

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2018

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 Gesundheitsministeriums 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 2018

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,

willkommen zum ersten Forschungsnewsletter des Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) im Jahr 2018. Ich verspreche Ihnen, dass Sie auch in diesem Newsletter wieder auf die Schnelle in interessante Studien aus dem Bereich der Versorgungsforschung im Themenfeld Demenz eintauchen können und möchte Ihnen zudem – wie immer – einige interessante Neuigkeiten/Entwicklungen aus der Uni Witten/Herdecke und insbesondere aus dem DZD mitteilen.

Beginnen möchte ich mit dem Newsletter-Day des DZD des vergangenen Jahres, der auch in der Presse vielfältig besprochen wurde. Unter der Rubrik **„Neues aus dem DZD“** finden Sie einen Verweis auf unsere umfangreiche Nachbereitung des Tages zum Thema „Angst und Demenz“.

Wenn wir schon einmal dabei sind ...: „Nach dem Spiel ist vor dem Spiel“, heißt es. Wir befinden uns in der heißen Phase der Vorbereitung unseres diesjährigen Newsletter-Days am 7. November 2018! Und nun sind Sie gefordert. Das Team des DZD hat sich intensiv mit zwei möglichen Themen für den Tag auseinandergesetzt und beschlossen, **Sie** entscheiden zu lassen, welches der beiden Schwerpunktthemen unser Tagungsthema wird. Bis zum 31. März haben Sie die Möglichkeit, sich online für eines der beiden vorbereiteten Themen zu entscheiden. Welche dies sind, erfahren Sie ebenfalls in der Rubrik **„Neues aus dem DZD“** und online unter <http://dzd.blog.uni-wh.de/frage-zur-naechsten-fachtagung-welches-thema-interessiert-sie-mehr/#more-14671>. So viel vorab: Es geht zum einen um die Betrachtung des Lebens mit Demenz hinsichtlich der in der Regel fortschreitenden Beeinträchtigung des Lebens und Lebensqualität („Wie soll es enden?) und zum anderen um die Pflege Demenzerkrankter vor dem Hintergrund postulierter ökonomischer Zwänge und der diesbezüglichen „Sprachlosigkeit“ der Pflege (Welchen Wert hat Pflege?).

Ein weiteres Thema, welches aktuell viel medialen Raum in der Arbeit des DZD einnimmt, ist die kritische Betrachtung des seitens des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Mit Christian Müller-Hergl war ein Mitarbeiter des Dialogzentrums Teil des seitens des DNQPs beauftragten Expertenteams, welches den derzeit in modellhafter Implementierung befindlichen Standard erstellte. Schon vorab: Nach einer bereits begonnenen mehrteiligen Podcast-Serie zum Thema „Expertenstandard Demenz“ werden wir am 25. Juni um 18.00 Uhr auf unserem Facebook-Kanal (<https://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>) einen Livestream zum Thema durchführen, in dem Sie die Möglichkeit haben, nach einer inhaltlichen Einführung live per facebook Fragen an Herrn Müller-Hergl zu stellen und mit ihm und mir (Detlef Rüsing; Leiter DZD) zu diskutieren.

Ansonsten arbeitet das Team des DZD – wie immer - an verschiedenen Themen rund um die Versorgung von Menschen mit Demenz in Form von sogenannten „Arbeitspapieren“, Vorträgen, Hintergrundberatungen und vielem mehr. Als Teil der Landesinitiative Demenz-Service NRW (www.demenz-service-nrw.de) arbeiten wir weiterhin eng vor und hinter den Kulissen mit den Demenz-Servicezentren und der Koordinierungsstelle der Landesinitiative beim Kuratorium Deutsche Altershilfe zusammen. Es gib noch so viel zu tun!

Vergessen Sie nicht, auf unseren Social-Media Seiten vorbeizuschauen ... - denn unser „Online-Wissensmagazin“ wächst und wächst. Bis bald!

