf effiziente Weise das Leben von Betroffenen verbessern, die Arbeit von Mitarbeitern erleichtern und die Versorgungsqualität erhöhen können.

Ulrike Höhmann + Team

Lehrstuhl für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen

Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Tel: 02302 / 926 243

Otto.inhester@uni-wh.de

Video zum Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen (M.A.)“:

<https://www.youtube.com/watch?v=zFinORPWQxg>

YOU ARE WANTED: Stellenanzeige

Der Lehrstuhl für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen (Lehrstuhlinhaberin = Prof. Dr. Ulrike Höhmann) sucht zum 01.04.2018 eine/n wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in (möglichst mit abgeschlossener Promotion) zur Verstärkung des Teams. (70% Stelle – vorerst befristet bis zum 31.12.2021).

Weitere Infos zum Stellenprofil finden Sie unter: <https://www.uni-wh.de/detailseiten/stellenangebote/wissenschaftliche-mitarbeiterin-wissenschaftlicher-mitarbeiter-893/>

4. Fachtagung Familiengesundheit in Osnabrück

Im kooperativen Forschungskolleg „FamiLe“ forschen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Hochschule Osnabrück und der Universität Witten/Herdecke gemeinsam zu Themen der Familiengesundheit aus hebammen- und pflegewissenschaftlicher Perspektive. Auf der Abschlusstagung am 25. Mai 2018 an der Hochschule Osnabrück werden die Ergebnisse des Kollegs einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken
Britta Koch
Detlef Rüsing

Marcus Klug
Christian Müller-Hergl



Forschungsmonitoring 3/2017

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Oktober 2017

Inhaltsverzeichnis

1. Persönlichkeitszüge tragen wesentlich zu neuropsychiatrischen Symptomen bei	11
2. Kognitive Verhaltenstherapie verringert Angstsymptome bei Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz	14
3. Agitiertheit von Menschen mit Demenz in Heimen nimmt zu	17
4. Demenz und Depression stehen in einem vielfältigen Abhängigkeitsverhältnis zueinander	20
5. Risikofaktoren für Demenz verändern sich mit fortschreitendem Alter	23
6. Ärztlich assistierter Suizid bei Demenz kommt vergleichsweise selten vor.....	25
7. Organisationale Faktoren sind entscheidend für personenzentrierte Pflege.....	28
8. Ein Kommunikationsplan hilft, die Lebensqualität von Bewohnern zu verbessern.....	31
9. Beschäftigung nimmt mit der Schwere der Demenz kontinuierlich ab.....	36
10. Personalisierte naturnahe Erfahrungen werden von Menschen mit Demenz sehr begrüsst.....	39
11. Bunte, große, vertraute Wegmarken erleichtern die Orientierung	42
12. Kurzzeit- und Tagespflege sind am wirksamsten im Kontext integrierter Pflege.....	44
13. Pflegepfade und Pflegebündel für Menschen mit Demenz vereinheitlichen die Versorgung im Krankenhaus.....	47
14. Die Einführung demenz-freundlicher Praxis in Krankenhäusern erfordert ein komplexes, langfristiges Vorgehen	50
15. Psychotherapie hilft, Depressionen und Ängste bei Krankheitsbeginn zu reduzieren	54

Forschungsmonitoring 3/2017

Editorial

Liebe Interessierte,
wir freuen uns, Ihnen den 24. 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.

In einer Reihe von Studien zeichnet sich die Tendenz ab, Interventionen stärker als bisher zu personalisieren, also präzise der jeweiligen Person anzupassen. Insgesamt verdichtet sich der Eindruck, dass Gruppenarbeit nicht unbedingt das ‚Mittel der Wahl‘ darstellt, um Menschen mit Demenz zu betreuen.

Als weiteres durchgehendes Thema zeichnet sich die Bedeutsamkeit von Demenzexperten ab, um die Implementierung personenzentrierter Ansätze voran zu bringen. Dies gelingt allerdings nur dann, wenn sie ‚systemrelevant‘ werden und die Gesamteinrichtung koordinierte Anstrengungen unternimmt.

Zuletzt: Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen vor Beginn der Demenz erhöhen nicht nur die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, sondern sagen auch das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome voraus. Je weiter die Demenz voranschreitet, desto weniger wirksam scheinen psychosoziale und personenzentrierte Möglichkeiten zu greifen.

Bestehen vor Beginn der Demenz Persönlichkeitsstörungen, dann sind mehr neuropsychiatrische Störungen, z.B. Aggression oder Psychosen, zu erwarten. Zugleich machen diese Störungen das Auftreten einer Demenz wahrscheinlicher. Während die eine Studie diese Vermutung bestätigt, lässt die andere Studie vermuten, dass diese Zusammenhänge im hohen Alter und mit zunehmender Gebrechlichkeit kaum noch oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. (1) Die kognitive Verhaltenstherapie hilft in den frühen Phasen der Demenz, Ängste und Depressionen zu reduzieren. Allerdings muss sie dem Kontext der Demenz angepasst werden und Angehörige stark miteinbeziehen. Die Effekte der Psychotherapien auf Ängste und Depressionen von Menschen mit Demenz, fallen allerdings insgesamt eher gering aus. Zudem: Ängste erweisen sich als mögliches frühes Anzeichen für den Beginn einer Demenz. (2, 15) Während Heimbewohner mit Demenz in den früheren Phasen der Erkrankung weniger Agitiertheit aufweisen als früher, nimmt die Agitiertheit in den späteren Krankheitsphasen zu. Die Autoren führen das daraufhin zurück, dass sich zum einen personenzentrierte Pflege für die Frühphase positiv auswirkt, zugleich sich aber in den Heimen eine zunehmende Problemverdichtung in der Spätphase abzeichnet, bei der sich der personenzentrierte Ansatz weniger nachhaltig auswirkt. (3) Ähnlich wie Ängste gelten auch Depressionen als möglicher Frühindikator einer sich entwickelnden Demenz. Dieser Zusammenhang konnte nun auch für Schlafstörungen erwiesen werden. Eine Verbesserung des Schlafes und damit eine Verbesserung der Ausscheidung von Neurotoxinen, könnte den Verlauf der Demenz verzögern. (4) Bei sehr alten

Menschen spielen vaskuläre Risikofaktoren für die Wahrscheinlichkeit einer Demenz keine Rolle mehr. Bedeutsam aber ist weiterhin die genetische Konstellation APOE e4. (5) Ärztlich assistierten Suizid bei Demenz nimmt in Belgien zu, verbleibt aber insgesamt bei geringen Fallzahlen. Die Autoren rechnen mit einer weiteren Zunahme der Fälle. Suizidwünsche seien nicht nur deswegen als abwegig zu beurteilen, weil die Person an Demenz leide. (6) Fragen der Organisation bilden weiterhin das Haupthindernis für die Umsetzung personenzentrierter Pflege. Die persönliche Haltung und das Wissen der Pflegenden, damit auch Schulungen und Qualifikationen, spielen eine weit weniger wichtige Rolle. (7) Eine gezielte Berücksichtigung der Kommunikationsgewohnheiten eines Menschen verbessert die Lebensqualität. Ein dafür geeigneter Plan muss einfach, übersichtlich und leicht zu handhaben sein. Ein einfaches Assessment ist hilfreich, die Kommunikationsqualität zu evaluieren. (8) Gelingt es, Aktivitäten zu personalisieren, verbessert sich die Lebensqualität von Menschen mit leichter bis moderater Demenz. Je fortgeschrittener die Demenz, desto weniger wirken sich Aktivitäten auf die Lebensqualität aus. Immerhin: Affekt verbessert sich und Rastlosigkeit verringert sich auch bei dieser Gruppe. Soziale Interaktion trägt insgesamt viel zur Lebensqualität bei. (9) Personalisierte naturbezogene Aktivitäten kommen bei Menschen mit Demenz sehr gut an und zeigen viele miteinander verbundene positive Effekte. Auch passiv in der Natur ‚dabei‘ zu sein wird als sehr angenehm empfunden. Eine einfache Entscheidungshilfe erweist sich nützlich, die richtige naturbezogene Aktivität zu finden. Hundebesuche scheinen sich besonders bei Menschen mit schwerer Demenz positiv auszuwirken. (10) Große, bunte und auffällige Objekte helfen Menschen mit Demenz, sich zurechtzufinden. Solche ins Auge fallenden Wegmarken sind wichtiger als die üblichen Hinweisschilder. (11) Tages- und Kurzzeitpflege entlasten Angehörige deutlich, tragen aber kaum zur funktionalen Besserung der Klienten bei. Auch auf die Lebensqualität scheinen sich diese Angebote nicht erkennbar auszuwirken. Oft leitet die Tages- und Kurzzeitpflege einen Heimaufenthalt ein. Vermutet wird, dass diese Angebote sehr viel wirksamer im Rahmen eines integrierten Pflegeangebotes ausfallen würden. (12) Pflegepfade und Pflegebündel stellen zwei Ansätze zur Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus dar. Bisher besteht Unklarheit über den deutlichen Nutzen dieser Modelle: Pflegepfade verhindern unter Umständen die individuelle Anpassung, Pflegebündel scheinen insgesamt aussichtsreicher zu sein, zentrale Krisen abzufedern. Die Implementierung von Demenzexperten in den Fachabteilungen scheint weiterhin einer der besten Ansätze darzustellen, positive Entwicklungen im Krankenhaus zu fördern. (13) Dieser letzten These wird in einer weiteren Arbeit nachgegangen. Experten können nur dann erfolgreich sein, wenn die Leitung deren Rolle legitimiert und sie an systemweiter Relevanz gewinnen. Ohne Leitung kann der notwendige Erwartungsdruck nicht aufgebaut und gehalten werden. (14)

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns über jede Rückmeldung, die Sie uns zukommen lassen.

1. Persönlichkeitszüge tragen wesentlich zu neuropsychiatrischen Symptomen bei

Ziel/Hintergrund

Um einen Ansatz im Umgang mit herausforderndem Verhalten und weiteren neuropsychiatrischen Symptomen zu gewinnen und um sie vorhersagen zu können, sucht man nach einem möglichst adäquaten Verständnis dieser Symptome. Insgesamt besteht eine Unsicherheit, inwieweit diese Symptome auf die biologischen Veränderungen der Erkrankung selbst, auf die vor der Krankheit bestehende Persönlichkeit oder auf weitere Faktoren (Umwelt, Schmerzen) zurückzuführen sind. Während für nicht klinische Kontexte ein eher breit angelegtes Verfahren zur Einschätzung der Persönlichkeit gewählt wird (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar), arbeitet man in der Klinik mit Skalen zur Einschätzung von Persönlichkeitsstörungen. Vorliegende Studie untersucht Zusammenhänge zwischen präorbider Persönlichkeit – eingeschätzt in der Form von vorab bestehenden akzentuierten Persönlichkeitsstilen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen – und neuropsychiatrischen Symptomen. In der britischen Studie wird damit gerechnet, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen eher an Demenz erkranken und eher neuropsychiatrische Symptome entwickeln.

Methoden

Teilnehmende waren 217 Personen mit spät einsetzender Altersdemenz, die bereits im Rahmen einer anderen Studie gewonnen worden waren, sowie deren Angehörige. Letztere wurden befragt, wie sie die Persönlichkeit der Person mit Demenz in den 40er Lebensjahren rückblickend einschätzen. Zur Einschätzung der neuropsychiatrischen Symptome wurden beruflich Pflegende oder Angehörige befragt, die zurzeit den intensivsten Kontakt aufwiesen. Beschrieben werden die Persönlichkeitsgruppen A (schizoid, paranoid), B (antisozial) und C (ängstlich, abhängig) sowie die drei Hauptgruppen neuropsychiatrischer Symptome (Verhalten, Psychose und affektive Störung) und die Instrumente, um präorbitale Persönlichkeit und neuropsychiatrische Symptome abzubilden.

Resultate

Signifikante Zusammenhänge wurden gefunden zwischen Personen aus der Gruppe A (eigenwillig, sonderbar, abgrenzend) und dem Auftreten von Psychosen (Halluzinationen) und Depressionen sowie zwischen Personen aus der Gruppe C (ängstlich, abhängig) und Depressionen. Für Personen mit akzentuierten Persönlichkeiten / Persönlichkeitsstörungen aus allen 3 Gruppen A, B und C gilt, dass sie vermehrt auffallen in Bezug auf Verhalten, Psychosen und affektive Störungen. Personen aus allen drei Gruppen (A, B und C), besonders aber aus Gruppe A, weisen auch deutlich mehr Depressionen auf. Personen aus Gruppe B (antisozial) wiesen vermehrt die neuropsychiatrischen Auffälligkeiten ‚Irritierbarkeit‘ und ‚Aggressionen‘ auf.

Diskussion: Insgesamt ist die Auffassung weit verbreitet, dass im Rahmen der Demenz Persönlichkeitszüge entweder verstärkt werden oder abflachen. Die Autoren sehen sich in ihrer Vermutung bestätigt, dass prämorbid Persönlichkeitszüge Stimmung, Verhalten und Psychosen in der Demenz deutlich mitbestimmen. Über den Zusammenhang von Personen aus der Gruppe A und Depressionen zeigen sich die Autoren überrascht.

Die Aufklärung dieser Zusammenhänge kann dazu beitragen, Angehörigen verständlich zu machen, warum die Person eben dieses und kein anderes neuropsychiatrisches Syndrom erfährt. Das wichtigste und gegebenenfalls durchaus behandelbare Symptom stellt die Depression dar.

Einschränkend halten die Autoren fest: Die im Rückblick erfolgende Einschätzung der Persönlichkeit durch Angehörige, unterliegt der Subjektivität. Die gegenwärtige dementielle Verfassung mag die Erinnerung an die vorher bestehende Persönlichkeit beeinflussen.

Abschließend heben die Autoren hervor: dieselben Züge, welche eine Demenz wahrscheinlicher machen, sind wohl eben auch die Persönlichkeitszüge, die zu neuropsychiatrischen Symptomen beitragen.

Quelle

Prior, J., Abraham, R., Nicholas, H., Chan, T., Vanvlymen, J., Lovestone, S., Boothy, H. (2016). Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1050-1055

Schlagworte: Persönlichkeit, neuropsychiatrische Symptome, herausforderndes Verhalten, Depression

Zielin, S., McCabe, M. (2016). Exploring the Relationship Between Premorbid Personality and Dementia-Related Behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(1), 40-48
Vorliegende Studie aus Australien geht von der die Hypothese aus, dass Persönlichkeitsveränderungen ein frühes Anzeichen beginnender Demenz darstellen, insbesondere aber spezifische Verhaltensformen vorhersagen lassen. Die Studie arbeitet mit dem NEO-Inventar, das von 5 übergreifenden Persönlichkeitszügen ausgeht: Extrovertiertheit (sozial interessiert), Neurotizismus (anfällig für negative Stimmungen), Verträglichkeit (Altruismus), Sorgfalt (genau, zielorientiert, bestimmend) und Offenheit (Phantasie, neugierig, unabhängig). Angehörige von 89 Heimbewohnern bestimmten rückblickend die Persönlichkeit der Patienten in den mittleren Jahren. Diese Daten wurden mit Beobachtungen seitens der professionell tätigen Mitarbeiter zur Agitiertheit abgeglichen. Erwartet wurde, dass früher eher neurotisch veranlagte Personen in der Demenz eher physisch und verbal aggressiver reagieren, früher eher extrovertiert oder verträglich veran

lagte Personen in der Demenz weniger physisch und verbal aggressives Verhalten zeigen.

Diese Erwartungen bestätigten sich nicht.

Keine der prämorbidem Persönlichkeitszüge ging mit vermehrter physischer Aggressivität einher. Allerdings erwies sich die Untersuchungsgruppe als sehr alt (Durchschnitt = 88 J), so dass sie vielleicht wegen physischer Gebrechen dazu auch nicht in der Lage waren.

Allerdings: wer zuvor wenig Sorgfalt aufwies, neigte in der Demenz zu verbal aggressivem Verhalten (Fluchen, Schimpfen, Schreien). Da diese Personen sich bereits früher schlecht organisieren konnten und jetzt ihre Bedürfnisse ungenügend verbalisieren konnten, tritt ihre Frustration eher hemmungslos zu Tage.

Zudem: wer sich zuvor wenig verträglich war, zeigte in der Demenz eher nicht-aggressives verbales Verhalten (Beschwerden, Unzufriedenheit, Negativismus). Hier wird angenommen: die Personen haben bislang wenig gelernt, Rücksicht zu nehmen, verstehen ihre Situation immer weniger und tragen dieses Unverständnis ärgerlich-beschwerend nach außen.

Die Autoren geben zu bedenken, dass es sich um eine Querschnittsstudie mit sehr alten Personen handelt, die nicht repräsentativ ist und daher keine weitgehenden Folgerungen erlaubt. Sie empfehlen, sich als Pfleger ein möglichst genaues Bild von der prämorbidem Persönlichkeit zu machen, aber auch andere Faktoren wie z.B. Schmerzen oder Delir als auslösende Faktoren zu beachten. Je besser man die Persönlichkeit einschätzt, desto eher gelingt es, unerfüllte Bedürfnisse zu errahnen und zur Deeskalation beizutragen.

Vgl.: Rodriguez, C., Albanese, E. et al (2016). Personality-Related Determinants of Subtle Cognitive Decline in Old Age: A Population-Based Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 6, 120-132

Die Studie geht der Frage nach, ob frühe Persönlichkeitsveränderungen den Beginn eines kognitiven Niedergangs vorhersagen. Verglichen werden Ausgangsdaten von Personen mit Daten nach 18 Monaten (insgesamt 590 Personen). Wesentliches Ergebnis: der Faktor Offenheit sagt am ehesten voraus, dass eine dementielle Entwicklung eher nicht zu erwarten und das Risiko gering ist. Extrovertiertheit und Verträglichkeit wirken sich auf die Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu bekommen, nicht aus. Ein Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Demenzbeginn konnte – im Unterschied zu vielen anderen Studien – ebenfalls nicht erwiesen werden.

2. Kognitive Verhaltenstherapie verringert Angstsymptome bei Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz

Ziel/Hintergrund

Bis zu 71% der Menschen mit Demenz leiden an Angstsymptomen, bis zu 21% an einer Angststörung. Dies zeigt sich u.a. an anhaltender Rastlosigkeit, Agitiertheit, Tag-Nachtumkehr und Aggressionen. Man rechnet damit, dass Ängste mit dem Fortschreiten der Erkrankung zunehmen. Bislang werden Angststörungen in der Demenz – wenn überhaupt – medikamentös behandelt, mit in der Regel fragwürdigem Ergebnis. – Für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz bietet sich die kognitive Verhaltenstherapie als Alternative an. Diese fokussiert Verhalten, Gefühle und Gedanken im Jetzt und Hier, bezieht Angehörige mit in das Lernprogramm ein, gibt ‚Hausaufgaben‘ mit von Sitzung zu Sitzung.

Eher kleinere Studien haben bislang erwiesen, dass Menschen mit Demenz von diesem Programm profitieren, sich Ängste und Depressionen deutlich mildern und positive, erfreuliche Aktivitäten steigern lassen.

Vorliegende Studie aus England berichtet Ergebnisse einer systematischen Erprobung einer verhaltenstherapeutischen Intervention für Menschen mit Demenz und Angststörungen.

Methoden

Es handelt sich um eine einfach-verblindete, randomisiert kontrollierte Studie, bei der Angstsymptome von Menschen mit Demenz mit (Interventionsgruppe) und ohne Intervention (Kontrollgruppe) an drei Zeitpunkten miteinander verglichen werden.

Die Intervention beruht auf einem Interventionshandbuch, das in mehreren Schritten (Literaturanalyse, Experteninterviews, Feedback in einem Delphi-Verfahren) entwickelt wurde. Das Handbuch beschreibt drei Phasen:

Phase 1: Eine individuelle ‚Formulierung‘ oder Hypothese bezüglich der Ängste wird mit dem Klienten und dem pflegenden Angehörigen (‚carer‘) entwickelt mit drauf aufbauenden Zielen und Maßnahmen. Letztere werden in der Therapiestunde eingeübt und als ‚Hausaufgabe‘ mitgegeben.

Phase 2: Veränderungsprozesse werden zunehmend dem Klienten angepasst, z.B. sich sicher fühlen, dysfunktionale Gefühle und Gedanken beiseitelegen und durch andere ersetzen, negative automatisierte Gedanken durch beruhigende Gedanken ablösen, wenig hilfreiche ‚Lebensregeln‘ verändern und das Zusammenleben mit dem Angehörigen verbessern.

Phase 3: Die Therapie wird beendet, indem eine ‚Blaupause‘ für das weitere Zusammenleben entwickelt und auf die Integration neuer Lebensregeln und Fähigkeiten zurückgeschaut wird.

Im Rahmen des englischen Gesundheitsdienstes wurden 50 Personen mit Demenz und Angststörungen sowie deren pflegende Angehörige identifiziert. Daten wurden zu Beginn, nach 15 Wochen (Ende der Intervention) und nach 6 Monaten (Nachhaltigkeit der Wirkungen) erhoben. Instrumente werden beschrieben, mit denen u.a. Angstsymptome, Depressivität, Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptome und kognitive Veränderungen abgebildet werden können. Klienten wurden per Zufall auf Interventions- und Kontrollgruppe verteilt.

Resultate

Ängste und depressive Symptome reduzierten sich deutlich in der Interventionsgruppe. Lebensqualität oder die Beziehung zum pflegenden Angehörigen änderten sich nicht wesentlich. Die Veränderungen hielten an und zeigten sich auch nach 6 Monaten stabil. Die Therapie erwies sich als schwer durchführbar in Fällen, bei denen länger bestehende interpersonale Probleme zwischen Person mit Demenz und Angehörigen festzustellen waren oder in denen sich eine verlässliche Angehörigenbeteiligung nicht sichern ließ.

Diskussion

Unter bestimmten Bedingungen und für eine spezielle Zielgruppe (Menschen mit moderater Demenz mit einem verlässlich mitwirkenden Angehörigen) ist eine hypothesengesteuerte kognitive Verhaltenstherapie durchführbar und zeigt therapeutisch stabile Erfolge. Methodisch benötigt der Klient mehr Führung und Unterstützung durch den Therapeuten („scaffolding“), ein langsames Tempo, vielfache Wiederholungen und Übungen, eher Fokussierung von Verhalten als von Kognitionen und eine deutliche Mitwirkung der Angehörigen.

Quelle

Spector, A., Charlesworth, G., King, M., Lattimer, M., Sadek, S., Marston, L., Rehill, A., Hoe, J., Qazi, A., Knapp, M., Orrell, M. (2015). Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 509-516

Schlagworte: Angst, kognitive Verhaltenstherapie, randomisierte Studie

Vgl.: Kassem, A., Ganguli, M. et al (2017). Anxiety symptoms and risk of dementia and mild cognitive impairment in the oldest old women. *Aging & Mental Health*, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1274370>
Frauen mit leichten Angstsymptomen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu entwickeln als Frauen, welche diese Symptome nicht aufweisen. Die Langzeitstudie vergleicht Daten von 1.470 Frauen aus einer Messung (2002-2004) mit Daten einer späteren Erhebung (2006-2008). In Abwägung verschiedener Hypothesen plädieren die Autoren für die Theorie, dass eine bereits wirksame aber

psychopathologisch noch nicht klar erkennbare dementielle Entwicklung erste Angstsymptome hervorruft, Angst also als ein Vorläufersymptom (Prodromalsymptom) der Demenz, als eine erste Reaktion auf subtile Veränderungen verstanden werden kann. In eine ähnliche Richtung weist:

Vgl.: Rosness, T., Strand, B. et al (2016). Association of psychological distress in later life and dementia-related mortality. *Aging & Mental Health*, 20(6), 603-610
Personen mit psychologischem Stress (z.B. Ängste, Depressionen) wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, Demenz zu entwickeln.

3. Agitiertheit von Menschen mit Demenz in Heimen nimmt zu

Ziel/Hintergrund

Neuropsychiatrische Symptome, darunter auch herausforderndes Verhalten, Apathie und Depressivität, werden auf ein Zusammenwirken krankheitsbedingter und umweltbedingter Faktoren zurückgeführt. Sie gehen für Menschen mit Demenz wie für Angehörige und professionell Pflegenden mit erheblichem Belastungserleben einher. Es wird angenommen, dass insbesondere Aggressivität und Agitiertheit mit einem beschleunigten Verlauf und einer höheren Mortalität einhergehen.

In den letzten Jahren fand personenzentrierte Pflege flächendeckend Eingang in die Heimkonzepte. Dennoch bleibt der Einsatz von Psychopharmaka hoch. Aus Interventionsstudien der letzten Jahre geht hervor, dass sich die Häufigkeit im Vorkommen neuropsychiatrischer Symptome im Ergebnis wenig geändert hat, wobei das Fortdauern und die Schwere von Studie zu Studie stark variieren. In der Regel geht eine fortgeschrittene Demenz auch mit größerer Häufigkeit und Schwere neuropsychiatrischer Symptome einher.

Vorliegende Studie geht der Frage nach, ob sich Schwere und Häufigkeit neuropsychiatrischer Symptome von Heimbewohnern mit Demenz in Norwegen mit den Jahren verändert hat. Verglichen werden Daten von 2004/05 mit Daten von 2010/11.

Methoden

In den Jahren 2004/05 wurden Daten von insgesamt 1.165 Heimbewohnern aus 26 Heimen in 18 Regionen erhoben; mit den gleichen Instrumenten wurden in 2010/11 1.858 Bewohner aus 24 Heimen (alle Heime nahmen auch an der ersten Runde teil) erfasst. Beschrieben werden Instrumente, mit denen neuropsychiatrische Symptome, Schwere der Demenz, Einsatz von Psychopharmaka, Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Gesundheit abgebildet wurden. Daten wurden von geschulten Pflegekräften anhand der Dokumentation und im Rahmen eines persönlichen Interviews mit dem pflegenden Angehörigen erhoben. Ergebnisse wurden erhoben in Bezug auf Unterschiede bezüglich Apathie, Agitiertheit, Psychosen und affektive (Ängste, Depressionen) Symptome.

Resultate

Insgesamt erwiesen sich die Bewohner in 2010/11 als älter. Zudem nahmen sie weniger Psychopharmaka ein als 2004/05.

In Bezug auf Apathie konnten keine Unterschiede festgestellt werden: sie geht in beiden Gruppen einher mit fortgeschrittener Demenz, vermehrter Abhängigkeit, schlechtem Gesundheitszustand sowie dem Einsatz von Psychopharmaka. Personen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz wiesen in 2010/11 eine geringere Quote von Agitiertheit auf als in 2004/05, Personen mit schwerer Demenz aber eine

deutlich höherer Quote von Agitiertheit. Je länger die Personen im Heim lebten, desto häufiger und schwerer fiel die Agitiertheit aus.

In Bezug auf Psychosen war gleichfalls kein Unterschied zu erkennen: ähnliche Faktoren wie bei Apathie, trugen zur Häufigkeit und Schwere der Psychosen bei. So auch bei affektiven Symptomen: alleine leben, männliches Geschlecht, fortgeschrittene Demenz, schlechte Gesundheit und Einnahme von Psychopharmaka gingen mit affektiven Symptomen einher.

Diskussion

Die Autoren stellen fest, dass schwere Formen von Agitiertheit und Psychosen mit einem Aufenthalt in besonderen Einrichtungen für Menschen mit Demenz einhergehen (SCU: special care units). Dies – so vermuten die Autoren – sei auch der Grund, warum sie sich in einer SCU aufhalten. Allerdings: Je länger der Aufenthalt, desto mehr traten Agitiertheit und desto weniger affektive Symptome auf. Daher kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass der lange Aufenthalt in einer Umgebung mit Menschen mit schweren Verhaltensstörungen dazu beiträgt, selber schwere Verhaltensstörungen zu bekommen.