Viel Freude beim Lesen
wünscht Ihnen
Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Rüsing', with a stylized flourish extending from the end.

Detlef Rüsing
(Leiter DZD)

Newsletter DZD 1/2018

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)

DZD veröffentlicht E-Book zum Thema „Angst und Demenz“

Im Nachgang unseres letztjährigen Newsletter-Days am 8. November 2018 haben wir viele Beiträge des Tages als Video oder Audio-Dateien auf unserem Blog (www.dialogzentrum-demenz.de) veröffentlicht. Abschließend haben wir ein E-Book mit sämtlichen Beiträgen, Literaturen und Interviews zum Thema „Demenz und Angst“ zusammengestellt und ebenfalls auf unseren Social-Media-Kanälen publiziert. „Reinschauen und reinlesen“ lohnt sich ... – unser Wissensmagazin wächst und wächst und ... (<http://dzd.blog.uni-wh.de/angst-und-demenz-virtuelles-e-book/>)

Interviews und Live-Stream zum DNQP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Am 6. Oktober 2017 veranstaltete das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) eine Konsensuskonferenz, in der der neu entwickelte Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Eine 16-köpfige Expertenarbeitsgruppe, der auch der DZD-Kollege Christian Müller-Hergl angehörte, hatte diesen – unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Roes – entwickelt. Derzeit wird er modellhaft in 28 Einrichtungen implementiert, um seine Praktikabilität und seinen Nutzen zu überprüfen.

Das DZD hat zu diesem – uns alle in der Betreuung Demenzerkrankter betreffenden Standard – bereits ein grundsätzliches – ausgesprochen spannendes Interview mit dem Leiter des DNQP – Herrn Prof. Andreas Büscher – durchgeführt, welches Fragen zu Sinn und Unsinn von Standards, zur Entwicklung und auch zu einer möglichen Rechtsverbindlichkeit behandelt. Dieses Interview ist auf unserem Blog als podcast abrufbar unter: (<http://dzd.blog.uni-wh.de/neuer-expertenstandard-interview-mit-prof-dr-andreas-buescher/>). Damit aber nicht genug: In den nächsten Wochen können sie bei uns zwei weitere podcasts abrufen, in denen der Kollege Müller-Hergl sich ausführlich zu den Inhalten des Standards äußern wird. Und dann ist da noch ... ein Live-Stream!

ACHTUNG: Am **25 Juni um 18.00 Uhr** werden wir auf unserem facebook-Kanal (<https://www.facebook.com/DialogzentrumDemenz>) einen Livestream senden, bei dem Sie nach einer kurzen Einführung zum Standard die Möglichkeit haben werden, live über die Kommentarfunktion bei facebook Fragen zum Standard zu stellen, die dann von Herrn Müller-Hergl beantwortet werden und diskutiert werden können. Wir freuen uns schon sehr und freuen uns umso mehr, wenn Sie live dabei sind! Details zum Livestream werden frühzeitig auf unseren Social-Media-Kanälen gepostet.

Thema des diesjährigen DZD-Newsletter-Days am 7. November 2018: Sie haben die Wahl!

Am 7. November wird das DZD – wie jedes Jahr – einen Newsletter-Day durchführen. Die Auswahl des Schwerpunktthemas liegt in diesem Jahr allerdings bei Ihnen! Wir haben zwei Themen vorbereitet, die wir als Team am liebsten beide behandeln würden. So haben wir uns entschlossen, **Sie** entscheiden zu lassen!