Die besseren Ergebnisse für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz könnten möglicherweise auf den Einfluss personenzentrierter Pflege zurückgeführt werden. Zudem gab es umfassende Bemühungen, die Verschreibung von Psychopharmaka zu reduzieren. Beide Veränderungen haben sich allerdings für Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht erkennbar ausgewirkt.

Auch in dieser Studie war der Zusammenhang von schwerer Demenz und einer verbreiteten Agitiertheit deutlich erkennbar.

Quelle

Helvik, A.-S., Engedal, K., Wu, B., Benth, J.S., Corazzini, K., Roen, I., Selbaek, G. (2016). Severity of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 6, 28-42

Schlagworte: Neuropsychiatrische Symptome, Heim,

vgl.: Glass, O., Forester, B., Hermida, A. (2017). Electroconvulsive therapy (ECT) for treating agitation in dementia (major neurocognitive disorder) – a promising option. *International Psychogeriatrics*, 29(5), 717-726

Die Autoren gehen in der Literatur vielen Fallvignetten über die Anwendung einer Elektroschockbehandlung bei Menschen mit Demenz mit behandlungsresistenter Agitiertheit nach. In der Regel kommt eine solche Behandlung nur dann in Frage, wenn diverse psychosoziale und medikamentöse Behandlungsversuche völlig erfolglos geblieben sind und es zu gravierenden Vorkommnissen mit Selbst- und Fremdgefährdung gekommen ist. Stärke der Behandlung („seizure“) und

Häufigkeit variieren stark; in einigen Fällen verschwanden die Symptome vollständig, in anderen für einen Zeitraum von wenigen Wochen bis mehreren Monaten. Zumeist musste die Anwendung wiederholt werden um ein Wiederauftreten der Symptome zu kompensieren. In den meisten Vignetten fehlen wichtige Daten zu Vorerkrankungen, begleitenden affektiven Störungen, früheren ECT-Anwendungen. Zudem bleibt oft unklar, wie lange der Effekt der ECT-Behandlung angehalten hat.

Dennoch überwiegen die positiven Effekte. Die Autoren empfehlen, dringend eine hochqualitative, doppelt verblindete randomisierte Studie durchzuführen, um den Effekt dieser Behandlung zu belegen.

4. Demenz und Depression stehen in einem vielfältigen Abhängigkeitsverhältnis zueinander

Ziel/Hintergrund

Der neuropathologische Beginn der Demenz vom Alzheimer-typ beginnt mindestens 20-25 Jahre vor dem Auftauchen kognitiver Symptome. Während Alter weiterhin als höchster Risikofaktor für Symptome gilt, wird weiterhin nach modifizierbaren Risikofaktoren gesucht, da deren Vermeidung den symptomatischen Beginn hinauszögern und den Verlauf der Erkrankung zeitlich verdichten könnte. Neben vaskulären Risikofaktoren (Bluthochdruck, Diabetes) kommen hier insbesondere die Depression und die Schlafstörungen in den Blick. Hier stellt sich die Frage nach kumulativen Effekten, also einer Kombination von Apolipoprotein E4 (APOE 4) auf dem Chromosom 19 (genetisch bedingte erhöhte Wahrscheinlichkeit für Alzheimer) zusammen mit Depressivität und Schlafstörungen.

Die jüngste Schlafforschung hat zu Tage gefördert, dass das Hirn den Schlaf benötigt, um Neurotoxine auszuscheiden. Mangelhafter Schlaf führt u.a. dazu, dass sich der Anteil von beta-Amyloid (Plaques) bei Schlafstörungen merklich erhöht. Schlafstörungen können daher das Ergebnis von neurodegenerativen Prozessen sein. Die Ermöglichung eines guten Schlafes könnte daher den Demenzprozess verzögern. Personen mit Alzheimer-Demenz weisen Schlafstörungen in einem Umfang von 25-50% auf: sundowning, Tag/Nacht-Umkehr, unruhiger und unterbrochener Schlaf, Tagesschlaf. Vorliegende US-amerikanische Studie geht folgenden Hypothesen nach: Schlafstörungen, Depressivität, APOE-Genotyp, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an Alzheimer zu erkranken. Addieren sich diese Faktoren auf ungünstige Weise, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Alzheimer-Demenz deutlich.

Methoden

Herangezogen werden Daten des ‚National Alzheimer’s Coordinating Center‘, das Langzeitdaten von Personen aller lokalen ‚Alzheimer’s Disease Centers‘ sammelt und aufbereitet. Vorliegende prospektive Langzeitstudie fokussiert Personen, die bei der Erstuntersuchung keine, bei einer der Nachfolgeuntersuchungen aber erste Symptome zeigten. Insgesamt konnten Daten von 8.762 Personen eingeschlossen werden. Beschrieben werden verschiedene Assessments, die in den Untersuchungen standardisiert zum Einsatz kamen, um kognitiven Status, wahrscheinliche Alzheimer-Erkrankung, Depressivität in den letzten 2 Jahren, frühere depressive Episoden, klinisch diagnostizierte Depressionen, Schlafstörungen und APOE-Genotyp abzubilden. Beschrieben werden unterschiedliche statistische Verfahren und Analysemodelle.

Resultate

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depressionen in den letzten 2 Jahren oder in den

Jahren davor und einer Diagnose Alzheimer-Demenz. Gleiches gilt für den Zusammenhang mit Schlafstörungen vor Beginn der Demenz. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang, wenn der APOE-Genotyp E4 hinzugenommen wird: Schlafstörungen und dieser Genotyp gehen mit dem höchsten Risiko einher. Ähnliches gilt für Depression: tritt diese zusammen mit diesem Genotyp auf, ist das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, 9 x höher als bei denen, die weder diesem Genotyp angehören noch in den letzten 2 Jahren eine Depression erlitten haben.

Diskussion

Die Studie belegt eindrucksvoll bereits vorliegende Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Alzheimer, Depression und Schlafstörungen, besonders aber im Zusammenhang mit dem APOE-4 Genotyp. Besonders hoch ist das Risiko, wenn alle Risikofaktoren zusammen auftauchen. Die Studie stimmt mit bisheriger Forschung darüber überein, Depression als einen neurobiologischen Stressor aufzufassen, der neurotoxische Wirkungen auf den Hippocampus zeitigt und damit möglicherweise einer Demenz vorarbeiten kann. Nicht ganz geklärt scheint zu sein, ob Schlafstörungen und Depressivität als unabhängige Konstrukte aufgefasst werden können. Die Autoren nehmen an, dass ernste Versuche, Schlafstörungen und Depressivität früh zu bekämpfen, die Wahrscheinlichkeit einer Alzheimer-Demenz reduzieren, verzögern oder auch verdichten kann. In der Praxis bedeutet dies, dass zur Früherkennung der Demenz das Aufspüren und Behandeln von ersten Anzeichen einer Depression hinzugehört und Senioren mit Depression häufiger bezüglich beginnender Demenz zu untersuchen sind. Hier sehen die Autoren auch eine Chance für Sozialarbeiter und Pflegende, an der Veränderung von Haltungen und Verhaltensweisen wesentlich mitzuwirken.

Quelle

Burke, S.L., Maramaldi, P., Cadet, T., Kulkull, W. (2016). Associations between depression, sleep disturbance, and apolipoprotein E in the development of Alzheimer's disease: dementia. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1409-1424

Schlagworte: Alzheimer, Depression, Schlafstörungen, Apolipoprotein E, quantitative Studie

Vgl.: Wang, Y.Y., Zheng, W., Ng, C.H., Ungvari, G.S., Wie, W., Xiang, Y.-T. (2017). Meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials of melatonin in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 50-57

Der Review vorliegender Studien belegt, dass Melatonin den Schlaf von Personen mit Alzheimer verbessert, sich aber nicht auf kognitive Funktionen positiv auswirkt.

Eine Verbesserung des Schlafes könnte sich verzögernd auf den Verlauf der Demenz auswirken.

Spira, A. (2017). Sleep disturbance: an emerging opportunity for Alzheimer's disease prevention? *International Psychogeriatrics*, 29(4), 529-531

Der Autor kommentiert diverse Studien zum vorliegenden Thema. Neben dem metabolischen Vorgang, Neurotoxine im Schlaf auszuscheiden, verweist er auf eine erhöhte Aktivität der Neuronen im Wachzustand, welche mit vermehrter Beta-Amyloid Produktion einhergehe. Schlafmangel – also mangelnde Gelegenheit, Neurotoxine auszuscheiden – resultiere damit unmittelbar in einem erhöhten Beta-Amyloid-Spiegel. Auch schlafbedingte Atemstörungen führten zur Fragmentierung des Schlafes und zur Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff.

Der Autor stellt weiterhin Bezüge von Schlafmangel zu vasculären Risikofaktoren her, so dass sich die Frage stellt, ob Bluthochdruck, Diabetes, Bewegungsmangel, Rauchen, Depressivität, Schlafstörungen nicht verschiedene Aspekte eines zusammenhängenden Prozesses bilden.

Abschließend reflektiert der Autor kritisch die bestehenden Möglichkeiten: Vom Einsatz von Beruhigungs- und Schlafmitteln sei generell eher abzuraten. Behaviourale Trainings stehen nur in sehr begrenztem Masse zur Verfügung. Achtsamkeitstrainings erfreuen sich wachsender Beliebtheit, erreichen aber nur eingeschränkt die beabsichtigte Zielgruppe. Sauerstoffzufuhr in der Nacht (bei Apnoe) scheitere oft an mangelnder Compliance (Einhaltung) der Patienten. Die Entwicklung nicht-pharmakologischer Möglichkeiten zur Schlafhygiene für ältere Menschen stelle eine nicht zu unterschätzende Aufgabe für die Gesundheitsversorgung dar.

Kabeshita, Y., Adachi, H., et al (2017). Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-Bird). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 222-230

Personen im Anfangsstadium der Demenz mit Schlafstörungen weisen deutlich mehr verhaltensbezogene und psychologische Symptome auf als Personen im Anfangsstadium ohne Schlafstörungen. Dies betrifft insbesondere die Symptome Ängstlichkeit, Euphorie, Enthemmung und aberrante motorische Bewegungen. Schlafstörungen stellen demnach nicht nur ein isoliertes Symptom dar, sondern gelten – im Unterschied zur Schwere der kognitiven Störung – als Risikofaktor für eine Fülle zusätzlicher Symptome.

5. Risikofaktoren für Demenz verändern sich mit fortschreitendem Alter

Ziel/Hintergrund

Es ist bekannt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung mit zunehmendem Alter steigt. Weniger bekannt ist, wie es sich bei der ältesten Gruppe, der Personen über 90 Jahre verhält: steigt das Demenzrisiko weiter an und bleiben in der ältesten Gruppe die Risikofaktoren dieselben wie in den Jahren zuvor?

Vorliegende Studie nutzt Daten über Personen aus einer Region Schottlands (Lothian) von 1921, die bereits mit 11 Jahren (also 1932) einem Intelligenztest unterzogen wurden und die bei einer nachfolgenden Testreihe (mit 79 Jahren) überwiegend keine kognitiven Defizite aufwiesen.

Vorliegende Studie geht folgenden Fragen nach: die Fälle von beginnender Demenz in vorliegender Gruppe im Alter von 79 bis 95 bestimmen; untersuchen, ob sich die Risikofaktoren beginnender Demenz in der 9. Lebensdekade von den Risikofaktoren in früheren Jahren unterscheiden; die modifizierbaren Risikofaktoren in Beziehung setzen zu den nicht-modifizierbaren wie Alter, Intelligenz mit 11 Jahren, APOE e4-Status.

Methoden

Fast alle schottischen Kinder wurden im Jahr 1921 einem Intelligenztest unterzogen. 1999 wurde eine Gruppe von Personen dieses Jahrgangs bestimmt, um Daten über den Verlauf nichtpathologischen kognitiven Alterns zu gewinnen. Diese Gruppe von 550 Personen aus Lothian setzte sich zusammen aus Personen, die relativ gesund in der eigenen Häuslichkeit lebten und 1932 an dem IQ-Test teilgenommen hatten. Diese Gruppe wurde 1999 mit 79 Jahren einer ersten Testreihe mit laufenden Folgeuntersuchungen (mit 83, 87, 90 und 92 Jahren) unterzogen. Dabei wurden u.a. psychologische, kognitive, medizinische, physiologische und genetische Daten erhoben. Bei verstorbenen Personen wurden Daten aus der Dokumentation herangezogen.

Daten über modifizierbare Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Depression, Rauchen etc. und nicht-modifizierbare Faktoren wurden gesammelt. Vorgestellt werden die genutzten Assessmentverfahren sowie das statistische Auswertungsverfahren.

Resultate

Daten von 527 Personen konnten generiert werden. 129 Personen wiesen eine Demenz auf. Für die Gruppe der Personen in der 9. Lebensdekade ergaben sich folgende Daten: 21,2% aller 1999 getesteten Personen entwickelten zwischen dem 79 und 95. Lebensjahr eine Demenz. 420 der 520 Personen waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie verstorben, 21 Personen überlebten in die 9. Lebensdekade hinein. Das Vorhandensein von APOE e4 sowie eine lebenslang ausgeübte physische Freizeitaktivität (z.B.

Wandern) erhöhte das Risiko einer Demenzerkrankung, ein hoher Blutdruck und eine höhere Körpergröße dagegen verringerte das Risiko einer Demenzerkrankung, Rauchen ging weder mit einem erhöhten noch einem niedrigeren Risiko einher.

Diskussion

Die Daten unterstützen die Bedeutsamkeit, welche dem Allel APOE e4 als Risikofaktor zugemessen wird. Während Bluthochdruck allgemein als Risikofaktor gilt, konnte in dieser Studie ein Zusammenhang zwischen Bluthochdruck ab dem 79 Lebensjahr und einer Verringerung des Demenzrisikos festgestellt werden. Die Autoren vermuten: bei sehr alten Menschen spielen vaskuläre Risikofaktoren keine Rolle mehr. Diese Risiken sind quasi ‚abgearbeitet‘, d.h. die Personen, für die Bluthochdruck lebensgefährlich ist, sind in diesem Alter bereits verstorben.

Dass physische Freizeitaktivitäten in jüngeren Jahren mit einem höheren Demenzrisiko einhergehen, dies hat die Autoren überrascht. Die Autoren weisen hier auf die niedrigen Fallzahlen hin und empfehlen, daraus zunächst keine voreiligen Schlüsse zu ziehen. Der Zusammenhang von Demenzrisiko und Körpergröße ist bereits in anderen Studien erwiesen worden und wird hiermit bestätigt.

Zusammenfassend sehen sich die Autoren in der Vermutung bestätigt, dass sich mit fortschreitendem Alter die Risikofaktoren für Demenz verändern.

Quelle

Sibbett, R.A., Russ, T.C., Deary, I.J., Starr, J.M. (2017). Risk factors for dementia in the ninth decade of life and beyond: a study of the Lothian birth cohort 1921. *BMC Psychiatry*, DOI 10.1186/s12888-017-1366-3

Schlagworte: Inzidenz, Risikofaktor

6. Ärztlich assistierter Suizid bei Demenz kommt vergleichsweise selten vor

Ziel/Hintergrund

Ärztlich assistierte Sterbehilfe bei geringer Lebenserwartung und hohem Leidensdruck findet in immer mehr Ländern breite Zustimmung. In den Niederlanden, Belgien und Luxemburg können auch Menschen mit gravierendem psychischen Leiden, unabhängig von somatischem Leiden oder geringer Lebenserwartung, um ärztlich assistierten Suizid ersuchen. In der Regel muss dieses Verlangen freiwillig, wiederholt, wohl überlegt und ohne Druck von außen von einer kompetenten Person vorgebracht werden. Sie muss genügend Verständnis für und Einsicht in die Erkrankung und Prognose an den Tag legen und der Wunsch zu sterben darf nicht als Symptom der Erkrankung gelten. Beim Sterbewunsch aufgrund psychischer Erkrankungen muss regelhaft ein unabhängiger Psychiater als Gutachter hinzugezogen werden. Erst nach einem weiteren Monat Wartezeit kann es dann zum ärztlich assistierten Suizid kommen. Der Fall muss abschließend nach Vorgaben dokumentiert und einem Bundesinstitut (Komitee) für die Kontrolle und Evaluation der Euthanasie vorgelegt werden. Das Vorkommen/ die Häufigkeit ärztlich assistierter Suizide aufgrund von psychiatrischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen sind bislang nicht erforscht worden. Vorliegende Studie aus Belgien berichtet über die wachsenden Zahlen von Suiziden aufgrund von psychiatrischen/neuropsychiatrischen Erkrankungen, über die klinischen Charakteristiken der Personen und über die Entscheidungsprozesse.

Methoden

Die Studie wertet Daten der belgischen Kommission (Federal Control and Evaluation Committee on Euthanasia) von 2002 bis 2013 aus. Diese besteht u.a. aus den vorstrukturierten Falldokumentationen, die nach vollendetem Suizid von den beteiligten Ärzten eingereicht werden müssen. Diese Datensätze erlauben die Identifikation von Fällen, die auf rein psychiatrischen/neuropsychiatrischen Erkrankungen ohne begleitende somatische Erkrankungen beruhen. Es wurden folgende Kategorien unterschieden: 1. Affektive Störungen (idR Depressionen), 2. Affektive Störungen im Zusammenhang mit weiteren psychiatrischen Störungen, 3. Andere psychiatrische Störungen, 4. Demenzen. Erarbeitet wird eine beschreibende Statistik, die für die Jahre des angegebenen Zeitraumes Suizide getrennt nach den beschriebenen Gruppen ausweist.

Resultate

Von 2002 bis 2013 gab es insgesamt 179 Fälle für psychiatrische Diagnosen und Demenz. Betrug die Anzahl 2002 nur 0,5% aller ärztlich assistierten Suizide, nahm der Anteil 2013 auf 3% aller ärztlich assistierten Suizide zu. Insgesamt machen affektive Störungen den größten Anteil aus (46,4%), gefolgt von Demenzerkrankungen (34,6%) und

anderen psychiatrischen Störungen (12,3%). Frauen nehmen ärztlich assistierten Suizid mehr in Anspruch als Männer. 38,6% aller Suizide aufgrund von affektiven Störungen entfallen auf Personen die 80 Jahre als oder älter sind. Der assistierte Suizid wurde in der Mehrzahl der Fälle in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt. Im Falle der Demenz wurde zudem zu 27,4% auf die Wahrscheinlichkeit des Todes in nächster Zeit hingewiesen. Die Berichte dokumentieren unerträgliches psychisches Leiden besonders für Personen mit affektiven Störungen und/oder psychotischen Störungen.

Diskussion

Die Anzahl der Suizide aufgrund psychiatrischer Störungen und Demenz ist von 2002 bis 2013 auf 3% aller ärztlich assistierten Suizide angestiegen. Die Autoren vermuten, dass sich zunehmend ältere Personen mit den gesetzlichen Möglichkeiten vertraut machen, diese vermehrt Akzeptanz finden und genutzt werden. Hinzu kommt die mediale Aufmerksamkeit auf den Suizid eines bekannten belgischen Schriftstellers mit der Diagnose Demenz.

Die Autoren beleuchten drei kritische Gesichtspunkte, die Demenzkranke betreffen: Der Arzt bedarf einer besonderen Kompetenz, um die Urteilsfähigkeit eines an Demenz leidenden Menschen einzuschätzen. Diese ist in einem Bereich, der die Person unmittelbar angeht, nicht per se der Demenz wegen abzustreiten. Umstritten allerdings bleibt, was ‚medizinische Aussichtslosigkeit‘ im Fall psychiatrischer Erkrankungen eigentlich bedeutet.

Der Suizidwunsch kann eben auch ein depressives Begleitsymptom der Demenzerkrankung darstellen, muss es aber nicht. Denn nicht jede depressive Symptomatik ist schon ausreichend für die Diagnose ‚Depression‘, also: eine niedergeschlagene Gemütsstimmung allein ist nicht per se ein Grund, den Suizidwunsch der Depressivität und nicht dem abgewogenen Urteil des Patienten zuzuschreiben.

Zuletzt wird die Entscheidungsprozedur kritisch gewürdigt. Es sei nicht von der Hand zu weisen, Suizidwünsche aufgrund von psychischem Leiden allein sehr sorgfältig und unabhängig zu prüfen. Zu diesem Zweck könne eine eigene Kommission eingesetzt werden, die solche Vorkommnisse nicht erst nach, sondern vor Durchführung des ärztlich assistierten Suizids untersucht.

Insgesamt ist der Umfang ärztlich assistierten Suizids aufgrund psychischer Erkrankungen und Demenz allein mit 3% immer noch vergleichsweise gering. Ob sich der Steigerungstrend aus den letzten Jahren fortsetzen wird muss abgewartet werden.

Quelle

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry* 17:203;
DOI 10.1186/s12888-017-1369-0

Schlagworte: Euthanasie, Ethik, Palliativ, quantitative Studie

7. Organisationale Faktoren sind entscheidend für personenzentrierte Pflege

Ziel/Hintergrund

Der Fokus personenzentrierter Pflege von Menschen mit Demenz liegt zumeist auf der Interaktion zwischen Pflegekraft und Person mit Demenz. Viele Studien legen nahe, dass organisationale Fragen wie Personalschlüssel, Umgebung, Burnout, aber auch Schulungen, Unterstützung durch Management, Beteiligung an Entscheidungen sich auf die Pflegequalität entscheidend auswirken und günstigenfalls auch die Interaktion mit den Klienten verbessern. Die Autoren stellen vier Hypothesen auf, welchen sie in der Studie nachgehen:

1. Höhere organisationale Unterstützung geht mit mehr personenzentrierter Pflege in der Selbsteinschätzung der Pflegenden einher.
2. Höhere professionelle Qualifikation geht mit mehr personenzentrierter Pflege in der Selbsteinschätzung einher.
3. Stark ausgeprägte Überzeugungen zum Personsein gehen mit personenzentrierter Pflege in der Selbsteinschätzung einher.
4. Höhere Burn-out-Raten gehen mit weniger personenzentrierter Pflege einher.

Methoden

Teilnehmende Personen wurden aus zwei Einrichtungen der Langzeitpflege in Kanada gewonnen. Beschrieben werden Instrumente, mit denen Personenzentrierung (Autonomie, Empathie, die Person kennen, Eingehen auf physische und emotionale Bedürfnisse, Unterstützung bei Beziehungen), organisationale und milieubezogene Unterstützung personenzentrierter Pflege (physische und soziale Umgebung, Unterstützung durch Management, Fort- und Weiterbildung, Zusammenarbeit im Team), Überzeugungen bezüglich Personsein im Arbeitsfeld Demenz (bezüglich Fähigkeiten, Kompetenzen, Rechte von Menschen mit Demenz) sowie Burnout abgebildet werden konnte. Es handelt sich um standardisierte Fragebögen, welche von Pflegenden beantwortet wurden. Beschrieben wird das statistische Analyseverfahren.

Resultate

108 Personen nahmen an der Befragung teil. An Faktoren, die auf Merkmale der Personenzentrierung (Autonomie, Empathie, die Person kennen, Eingehen auf physische und emotionale Bedürfnisse, Unterstützung bei Beziehungen) werden durchgängig organisationale Faktoren berichtet. Alter, Bildung, Art der grundständigen beruflichen Qualifikation spielen kaum eine Rolle. Umgebungsfaktoren, z.B. das Vorhandensein von zugänglichen Außenbereichen oder der Zugang zu sinnvollen Aktivitäten, sind dagegen in der Einschätzung der Pflegenden wichtig für die Autonomie der Klienten. Burnout dagegen wirke sich negativ, gegenseitige und organisationale Unterstützung und das Gefühl, mit

seiner Arbeit etwas Positives für den Bewohner zu leisten, wirke sich positiv auf das Personsein von Klienten aus und helfe, die Person besser zu kennen und Beziehungen (z.B. zu Angehörigen) zu unterstützen.

Diskussion

Insgesamt scheinen organisationsbedingte Faktoren – in der Selbsteinschätzung von Pflegenden – sehr viel mehr als persönliche Merkmale und Überzeugungen der Pflegenden dazu beizutragen, ob und in welchem Umfang personenzentrierte Pflege gelingt. Vorliegende Studie bestätigt damit bekannte Befunde über die Bedeutsamkeit des organisationalen Umfelds für die Implementierung personenzentrierter Pflege. Dazu gehören sowohl Milieufaktoren aber auch die Qualität der Zusammenarbeit, des professionellen Miteinanders, die Schaffung sinnvoller Aktivitäten sowie ein guter Informationsfluss. Weniger die persönliche Haltung und Überzeugung des einzelnen Mitarbeiters als die beschriebenen Qualitäten der organisationalen Umgebung fördern oder behindern personenzentrierte Pflege. Qualifikation und Fortbildung scheinen – im Urteil der Pflegenden – nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung personenzentrierter Pflege zu haben. Bedeutsam dagegen für Respekt und Empathie scheint zu sein, den Eindruck zu gewinnen, von persönlichem Nutzen für den Klienten zu sein. Gelingt dies nicht und sind Mitarbeiter eher frustriert, da ihr Bemühen keinen sichtbaren Erfolg zeitigt, droht vermehrt Burnout und eine weniger personenzentrierte Haltung.

Zusammenfassend plädieren die Autoren dafür, zur Entwicklung personenzentrierter Pflege auf organisationale, umweltbezogene Faktoren sowie die Zusammenarbeit besonderen Wert zu legen.

Quelle

Hunter, P.V., Hadjistropoulos, T., Thorpe, L., Lix, L.M., Malloy, D.C. (2016). The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging & Mental Health*, 20(7), 700-708

Schlagworte: personenzentrierte Pflege, Milieu, Organisation, quantitative Studie

Vgl.: Lourida, I., Abbott, R.A., Rogers, M., Lang, I.A., Stein, K., Kent, B., Coon, J.T. (2017). Dissemination and implementation research in dementia care: a systematic scoping review and evidence map. *BMC Geriatrics*, DOI 10.1186/s12877-017-0528-y

Die Literaturstudie geht der Frage nach, warum die Differenz zwischen Forschungsevidenz in der Pflege und der Praxis in der Demenzpflege immer größer wird. Organisationale Faktoren erweisen sich als die bedeutendsten Barrieren. Dieser Befund gilt, obwohl vermehrt Wert gelegt wird auf Qualifikation und Schulung. Letztere bewegt sich aber weitgehend

abseits konkreter Implementierungsanstrengungen und bleibt damit zumeist abgespalten von der realen Praxis. Einige Befunde der Implementierungsforschung legen nahe, dass Fortschritte nur dann zu erzielen sind, wenn jeder Fortbildung mit organisationalen Veränderungen im persönlichen Arbeitsbereich der Pflegenden einhergehen.

Seitens der Forschung überwiegt die Interventions- bei weitem die Implementierungsforschung, so dass das Wissen um erfolgreiche Umsetzung bewährter Strategien eher dürftig ausfällt.

8. Ein Kommunikationsplan hilft, die Lebensqualität von Bewohnern zu verbessern

Ziel/Hintergrund

Wenn Menschen mit Demenz ihre Bedürfnisse nicht mehr benennen können, drücken sie ihre Verfassung häufig über Depressivität oder Agitiertheit aus. Daher macht die Fähigkeit, angemessen zu kommunizieren und non-verbale Hinweise auf Bedürfnisse zu verstehen eine Schlüsselkompetenz von Pflegenden und Betreuenden aus. Allerdings werden für die Betreuung oft Mitarbeiter mit einer geringen Schulung eingesetzt, so dass es ungewollt zu einer Verschärfung der Problematik kommen kann. Ein Ansatz zur Verbesserung dieser Situation besteht darin, speziell auf die einzelne Person mit Demenz ausgerichtete Kommunikationsstrategien zu entwickeln (im Zusammenhang mit Erinnerung oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten) diese in alltägliche Pflege/Betreuungssituationen zu verankern und Mitarbeitende entsprechend zu schulen. Solcherlei ‚individuell zugeschnittene Strategien‘ könnten dazu beitragen, Lebensqualität zu verbessern.

Vorliegende Studie berichtet von einem solchen Unterfangen, in dem für eine individualisierte Kommunikation vier Bereiche in den Blick genommen werden: Teilhabe am Leben, die Kommunikationsumgebung, die Schwere der kommunikativen Beeinträchtigung sowie persönliche Charakteristiken. Die Rahmenbedingungen für die Intervention lauten: Entwicklung eines individuellen Kommunikationsplanes, ein Training, diesen Plan anzuwenden sowie ein fortlaufendes Unterstützungssystem für Mitarbeiter, um die Implementierung im Alltag zu sichern. Ziel des ganzen Unternehmens ist zudem, eine möglichst einfach gehaltene, leicht zu lesende und umzusetzende Form zu finden, die auch von Migranten mit geringen Sprachkenntnissen verstanden werden kann.

Vorliegende Studie untersucht im Besonderen: Halten die Pflegenden die Kommunikationsplanungen ein? Verändert die Implementierung die Haltung der Mitarbeiter? Hat die Intervention Auswirkungen auf die Depressivität, die Aktivitäten und die Lebensqualität der Klienten?

Methoden

Die Intervention besteht aus folgenden Elementen: Für jeden Bewohner werden sensorische Einschränkungen und ein individueller Kommunikationsplan erhoben: wie kommuniziert man am besten, wie kommuniziert der Bewohner zu anderen, wie kann man sich das Verhalten erklären, wie kann man Probleme und Herausforderungen gut umfahren? (vgl. angehängtes Beispiel)

In einem nächsten Schritt erfolgt eine Schulung von 4 Stunden, in der zunächst allgemeine Kommunikationsstrategien

mit Menschen mit Demenz erörtert und dann in Rollenspielen auf die einzelnen Bewohner hin personalisiert werden. Hierbei werden Filme aus der Reihe ‚Message‘ eingesetzt.

(siehe z.B.

https://www.youtube.com/watch?v=MhxrVG__l4w&list=PL71596BDFC6BE368D)

In einem dritten Schritt erfolgte die Einsetzung einer fortgeschrittenen Pflegefachkraft (advanced nursing practitioner), welche die Implementierung unterstützte und überprüfte.

Methodisch handelt es sich um ein einfaches Vorher-Nachher-Design mit einer einzigen Interventionsgruppe. Untersucht wurden Effekte der Intervention auf 12 Heimbewohner und 20 Mitarbeitende, die den Bewohnern zugeordnet waren. Daten wurden vor und nach Abschluss der Intervention (10 Wochen) erhoben. Beschrieben werden Instrumente, um die sprachlichen Einschränkungen, den Grad der kognitiven Beeinträchtigung, Depressivität, Lebensqualität und Abhängigkeit der Bewohner sowie die Haltung, die selbsteingeschätzte Kompetenz, die Arbeitszufriedenheit sowie das Verständnis von Bewohnerverhalten und Belastung der Mitarbeitenden abzubilden. Zusätzlich werden Einzel- und Gruppeninterviews mit den Pflegenden beschrieben, um die Relevanz der Schulungsinhalte für die Praxis, die Angemessenheit und Praktikabilität des Kommunikationsplanes sowie hindernde und fördernde Faktoren einzuschätzen.

Resultate

Einige Teilaspekte der Lebensqualität der Klienten verbesserten sich, insbesondere Stimmung und vermehrte Reaktionen auf Angebote und Umgebung. Depressivität veränderte sich nicht. Pflegende zeigten mehr Verständnis für Verhalten und erlebten weniger Belastung durch Verhalten. Insgesamt hielten sich die Pflegenden zu 91% an den vorgegebenen Plan. Dieser wurde positiv beurteilt: er helfe ganz konkret, vermehrt personenzentriert zu arbeiten, Bedürfnisse und Vorlieben zu berücksichtigen und auf Bewohnerverhalten adäquat zu reagieren. Zudem sei der Plan leicht verständlich, schnell zu lesen, leicht zugänglich und konzentriere sich auf das Wesentliche. Man würde mehr und besser kommunizieren und fühle sich in den Kontakten sicherer als vorher. Zudem würde der Plan einen immer wieder daran erinnern, wie man kommunizieren solle – besonders für die Teilzeitmitarbeiter, die zuweilen nur über eine flüchtige Kenntnis der Bewohnerdaten verfügten.

Diskussion

Die Autoren betonen, dass der Plan und der Implementierungsrahmen offensichtlich helfen, Kommunikation und Interaktion zu operationalisieren und in ein leicht praktikierbares Format zu überführen. Verbesserungen in der Lebensqualität belegten, dass der Effekt der Intervention auch bei den Klienten ankomme und das Belastungserleben der Mitarbeiter reduziere.

Quelle

McGiltin, K., Rochon, E., Shaw, A., Saragosa, M., Wilson, R. (2017). Can we help care providers communicate more effectively with persons having dementia living in long-term care homes? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(1), 41-50

Schlagworte: Kommunikation, Pflegeheim, Intervention

Beispiel: (leicht verändert und angepasst)

,Über Mich':

in China geboren, aufgewachsen in Jamaika, Witwer
hat als Matrose auf großen Containerschiffen als Stewart gearbeitet und sich hochgearbeitet
fortgeschrittener Hörverlust, kann aber recht gut sehen

Wie kommunizieren?

Damit er dich gut versteht:

- Hörgerät überprüfen (Batterie, Kanäle frei/gereinigt)
- Er kann Gesagtes gut auffassen
- Reduziere Hintergrundgeräusche und wiederhole Gesagtes
- Schreibe bei Bedarf wichtige Dinge auf
- Spreche ihn auf ausgewählte Themen an

Hilfen, damit er sich ausdrücken kann:

- Kurze Fragen (erzählen Sie mir was vom Schiff)
- Erinnere an das Thema, unterstützt von einem Bild (Schiff, Segelboot, Gitarre, seine Frau)
- Gib ihm Zeit zu antworten, warte ab, bis er deutlich reagiert, bevor du wieder fragst
- Bestätige seine Antworten, Nachfrage mit Ja/Nein-Fragen
- Ermutige ihn durch Gestik, greife seine Gestik und Mimik auf
- Konversationsthemen: Segeln, Sudoku, Puzzeln, Gitarre spielen

Wie der Bewohner kommuniziert

- Gute, feine Umgangsformen
- Kann kurze Gespräche gut führen
- Kann unmittelbar Gesagtes kurzfristig erfassen, vergisst das Gesagte nach einer Weile, Wichtiges muss wiederholt werden und ist für ihn immer wieder neu
- Kann offene Fragen beantworten (z.B. nach seinem Befinden)
- Kann Objekte erkennen, benennen und benutzen (z.B. Gitarre)
- Kann 2-stufige Anweisungen verstehen und befolgen
- Kann Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten verstehen und auswählen
- Kann lesen und einfache Aufforderungen verstehen und befolgen
- Kann schreiben

Bedeutung von Verhalten

- Reagiert empfindlich auf andere und neigt dazu, das Verhalten anderer als gegen sich gerichtet fehl zu deuten („sie war unverschämt zu mir“)
- Versucht immer wieder, den Bereich zu verlassen, weil er glaubt, Landurlaub zu haben und seine Frau besuchen zu müssen
- Geht auf andere Bewohner zu und nimmt deren Hände vom Mund weg (die Hand vor den Mund zu halten gilt in Jamaika als unschicklich)

Um Problemen aus dem Weg zu gehen

- Wird am Abend unruhiger und sucht nach seiner Frau. Sprich mit ihm über seine Frau und spiegele sein Gefühl („sie vermissen ihre Frau“) und versuche, ihn mit Sudoku oder Gitarre abzulenken
- Da er viel mit Menschen zusammen war: frage ihn nach Rat, wie man mit den hier lebenden Menschen zurecht kommen soll, was sich schickt und was sich gehört
- Klingende Telefone oder Schellen beunruhigen ihn, Telefon ausmachen vor Kontaktaufnahme

Vgl.: Chao, H-C., Yang, Y-P., Huang, M-C., Wang, J-J. (2016). Development and psychometric Testing of the caregiver communication competence scale in patients with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(1), 32-39

Die Autoren entwickeln eine Skala, um die Kompetenz in der Kommunikation mit Klienten mit Demenz einzuschätzen. Die resultierende Skala weist gute Werte für Reliabilität und Validität auf. Jedes Item kann vierstufig bewertet werden. Sie lauten:

1. Nähere dich den Klienten von vorne und sichere Augenkontakt; vermeide plötzlich neben dem Klienten zu erscheinen oder von hinten anzusprechen/zu berühren.
2. Sprich den Klienten immer mit seinem Namen an und stelle dich jedes Mal wieder vor, wenn du dem Klienten begegnest.
3. Halte während des Gespräches Augenkontakt aufrecht und sichere somit, dass du die Aufmerksamkeit des Klienten hast
4. Vermeide, während des Gesprächs den Klienten anzustarren, sondern mache deinen Blick ‚weich‘.
5. Sprich freundlich, sanft, friedlich, ruhig.
6. Passe das Sprechtempo und die Lautstärke dem Gegenüber an.
7. Nutze kurze Sätze und einfache Worte.
8. Unterbreche den Klienten nicht, wenn er spricht.
9. Wiederhole das Gesagte, wenn der Klient nicht reagiert oder antwortet.
10. Bekräftige eine Tätigkeit eher als dass du viele Optionen eröffnest („kommen Sie mit, wir gehen zu...“)

11. Ermutige den Klienten, sich auf seine/ihre Weise auszudrücken.
12. Ermutige und lobe, aber übertreibe es damit nicht!
13. Widme dich und antworte auf Fragen und Anliegen unermüdlich auch dann, wenn die Fragen immer wieder kommen.
14. Begrüße den Klienten immer auch dann, wenn du sehr beschäftigt bist.

Vgl.: Savundranayagam, M., Sibalija, J., Scotchmer, E. (2016). Resident Reactions to Person-Centred Communication by Long-Term Care Staff. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 36(6), 530-537

Die Studie geht der Frage nach, ob personenzentrierte Interaktionen und Kommunikationen seitens der Pflegenden auch die Häufigkeit positiver Interaktionen seitens der Klienten nach sich ziehen. Und umgekehrt: ob nicht genutzte Gelegenheiten für positive Interaktionen eher negative Reaktionen seitens der Klienten nach sich ziehen. Beobachtet wurden 13 Pflegenden und 13 Klienten in einer Heimumgebung in den USA während der Körperpflege. Insgesamt wurden 46 Konversationen per Video aufgenommen und ausgewertet. Personenzentrierte Kommunikationen der Pflegenden sagten positive Reaktionen der Klienten vorher: je häufiger und personalisierter die Kommunikationen, desto häufiger und anhaltender die positiven Reaktionen der Klienten. Gleiches konnte für negative oder fehlende Interaktionen und Kommunikationen seitens der Pflegenden erwiesen werden. Personenzentrierte Kommunikation führte dazu, dass Klienten mehr über sich erzählten, sich umfassender beteiligten, nachfragten und sich höflich zeigten.

9. Beschäftigung nimmt mit der Schwere der Demenz kontinuierlich ab

Ziel/Hintergrund

In vielen Theorien der Lebensqualität für Menschen mit Demenz spielt das Einbezogenensein in Aktivitäten eine wichtige Rolle. Sie wird in Verbindung gebracht mit der Möglichkeit, sinnvoll mit anderen zusammen zu sein, etwas bewirken zu können und Lebenssinn zu erfahren. Besonders für Heimbewohner mit mittlerer und schwerer Demenz belegen Forschungen einen Mangel an Aktivität. Für diese Gruppe tagtäglich eine angepasste Aktivität zu finden scheint sehr schwierig zu sein und stellt sich als komplexer heraus als es zunächst erscheint. Mögliche Ursachen sind vielfältig: Mitarbeiter mögen nicht wissen, wie sie aktivieren sollen, sie unterschätzen die Bedeutung von Aktivierung und räumen anderen Maßnahmen Priorität ein, sie sind der Meinung, dass eine möglichst stille Umgebung günstiger ist als ein lebendiges Miteinander. Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob Aktivität für Menschen mit schwerer Demenz den gleichen Stellenwert besitzt wie für Menschen mit leichter Demenz. Vorliegende Studie geht den Fragen nach: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zeitdauer, die Personen in Aktivitäten verbinden, und verschiedenen Bereichen der Lebensqualität? Verändert sich dieser Zusammenhang mit der Schwere der Demenz?

Methoden

Die Studie erfolgt im Rahmen einer niederländischen Langzeitstudie (Living Arrangements for people with Dementia: LAD), die fortlaufend die Entwicklung der Versorgung von Menschen mit Demenz in niederländischen Pflegeheimen untersucht und alle 2 Jahre Messungen durchführt. An der zweiten Messreihe (2011) nahmen 144 Einrichtungen mit je 12 zufällig ausgewählten Heimbewohnern mit Demenz teil. Daten zur Aktivität und zu Lebensqualität wurden von Pflegekräften erhoben. Beschrieben werden Instrumente, um Aktivitäten, Lebensqualität, Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, neuropsychiatrische Symptome und kognitiven Status abzubilden.

Resultate

Insgesamt konnten Daten von 1.144 Personen für die Studie genutzt werden. Miteinander reden, singen, Fernsehen und Musik hören wurde derart häufig angegeben (bis zu 24 Stunden singen an einem Tag), dass diese eher unspezifisch angegebenen Daten nicht berücksichtigt und eher als fortlaufender Hintergrund des Geschehens eingeschätzt wurden. Die häufigsten Aktivitäten waren Spaziergänge, Lesen, Spiele, Religion und Einkaufen mit einer hohen unterschiedlichen Häufigkeit und Verteilung bei einzelnen Personen. In einem Zeitraum von 3 Tagen wurden durchschnittlich 2,5 Stunden mit Aktivitäten verbracht. Je niedriger der kognitive Status, desto mehr nahmen die Aktivitäten ab.

Zwischen Aktivitäten und bestimmten Bereichen der Lebensqualität gab es bedeutsame Zusammenhänge: wer ein hohes oder mittleres Niveau von Tätigkeit aufwies, zeigt mehr positiven Affekt, weniger rastloses Verhalten und wies mehr soziale Kontakte auf. Ein hohes Maß an Tätigsein ging mit besserer Beziehung zu Pflegenden, aber auch – überraschenderweise – mit einem schlechteren Selbstbild einher. Für Heimbewohner mit leichter bis schwerer Demenz geht ein hohes Maß an Tätigsein mit guten Beziehungen zu Pflegenden einher – mehr als bei der Gruppe mit schwerer Demenz. Bei einem eher mittleren Maß an Tätigsein finden sich für diese Gruppe mehr positiver Affekt und Sozialkontakte. Für Heimbewohner mit schwerer Demenz geht ein hohes Maß an Tätigsein mit verringerter Rastlosigkeit und positivem Affekt einher. Allerdings scheinen die Personen dabei dennoch weniger involviert zu werden: je schwerer die Demenz, desto weniger haben sie während der Aktivierungen etwas zu tun. Insgesamt fiel auf: je mehr diese Gruppe an Tätigkeiten teilnimmt, desto isolierter sind die Teilnehmer.

Diskussion

Die Ergebnisse sind nicht leicht zu interpretieren. Etwa 1/3 der Bewohner wurden innert 3 Tagen weniger als eine Stunde, 1/3 zwischen 1-3 Stunden, 1/3 mehr als 3 Stunden aktiviert. Den größten Teil des Tages verbringen die Bewohner ohne Aktivität. Abhängigkeit und kognitiver Status erklären zu einem Großteil die Unterschiede in der Aktivierung: je schwerer die Demenz, desto mehr nimmt die Aktivierung ab. Tätigsein wird insgesamt für Heimbewohner mit Demenz positiv bewertet: verbessert Beziehungen zu Pflegenden, geht mit mehr positivem Affekt, besseren Sozialbeziehungen sowie verringerter Rastlosigkeit einher – und man hat etwas zu tun. Besonders Menschen mit schwerer Demenz profitieren von hohem Einbezogensein in Tätigkeiten.

Allerdings: Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz zeigen bei hoher Aktivität ein schlechtes Selbstbild: dies erklären die Autoren mit der für diese Phase weit verbreiteten Depressivität bzw. dem Gewährwerden der eigenen Grenzen und Möglichkeiten angesichts anstehender Aufgaben. Den hohen Isolationsfaktor für Menschen mit schwerer Demenz (trotz Einbindung in Aktivität) erklären die Autoren mit einer vermuteten schlechten Anpassung der angebotenen Aktivität an die Ressourcen und Interessen der Bewohner. Gerade bei Menschen mit schwerer Demenz kommt der präzisen Anpassung eine hohe Bedeutsamkeit zu.

Da die Aktivität nur einen vergleichsweise kleinen Zeitanteil am Tag einnimmt, ist ihr Einfluss auf die Lebensqualität insgesamt eher gering. Diese wird durch die Krankheit selbst und die damit verbundene Abhängigkeit sehr viel nachhaltiger geprägt als dies bei Aktivitäten der Fall sein kann. Die Autoren vermuten: bei besserer Anpassung, einer personenzentrierten Haltung, einer aktivitäts-fördernden Umgebung mit ‚Aufforderungscharakter‘ könnte Aktivität einen

wesentlich größeren Beitrag zur Lebensqualität leisten. Es würde sich lohnen, in diesen Bereich vermehrt zu investieren.

Abschließend betonen die Autoren die Grenzen der Studie, unter anderem die Datenerhebung durch Pflegende, die fragwürdige Validität und Reliabilität der Datensätze aufgrund des retrospektiven Charakters, der fehlenden Berücksichtigung von Depressivität. Bessere Daten seien nur durch teilnehmende Beobachtung von Experten sowie differenziertere Erhebungen von (besonders auch passiven) Tätigkeiten zu erwarten.

Quelle

Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., Pot, A.M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100-109

Schlagworte: Beschäftigung, Lebensqualität, Pflegeheim

Vgl.: Lee, K., Boltz, M., Algase, D. (2017). Does social interaction matter psychological well-being in persons with dementia? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(4), 207-212

Die Studie belegt eine hohe Korrelation von positiver oder neutraler sozialer Interaktion und positivem Affekt. Dies gilt insbesondere für verbale Interaktion; non-verbale im Zusammenhang mit verbaler Interaktion steigert die Korrelation mit positivem Affekt, non-verbale Interaktion allein aber nicht.

Soziale Interaktion während der Pflege trägt wesentlich zum Wohlergehen und damit zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz bei. Daher ist es wichtig, dass Pflegende während der Pflege eine möglichst reichhaltige Interaktion und Kommunikation mit den Klienten aufnehmen. Die Autoren empfehlen diesbezügliche Schulungen nachdrücklich.

10. Personalisierte naturnahe Erfahrungen werden von Menschen mit Demenz sehr begrüsst

Ziel/Hintergrund

Viele Studien weisen darauf hin, dass Natur und dort gemachte Erfahrungen eine positive Wirkung auf Menschen mit Demenz ausüben. Berichtet wird u.a. von verbessertem Schlaf, weniger Agitiertheit und mehr Interesse an Aktivitäten. Personzentrierte Ansätze gehen zurzeit dazu über, Interventionen stark zu personalisieren, also auf die Wünsche, Bedürfnisse und den persönlichen Hintergrund der Person zuzuschneiden. Es stellt sich die Frage, wie man naturbezogenen Aktivitäten personalisieren kann. Die Autoren wollen folgenden Fragen nachgehen: 1. Welche Aspekte naturbezogener Aktivitäten finden Menschen mit Demenz wichtig? 2. Welche Arten von Aktivitäten werden vorgezogen? 3. Kann man ein einfaches Entscheidungsinstrument entwickeln, das die Auswahl und Personalisierung erleichtert? 4. Wirken sich naturbezogene Aktivitäten auf Verhalten und Stimmung aus? 5. Werden personalisierte naturbezogene Aktivitäten für praktikabel gehalten?

Methoden

Die Fragestellungen wurden in mehreren aufeinander abgestimmten Schritten angegangen. Nach einer durchgeführten Literaturstudie wurden 6 Fokusgruppen mit Menschen mit Demenz aus den Niederlanden aus unterschiedlichen Lebensbereichen (Demenztreffpunkte, Tagespflege, stationäre Pflege) nach ihren bevorzugten naturbezogenen Aktivitäten befragt. Die Antworten wurden analysiert und mündeten in einer visuellen Entscheidungshilfe (siehe Abbildung) und drei beispielhaften Aktivitäten (Spaziergang, Gartenarbeit, sensorisch Anregung mit Naturmaterialien).

In einem zweiten Schritt fragte man Menschen mit Demenz anhand der Entscheidungshilfe nach ihren bevorzugten Aktivitäten, schlug einer der drei genannten Aktivitäten vor und fragte nach, wie genau man diese Aktivitäten für sie persönlich und ansprechend gestalten könnte (Personalisierung). Verschiedene Formen der Personalisierung wurden erfasst und auf Karten festgehalten, z.B. um Erinnerungen anzuregen, Gefühle zu wecken, Wissen und Erfahrungen abzurufen.

In einem dritten Schritt wurden diese Aktivitäten auf personalisierte Art und Weise durchgeführt und Stimmung und Verhalten beobachtet. Anschließend wurden die teilnehmenden Personen gefragt, wie sie das erlebt haben.

Resultate

Zur Frage 1: Vergnügen, Entspannung, sich lebendig fühlen, Naturschönheit genießen, sich frei fühlen, die sozialen Aspekte der Natur erfahren, nützlich sein und Erinnerungen – all dies sind Erfahrungen, welche die Teilnehmenden mit Natur verbinden. Zur Frage 2: Wandern, aber auch passive Aktivitäten wie im Garten sitzen und

verweilen, zuschauen, mit anderen dort speisen, Kindern zuschauen, mit Tieren Kontakt haben – dies sind die Arten bevorzugter Aktivitäten. Manche beklagen, dass sie nur in Begleitung nach draußen kämen, dass es häufig entweder zu heiß oder zu kalt sei. Spaziergehen und Wandern sind die beliebtesten Außenaktivitäten. Zu Frage 3: Mitarbeitern gefiel die visuelle Form der Entscheidungshilfe (s.u.) und rieten zu weiteren Fragen und Anregungen, die tätigkeitsbegleitend die Personalisierung abrunden. Zu Frage 4: Während der naturbezogenen personalisierten Aktivitäten konnte viele positive (zufrieden, glücklich, lachend, wach, aktiv, begeistert, spontan) und nur sehr wenige negative (traurig, negativistisch, ängstlich) Verhaltensweisen beobachtet werden. Aufmerksamkeit war das häufigste Merkmal. Zu den Aktivitäten befragt äußerten sich die Probanden sehr positiv und wünschten sich eine Wiederholung.

Zum Gelingen trug wesentlich bei: gute Vorbereitung, Strukturieren und Führung, die Örtlichkeit, das Wetter, die Dauer, die Verfassung der Gruppe. Um die Aktivitäten tatsächlich zu personalisieren ist es nötig, dass sich die Betreuenden zuvor mit den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Hintergründen der Personen befassen und einen genauen Plan haben, wie sie diese Faktoren nutzen wollen.

Diskussion

Personalisierte naturbezogene Aktivitäten kommen bei Menschen mit Demenz sehr gut an und zeigen viele miteinander verbundene positive Effekte. Auch passiv in der Natur ‚dabei‘ zu sein wird als sehr angenehm empfunden. Wandern und Spaziergehen ist die beliebteste Form der Aktivität. Die visuelle Entscheidungshilfe hat sich bewährt und wurde sowohl von Mitarbeitern wie auch von Klienten geschätzt. Besonderes Augenmerk richten die Autoren auf das Vorgehen, Aktivitäten gezielt zu personalisieren. Darin sehen sie den Schlüssel zu einer erfolgreichen Tätigkeit und Beschäftigung.

Quelle

Hendriks, I.H., van Vliet, D., Gerritsen, D.L., Dröes, R.-M. (2016). Nature and dementia: development of a person-centred approach. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1455-1470

Schlagworte: Personenzentriert, Natur, psychosoziale Intervention

Vgl: Olsen, C., Pedersen, I. et al (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1312-1321

Die prospektive Cluster-randomisierte Studie aus Norwegen vergleicht den Effekt von Tier(Hund)-assistierter Interventionen mit einer Kontrollgruppe, die normale Pflege und

Betreuung erfahren. 51 Bewohner mit einer Demenz (unter MMSE 25) aus 10 Einrichtungen in den Niederlanden nahmen teil. Die Intervention bestand aus 2 Hundebesuchen in der Woche in einer Klientengruppe von 3 bis 6 Personen über einen Zeitraum von 3 Monaten. Daten von Interventions- und Kontrollgruppen wurden zu drei Zeitpunkten erhoben. Gesucht wird besonders nach Effekten auf Depression, Agitiertheit und Lebensqualität. Im Ergebnis zeichnen sich positive Effekte ab für Menschen mit fortgeschrittener Demenz: in der Interventionsgruppe Gruppe reduzierte sich Depressivität und Lebensqualität, wogegen in der Kontrollgruppe Depressivität zu- und Lebensqualität abnahm. Auf Menschen mit leichter und mittlerer Demenz wirkte sich die Intervention nicht aus. Agitiertheit veränderte sich bedeutsam für keine beteiligte Person.

11. Bunte, große, vertraute Wegmarken erleichtern die Orientierung

Ziel/Hintergrund

Probleme, die Wege zu finden, gehören mit zu den frühesten Symptomen der Demenz. Nicht weiter zu wissen kann panikartige Gefühle auslösen und macht zunehmend abhängig von anderen, die einem den Weg weisen: zum eigenen Zimmer, der Wohnung, der Toilette, der Haltestelle. Der Bau vom Altenheimen verschlimmert das Problem zuweilen: lange Korridore mit immer gleichen Türen auf beiden Seiten, fehlende Hinweise und Wegmarken, fehlende Farbunterschiede.

Hervorgehobene Wegmarken können hierbei helfen. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass bei Menschen mit Demenz die Differenz zwischen Kompetenzen und Umgebungsanforderungen immer größer wird. Um sich im Raum zurechtzufinden, müssen sich Umgebungsmerkmale eingepägt haben und im rechten Moment abgerufen werden können. Es entsteht dadurch eine kognitive Landkarte: in der Demenz geht einem nicht nur diese Landkarte verloren, sondern es gelingt auch immer weniger, relevante von irrelevanten Hinweisen zu unterscheiden und sich an die Wegmarken zu erinnern.

Wie also müssen Wegmarken im Pflegeheim gestalten sein, um in der Demenz noch als solche erkannt zu werden und warum ist es so, dass sie helfen? Vorliegende Studie präsentiert einen Überblick über bestehendes Wissen.

Methoden

Beschrieben wird die Methode der Literaturrecherche. Nur 5 Studien entsprachen den Suchkriterien.

Resultate

In einer Studie wurden Zimmer und Wege personalisiert (durch Farben, persönliche Bilder, Objekte vor den Türen) und die Wege mit 29 Bewohnern über 8 Wochen eingeübt. 84% der Teilnehmer konnten danach ohne Probleme ihr Zimmer finden. In anderen Studien werden Portraits oder persönliche Erinnerungskisten am Zimmereingang positioniert mit ähnlich positiven Effekten.

Insgesamt können Menschen mit zunehmendem Alter Wegmarken und Wegstrecken schlechter erlernen und sind abhängig von farbigen und markanten Wegmarken, die nicht nur vereinzelt sondern wiederkehrend auftreten. Sie müssen deutlich hervorgehoben, farbig, groß und vertraut ausfallen, um für ältere Menschen als Wegmarken dienlich zu sein. Schilde rund Beschriftungen reichen bei weitem nicht aus. Dagegen günstig erwiesen sich bunte Ballons, Regenbögen, Flaggen und Tiere(Bilder, Figuren etc.). Wichtig ist es, dass diese Wegmarken nicht nur am Zimmer, sondern an allen relevanten ‚Entscheidungspunkten‘ (z.B. Gabelungen, Treppenhaus etc.) an markanter Stelle Platz finden.

Diskussion

Menschen mit Demenz können lernen, sich Wege zu merken und wichtige Räumlichkeiten wieder zu finden. Sie benötigen dafür markante Wegmarken an den richtigen, ins Auge fallenden Stellen. Sie sollten möglichst vertraut, farbig ausfallen und sich von der sonstigen Umgebung deutlich unterscheiden. Bislang sind sowohl die Qualität wie auch die Positionierung solcher Wegmarken ungenügend erforscht. Die Autoren stellen Überlegungen an, wie in Zukunft durch neue Medien Hinweise zur Orientierung gegeben werden können (eine Art ‚Heimnavi‘). Sinnvoll wäre es, bei Neubauten an den für die Orientierung entscheidenden Stellen Nischen vorzuhalten bzw. Möglichkeiten zu berücksichtigen und einzuplanen, die das Anbringen solcher Wegmarken begünstigt.

Quelle

Davis, R., Weisbeck, C. (2016). Creating a supportive environment using cues for wayfinding in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(3) 36-44

Schlagworte: Milieuthherapie, Orientierung, Literaturanalyse

12. Kurzzeit- und Tagespflege sind am wirksamsten im Kontext integrierter Pflege

Ziel/Hintergrund

Die Tages/Kurzzeitpflege erfreut sich des Rufes, Angehörige zu entlasten. Wie gut sie das mit welchem Effekt tun ist dagegen weniger gut belegt. Berichtet wird über mehr Eigenzeit für pflegende Angehörige, Veränderung der Wahrnehmung der Belastung und Stabilisierung der Rolle als pflegender Angehöriger. Dennoch werden diese Angebote vergleichsweise wenig genutzt: Kosten und Erreichbarkeit, aber auch Widerstände der Person mit Demenz spielen eine Rolle. Vorliegende Literaturstudie trägt Belege für die Wirksamkeit von Tages- und Kurzzeitpflege für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zusammen.

Methoden

Beschrieben werden die Suchstrategie, die Auswahl der Studien und ihr Qualitätsniveau. Die Autoren unterscheiden zwischen 2 verschiedenen Formen der Kurzzeit/Tagespflege: gemeindebasierte Angebote (niedrigschwellig, aber auch ambulante Pflege), bei der die Pflege und Betreuung in der Wohnlichkeit der Person stattfindet oder auch an einem anderen, nicht aber institutionellen Ort, z.B. bei einer Pflegefamilie; andererseits Tages/Kurzzeitpflege, die einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung angegliedert ist und eher institutionellen Charakter aufweist.

Resultate

17 Studien erfüllten die Zugangskriterien. Davon wies 5 eine hohe, 9 eine mittlere und 3 eine niedrige Forschungsqualität auf. 12 Studien belegten einen positiven Effekt für Angehörige – in der Regel Verringerung von Belastungserleben und Wiederaufleben sozialer Kontakte – und Nutzer – in der Regel positive Verhaltensänderungen und verbesserte, manchmal aber auch schlechtere Schlafqualität. Tages/Kurzzeitpflegen verbinden den Aufenthalt häufig mit Schulungen /Beratungen der Angehörigen. Einige Studien belegen das gestiegene Kompetenzgefühl der Angehörigen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn diese Angebote Teil einer integrierten Versorgung darstellen. Allerdings ist der Aufenthalt in der institutionellen Tages/Kurzzeitpflege oft ein unmittelbarer Vorläufer einer alsbald erfolgenden Heimaufnahme. Auch von wachsenden Problemen im Zusammenleben zwischen Angehörigen und Nutzern nach Beginn der Tagespflege wird berichtet. Kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen können in der Regel durch diese Angebote nicht kompensiert oder verbessert werden. Zur Lebensqualität liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Überwiegend scheint sich die Lebensqualität nicht sehr zu ändern.

Diskussion

An den positiven, entlastenden Effekten für Angehörige besteht kein Zweifel. Zwar wächst bei Nutzung der

Angebote die Wahrscheinlichkeit einer Heimaufnahme: hier ist zu vermuten, dass Angehörige die Heimaufnahme hinauszögern und die Tages/Kurzzeitpflege den Bedarf nicht mehr decken kann. Ein anderer Grund könnte sein, dass die Person sehr viel häufiger als möglich oder finanzierbar Tages/Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen müsste und dies vorhandene Ressourcen übersteigen würde. Tages/Kurzzeitpflege allein trägt nicht wesentlich dazu bei, die Heimaufnahme zu verzögern – hierzu bedarf es integrierter Pflegemodelle.

Effekte für die Nutzer – also Menschen mit Demenz – sind weniger gut belegt: Verhaltensverbesserungen werden nicht durchgängig festgestellt und in einigen Studien wird von schlechterem Schlaf berichtet. Kurzzeitpflege scheint insgesamt mit weniger guten Effekten für Menschen einherzugehen als Tagespflege. Bei der Kurzzeitpflege kommt es zu zwei Ortswechseln, die oft nicht gut vertragen werden. Zu den Effekten einer in der eigenen Häuslichkeit erfolgenden Tages- und Kurzzeitpflege sowie zu Kurzzeit-Pflegefamilien liegen keine verlässlichen Erkenntnisse vor. Einige qualitative Studien legen allerdings positive Wirkungen nahe. Insgesamt nehmen Kurzzeit- und Tagespflegen viel zu unterschiedliche Formate ein und nutzen sehr unterschiedliche Modelle und Interventionen, als dass ein abschließendes Urteil gebildet werden kann. Weiterhin ist zu erwarten, dass Schwere und Art der Demenz sowie diverse Komorbiditäten eine entscheidende Rolle dafür spielen, ob die Angebote einen Nutzen für Menschen mit Demenz aufweisen.

Quelle

Vandepitte, S., van den Noortgate, N., Ptuman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C., Annemans, L. (2016). Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1277-1288

Schlagworte: Kurzzeitpflege, Tagespflege, Angehörige, Heimaufnahme

Vgl.: Rokstad, A., Engedal, K., et al (2017). The association between attending specialized day care centers and the quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 627-636

In der Studie wird die selbst-bekundete und von Angehörigen fremd-ingeschätzte Lebensqualität von Menschen mit Demenz, die an einer spezialisierten Tagespflege teilnehmen (n= 183), verglichen mit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz, die das Angebot nicht nutzen (n= 78). Teilnehmer der ersten Gruppe wiesen etwas höhere funktionelle Abhängigkeit auf als Teilnehmer der Kontrollgruppe. Schwere der Demenz erwies sich als gleich (MMSE 20), ebenso die neuropsychiatrischen Symptome. Teilnehmer der ersten

Gruppe werteten ihre Lebensqualität deutlich höher als Teilnehmer der letzteren Gruppe. Unterschiede zwischen den Angehörigen beider Gruppen traten nicht auf. Bessere Bewertung der Lebensqualität ging einher mit höherer Bildung, Abhängigkeit, Depressivität und neuropsychiatrische Symptome mit schlechter Bewertung. Bemerkenswerterweise bewerteten Personen, die kaum oder nur im geringem Umfang Einsicht in ihre Erkrankung zeigen, die höchste Lebensqualität. Personen mit geringer Einsicht scheinen von der Tagespflege am meisten zu profitieren. Dies bestätigten andere Studien, die zu einem etwa gleichen Ergebnis kommen.

13. Pflegepfade und Pflegebündel für Menschen mit Demenz vereinheitlichen die Versorgung im Krankenhaus

Ziel/Hintergrund

Die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus erfordert eine möglichst gut und umfassend durchdachte Ablaufsystematik, um Risiken zu erkennen, erwünschte Ergebnisse zu erzielen und eine gute Anschlussversorgung sicherzustellen. In vorliegender Studie wird zwei Ansätzen nachgegangen: dem integrierten Pflegepfad und den Pflegebündeln. Im ersten Ansatz werden die Aktivitäten aller beteiligten Dienste für einen spezifischen Bereich (hier: Demenz) in einer vorherbestimmten Abfolge festgelegt, so dass alle Patienten eine gleichwertige, effektive und evidenzbasierte Behandlung erfahren. Im zweiten Ansatz beschränkt man sich auf einige wenige, aber für das Ergebnis entscheidende Aspekte der Versorgung, die von allen Diensten im Rahmen der jeweiligen professionellen Perspektive verfolgt werden. Vorliegende Studie untersucht bestehende Evidenzen für diese beiden Ansätze.

Methoden

Beschrieben wird eine Suchstrategie für Literatur. Da es für das Arbeitsfeld Demenz kaum einschlägige Literatur gibt, wird der Blick erweitert auf das Feld der Pflegepfade und Pflegebündel insgesamt.

Resultate

Modelle für integrierte Pflegepfade liegen besonders aus angelsächsischen Ländern vor. Aufgrund der landesspezifischen Demenzstrategien haben in einigen dieser Länder bis zu 36% der Krankenhäuser Pflegepfade für Menschen mit Demenz entwickelt. Die Entwicklung von Pflegepfaden erfordert Zeit, personelle Kontinuität und gemeinsame Interessen. Es handelt sich um einen komplexen, fortlaufenden Prozess, bei dem alle Beteiligten, eben auch Familien und Patientenvertreter eingebunden werden. Entlang des Pflegepfades gibt es zahlreiche Prüfpunkte, an denen durch geeignete Assessments Zustand und Bedürfnisse erfasst werden, um den Pfad neu anzupassen. Idealerweise umfasst er den ganzen Pflegeweg: vom Assessment und Diagnose zur ambulanten Unterstützung, Akutversorgung, Heimaufenthalt und palliativer Pflege.

Kritisch wird in der Literatur der Ansatz eines einheitlichen und festgelegten Vorgehens diskutiert, weil Demenz keine einheitliche homogene Verfassung darstellt, individuelle Abweichungen aber nur begrenzt vorgesehen sind und damit besonderen Umständen nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann. Leitlinien seien hier besser als Pflegepfade. Letztere seien eher für Routineprozeduren in vorhersehbaren Kontexten empfehlenswert. Eine erste Evaluation aus Japan hatte allerdings zum Ergebnis, dass sich das Verständnis für die Verfassung Demenz verbesserte, ein abgestimmtes Vorgehen erleichterte und die extramurale

Nachbetreuung optimierte. Insgesamt reduzierten sich die Aufenthaltsdauer und damit die Kosten. Pflegebündel konzentrieren sich im Unterschied zu Pflegepfaden auf einige wenige Schlüsselinterventionen, z.B. Assessment, Kommunikation, Ernährung und Umgebung. Pflegebündel wurden zunächst in anderen Bereichen entwickelt, z.B. für Pneumonie, Sepsis oder Delir. Das Bündel für Demenz wird eingebunden in weitere Interventionen, z.B. ein kurzes Biographieblatt („about me“), eine Spezialabteilung für Menschen mit Demenz, eine extramurale Nachbetreuung, Mitarbeiterschulungen und organisationale Anpassungen. Eine erste Beforschung stellte fest, dass sich die Pflege stärker personalisierte, Verlegungen und Stürze deutlich zurückgingen, die Ernährung verbesserte und die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen deutlich stieg.

Diskussion

Insgesamt liegen zu wenig Erkenntnisse vor, um Pflegebündel oder /und Pflegepfade evidenzbasiert zu beurteilen. Pflegepfade scheinen sich eher für Routinen und vorhersehbare Abläufe zu eignen, Pflegebündel haben eher den Effekt, die Aufmerksamkeit auf wenige aber wichtige Aspekte zu richten, mit dem Risiko, dass spezifische Bedürfnisse und Problemlagen ausgeblendet werden. Die Autoren beurteilen zusammenfassend das Potential beider Ansätze als hoch, fordern aber vermehrt Forschung ein.

Quelle

Sullivan, D.O., Mannix, M., Timmons, S. (2017). Integrated Care Pathways and Care Bundles for Dementia in Acute Care: Concept Versus Evidence. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 32(4), 189-193
DOI: 10.1177/1533317517698791

Schlagworte: Integrierte Pflegepfade, Pflegebündel, Krankenhaus

Vgl.: Sampson, E.L., Vickerstaff, V., Lietz, S., Orrell, M. (2017). Improving the care of people with dementia in general hospitals: evaluation of a whole-system train-the-trainer model. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 605-614

Ausgangspunkt der Studie ist die Aufforderung der englischen Regulierungsbehörde (Commissioning for Quality and Innovation: CQUIN), in jedem Krankenhaus einen klinischen Demenzexperten (dementia lead) sowie ein geplantes Trainings- und Schulungsprogramm zur Demenz zu implementieren. Die Studie beschreibt die Entwicklung und Evaluation eines solchen Trainingsprogramms für den Norden Londons. An der Entwicklung eines Trainingsprogramms waren zum einen viele Krankenhäuser aus London sowie ein Verbund von Gesundheitswissenschaftlern (UCLP). Das entwickelte Curriculum besteht aus 24 interaktiven, (selbst)erfahrungsbasierten Modulen von 30-60 Minuten. Trainer wurden ausgebildet, die wiederum das Training für ihre Kollegen in den

beteiligten Einrichtungen durchführten. Die Evaluation des Programms erfolgte auf der Ebene der Teilnehmer, der Gruppe, der Organisation und dem System/Umgebung anhand von Fragebögen, Interviews und teilnehmenden Beobachtungen. Verglichen wurden Daten, die vor, während und nach den Trainings erhoben wurden.

Mehr als 2.000 Mitarbeiter konnten geschult werden. Mitarbeiter bewerteten das Training sehr positiv und schätzten ihre Kompetenz, gute Kommunikation und Interaktion aufzubauen, sehr viel höher ein als zuvor. Die Thementräger für Demenz in den Einrichtungen („dementia lead“) beobachteten eine zunehmende Beteiligung und Information von Angehörigen. Beobachtungen belegten, dass Qualität und Quantität gezielter Interaktionen mit Menschen mit Demenz sich verbesserten bzw. zunahmen. Insbesondere non-verbale Hinweise wurden mehr beachtet. Die erfahrungsbasierte Methodik erwies sich als zielführend und effektiv für den Lernprozess. Die physische Umgebung und die Arbeitsabläufe veränderten sich allerdings kaum.

Die Autoren betonen auch das kostengünstige Vorgehen: die Einrichtungen verfügen nun über die Ressource, die Trainings mit eigenen Personen durchzuführen und weniger externe Dozenten beschäftigen zu müssen. Weiterhin bekleiden diese Trainer nun die Rolle, die interne Entwicklung zu einem demenz-freundlichen Krankenhaus weiter voran zu bringen und in den Arbeitsprozessen vor Ort zu verankern.

14. Die Einführung demenz-freundlicher Praxis in Krankenhäusern erfordert ein komplexes, langfristiges Vorgehen

Ziel/Hintergrund

Bemühungen, Krankenhäuser demenz-freundlich zu gestalten, haben oft nur einen geringen oder gar keinen Erfolg. Mangelndes Wissen, funktionale Orientierung, Risikoorientierung und viele andere Faktoren werden als Ursachen benannt. Vorliegende Studie versucht zu identifizieren, wie man glaubt bzw. welche Vorstellungen leitend sind dafür, wie demenz-freundliche Interventionen die gewünschten Effekte erzielen. Weiterhin versucht die Studie zu verstehen, woran es liegt, wenn demenz-freundliche Interventionen im Krankenhaus funktionieren. Angezielt wird eine ‚Programmtheorie‘, die wesentliche Faktoren und die Beziehungen dieser Faktoren untereinander beschreibt: aus dieser Theorie kann ein erfolgversprechendes Implementierungskonzept für demenz-freundliche Krankenhäuser abgeleitet werden.

Methoden

Leitende methodische Annahme der Untersuchung ist der Realismus: darunter ist zu verstehen, dass es weniger die Interventionen sind, welche die Praxis verändern, sondern die Veränderung im Denken der handelnden Personen: Letzteres wird bewirkt durch die Ressourcen der Intervention (z.B. Weiterbildung) und kontextuelle Faktoren (z.B. die Schaffung neuer Funktionen und Rollen). Ein wichtiges Konzept hierbei sind die Konfigurationen (im Originaltext: context-mechanism-outcome figuration: COMOC): diese bestimmen die Beziehungen und den Zusammenhang zwischen dem Kontext (personelle, soziale, organisationale Faktoren, Erwartungen, Ansprüche) und dem ‚Mechanismus‘ (Ressourcen der Intervention, Auffassungen und Denken der Mitarbeiter: z.B. die Vorstellung, dass eine andere Arbeitsweise weniger belastend sein könnte). Es sind diese ‚Konfigurationen‘, an denen es liegt, ob erwünschte Resultate erzielt werden oder nicht.

In einer ersten Phase wurde vorhandene Literatur nach den Schlüsselkonzepten für eine erfolgreiche Implementierung gesichtet. Gezielt ausgesuchte Experten wurden identifiziert und interviewt. Die Auswertung dieser Daten engten die Fragestellung ein auf den Aspekt: welche Art der Interaktion von Mitarbeitern mit Menschen mit Demenz ist entscheidend dafür, dass die erwünschten Ergebnisse (demenz-freundliches Krankenhaus) erzielt werden? Antworten auf diese Frage wurden im ‚wenn xx, dann yy‘ Format gefasst und bildeten die erste grobe ‚Programmtheorie‘.

In einer zweiten Phase wurde erneut gezielt Literatur durchsucht mit der Frage, welche Schlüsselfunktion/rolle für das Erreichen der gewünschten Ergebnisse wirkmächtig ist: dies sind die ‚Veränderungsagenten‘ (change agents), welche die Implementierung vor Ort einführen, begleiten und voran

treiben. Gesucht wurde nach Ressourcen und Kompetenzen dieser ‚Veränderer‘, nach Informationen über förderliche und hemmende Kontexte und nach Theorien über ihre Wirksamkeit.

In einer dritten Phase wurden die gesammelten Erkenntnisse in einer verfeinerten Programmtheorie zusammengefasst.

Resultate

Kernthesen der ersten Programmtheorie (Phase 1) lauteten: Der ‚Veränderer‘ sollte drei Aufgaben/Funktionen wahrnehmen. Ein Problembewusstsein bei den Mitarbeitern wecken, die Autorität besitzen, Veränderungen umzusetzen und zu erhalten, den Mitarbeitern als klinischer Experte für schwierige Einzelfallsituationen zur Seite stehen. Die damit zusammenhängenden Interventionen könnten sein: Kennzeichnung der Personen mit Demenz mit einem Symbol (z.B. über dem Bett: Schmetterling, Vergissmeinnicht) mit einem Trainings- und Schulungsprogramm für alle (‚awareness-raising‘), ein Demenzbeauftragter (‚dementia champion‘) in jedem Pflegebereich, der die Mitarbeiter vor Ort berät, sowie einen auf der Institutionsebene angesiedelten fortgeschrittenen Demenzspezialisten (‚dementia nurse specialist‘), der alle demenzbezogenen Aktivitäten im Haus koordiniert, weiterhin ein psychiatrischer Liaisondienst, der allen Abteilungen beratend zur Seite steht, und zuletzt ein besonderer Demenzbereich (diagnoseübergreifend), in dem Vorgehensweisen erprobt werden, die dann Schritt für Schritt in der Gesamtinstitution umgesetzt werden.

In Phase 2 wurden 6 Konfigurationen formuliert (COMOCs):

1. Lernen, Verhalten als Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse zu verstehen und nicht als Ausdruck von Boshaftigkeit oder Absicht. Problem: das gelingt immer nur teilweise, überfordert die Mitarbeiter häufig besonders dann, wenn Personalengpässe, Überarbeitung, funktionale Aufgaben einen reflektierten Zugang erschweren.
2. In Schulungen mit erfahrungsbasiertem Lernen arbeiten, das ermöglicht, sich in die Situation der Person mit Demenz zu versetzen, Fallarbeiten durchführen und mit Positivbeispielen arbeiten. Problem: diese Praktiken sind in der Regel zeitaufwändiger; für diese Zeit benötigten Mitarbeiter die ‚Erlaubnis‘ von Kollegen und Vorgesetzten.
3. Die ‚Veränderer‘ benötigen klinische Expertise und organisationale Autorität. Sie müssen vorleben können und dürfen, was demenz-freundliche Arbeit praktisch bedeutet und dieses Verhalten von anderen einfordern dürfen. Die damit zusammenhängenden Veränderungen in den Abläufen und Zuständigkeiten müssen erkannt und von der Leitung aktiv mitgestaltet werden. Problem: in der Praxis bleibt die ‚Demenzarbeit‘ am klinischen Experten oder den ‚dementia champions‘ hängen. Es gelingt nicht, deren Expertise

in der Breite des pflegerischen Handelns zu verankern.

4. Mitarbeiter lernen, ihr Handeln um die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz herum zu organisieren und nicht allein den klinischen Ablaufnotwendigkeiten zu folgen. Dies bedeutet, Zeit zu haben, die Person mit Demenz kennenzulernen und dabei auf individuelle Signale von Über- oder Unterforderung und Stress rechtzeitig und gezielt zu reagieren. Problem: Mitarbeiter in der Pflege sind nur bedingt flexibel. Anderen Diensten, z.B. der Physiotherapie, gelingt es besser, ihre Einsätze auf Zeiten zu legen, in denen es dem Patienten gut geht.
5. Da den Pflegenden oft die Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit fehlt, wird die ‚besondere Demenzbetreuung‘ oft verlagert auf neu eingestellte Mitarbeiter, welche sich um die emotionalen, sozialen und psychologischen Belange exklusiv kümmern. Diese Mitarbeiter werden bevorzugt zu kritischen Zeiten eingesetzt, z.B. am Nachmittag, wenn das ‚sundowning‘ einsetzt, oder zu Mahlzeiten. Problem: diese Mitarbeiter sind oft schlecht geschult, schlecht bezahlt, unerfahren, schnell überfordert und alleingelassen ohne professionelle Begleitung und Beratung. In Krisenzeiten bei Personalmangel ist diese Arbeit die erste, die wegfällt.
6. Mitarbeiter lernen, funktionale Aufgaben und Risikoprävention mit der Wahrung der Ressourcen, den Wünschen und Bedürfnissen einer Person zu kombinieren und klug zu verknüpfen. Dazu braucht es die enge Begleitung durch den Demenzexperten, um die Vorteile dieser Arbeitsweise für die Patienten, die Pflegenden und die Angehörigen zu erkennen.

Ohne die hier als ‚Veränderer‘ bezeichnete Funktion können demenz-freundliche Praktiken nicht implementiert werden. Diese aber muss sich in einem Umfeld und Kontext bewegen können, das diese Rolle unterstützt, fördert, und mit Ressourcen versieht. Abschließend präsentieren die Autoren ein Modell, bei dem jeder Implementierungsschritt zur Voraussetzungen des nächsten Schrittes wird und sich damit Schritt für Schritt die Krankenhauskultur verändert (adaptive Implementierung).

Diskussion

Die Autoren reflektieren, dass bislang nicht viele zusammenhängende Evidenzen für den Erfolg dieses Vorgehens vorliegen, insbesondere dafür, dass sich auch wesentliche patientenbezogene Erfolge einstellen. Immerhin: Einzelnen Maßnahmen wie Schulungen und Trainings oder auch die Implementierung des Demenzexperten allein reichen bei weitem nicht aus, um die Krankenhauskultur zu verändern. Wichtig sei es, das Leitung und Führung die neue demenz-freundliche Praxis ‚legitimieren‘ und die damit verbundenen

organisationalen Veränderungen eng begleiten. Es muss ein positiver Erwartungsdruck hin zu dieser neuen Praxis aufgebaut werden und es bedarf erheblicher Anstrengungen der Gesamteinrichtung, diesen Erwartungsdruck für eine neue Praxis aufzubauen und zu halten. Die Autoren befürworten, die Rolle des Demenzexperten für die Gesamteinrichtung auf der Ebene der Klinikleitung anzusiedeln.

Quelle

Handley, M., Bunn, F., Goodmanm C. (2017). Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist view. *BMJ Open*, 7:e015257. doi:10.1136/bmjopen-2016-015257

Schlagworte: Krankenhaus, Implementierung, Demenzexperte

15. Psychotherapie hilft, Depressionen und Ängste bei Krankheitsbeginn zu reduzieren

Ziel/Hintergrund	Ansätze psychotherapeutischer Begleitung von Menschen mit Demenz zielen zumeist auf affektive Begleiterscheinungen (Ängste, Depressionen) sowie auf das Bedürfnis, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Vorliegende Studie präsentiert einen Rückblick auf vorhandene Evidenzen sowie den weitergehenden Forschungsbedarf.
Methoden	Beschrieben wird die Suchstrategie für psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenangebote sowie deren Evidenzgraduierung. Darunter werden Interventionen verstanden, in denen über Lebensereignisse, Gefühle, Emotionen, Beziehungen, über das eigene Denken und Verhalten gesprochen wird. Diese Definition schließt therapeutische Angebote aus, die psychotherapeutische Effekte bewirken mögen, nicht aber im engeren Sinn zur Psychotherapie gezählt werden, wie z.B. Erinnerungsarbeit, Musik- oder Kunsttherapie. Vorliegende Arbeit fokussiert Therapien mit Effekten auf der Ebene des Individuums.
Resultate	26 Studien konnten identifiziert werden, davon 19 Studien mit dem höchsten Evidenzgrad. Zumeist lautet das Ergebnis der Studien, dass sich Lebensqualität verbessert und Depressivität wie Ängste abnehmen. Einige psychiatrische Symptome konnten gelindert und die Lebensqualität von Angehörigen verbessert werden. Oft handelt es sich um gemischte Interventionen, an denen Angehörige stark beteiligt werden (z.B. Atemübungen, beruhigende Gedanken, Schlafhygiene) Zu den Methoden liegen Arbeiten über kognitiv-behaviourale Therapie, über personenzentrierte Gesprächstherapie und Validationstherapie vor. Auch die Gruppentherapie (wöchentliche Sitzung über einen Zeitraum von 9 Wochen) zeigt ähnliche Effekte. Bei den Klienten handelt es sich zumeist um Personen im Anfangsstadium der Erkrankung.
Diskussion	In den meisten Studien wird über Kombi-Pakete berichtet, in denen aus verschiedenen Methoden und Ansätzen eine eher eklektische Auswahl getroffen wird, die nicht nur die Person, sondern auch das Umfeld, insbesondere aber die Familie anspricht. Der Nachteil dieses Vorgehens besteht darin, dass derartige eklektische Zusammenstellungen schlecht wiederholbar und damit überprüfbar sind. So gut wie keine Evidenzen liegen für Menschen mit fortgeschrittener Demenz vor. Die Demenz erfordert methodische Anpassungen im Vorgehen (z.B. wegen fehlender Erinnerung an die Themen und Ergebnisse der letzten Sitzung): diese Anpassungen werden oft nicht ausreichend beschrieben. In der Regel wird

weniger kognitiv denn verhaltensbezogen vorgegangen, werden das Tempo reduziert und viele Wiederholungen eingebaut.

Die Effekte der Therapien fielen moderat bis gering aus. Viele Studien weisen keine Kontrollgruppe auf, so dass unspezifische Effekte (z.B. Sympathie für den Therapeuten oder die Freude, mit anderen Betroffenen in einer Gruppe zusammen zu sein) nicht ausgeschlossen werden können. Die Autoren regen an, einzelne Elemente diverser Ansätze schulen-übergreifend zu untersuchen, die sich als wirksam erweisen. Dies könnte hilfreich sein für die Fragen, wie Menschen mit Demenz mit Scham und Stigma umgehen, was ihnen hilft, mit Kontrollverlust und Ängsten zu leben. Dies könnte dazu beitragen, den Umgang mit Menschen mit Demenz – auch außerhalb des therapeutischen Settings – therapeutischer werden zu lassen.

Quelle

Cheston, R., Ivanecka, A. (2017). Individual and group psychotherapy with people diagnosed with dementia: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 3-31

Schlagworte: Psychotherapie, Literaturstudie