Bis zum 31. März haben Sie die Möglichkeit, sich online für eines der beiden vorbereiteten Themen zu entscheiden. Welche dies sind, erfahren Sie online unter <http://dzd.blog.uni-wh.de/frage-zur-naechsten-fachtagung-welches-thema-interessiert-sie-mehr/#more-14671>. So viel vorab: Es geht zum einen um die Betrachtung des Lebens mit Demenz hinsichtlich der in der Regel fortschreitenden Beeinträchtigung des Lebens und der Lebensqualität („Wie soll es enden?) und zum anderen um die Pflege Demenzerkrankter vor dem Hintergrund postulierter ökonomischer Zwänge und der diesbezüglichen „Sprachlosigkeit“ der Pflege (Welchen Wert hat Pflege?“). Auf der Website haben wir für Sie zwei Kurzbeschreibungen der beiden Themen bereitgestellt und einen Link zu einer anonymen Umfrage vorbereitet, bei der Sie sich für einen beiden Schwerpunkte entscheiden können. Glauben Sie uns: Wir sind sehr gespannt auf Ihre Wahl und bitten Sie, sich zu beteiligen!

Neues aus der Uni Witten/Herdecke

Workshop: Hilfsmittelgestützte venöse und lymphatische Entstaunungs- / Kompressionstherapie

Die Behandlung und Vermeidung von Komplikationen bei chronischen venösen wie lymphatischen Stauungen verlangt ein langfristig angelegtes, interdisziplinär Behandlungskonzept, dass auf mehreren Säulen beruht. Eines davon ist die Kompressionstherapie als Heil- oder Hilfsmittelanwendung.

Der Intensivworkshop am **10.3.2018** befasst sich schwerpunktmäßig mit der Hilfsmittelanwendung und behandelt folgende Themen:

- Pathogenese und Differenzierung verschiedener Ödemformen, Therapieprinzipien, Therapiemöglichkeiten (Hilfsmittel/Non-Hilfsmittel)
- Technische Grundlagen, Hilfsmittelarten (Strumpf- und Geräteversorgung)
- Dienstleistungen, Abgabe von Produkten, Qualifizierung, Funktionsweise des Markts
- Entstaunungstherapie und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie als Leistung der GKV, Festbeträge, Vertragsgeschehen, Hilfsmittelverzeichnis und Leistungsrecht
- Workshop / Hands-On: Erprobung von Produkten zur aktiven intermittierenden Kompression (AIK)

Referent: Dipl Ing. Norbert Kamps

Datum und Zeit

Samstag, 10. März 2018
10:00 Uhr bis ca. 15:30 Uhr

Veranstaltungsort

ESSEN, BaWiG GmbH, Ruhrallee 165, 45136 Essen

Anmeldung und weitere Infos unter:

http://www.bawig-essen.de/html/ibf_detail.php?id=HIMI-E-2018-b

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken
Britta Koch
Detlef Rüsing

Marcus Klug
Christian Müller-Hergl

Forschungsmonitoring 1/2018

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Februar 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Intensive Schulung und Training verzögern/verhindern Demenz	13
2. Wenn der Schaden besser belegt ist als der Nutzen – der Einsatz von Antidepressiva bei Menschen mit Demenz ist höchst fragwürdig.....	16
3. Die Einführung eines geriatrischen Intensivdienstes verbessert die gesundheitliche Versorgung Älterer nach Krankenhausentlassungen.....	19
4. Werden psychosoziale Bedürfnisse nicht berücksichtigt, dann ist das Leben in der eigenen Häuslichkeit gefährdet.....	23
5. Sensorische Beeinträchtigungen und Neurotizismus sagen vermehrte kognitive Einbußen im hohen Alter voraus	26
6. Affektive Symptome erweisen sich als besonders belastend für Angehörige.....	28
7. Auch bei fortgeschrittener Demenz kann die Frage nach Schmerzen gut beantwortet werden.....	31
8. Wie Menschen mit Demenz Kommunikation erfahren und bewerten ist nahezu unbekannt.....	33
9. Der Einsatz von Robotern in der Begleitung stößt bei Angehörigen und Personen mit Demenz auf recht unterschiedliche Resonanz	36
10. Tablets, touch screens und apps – Potential zur Reduktion herausfordernden Verhaltens und zur Unterstützung des Selbstmanagements.....	40
11. Tanzen verbessert Stimmung und Verhalten und reduziert Depressivität und Irritierbarkeit	43
12. Die bisherige Versorgungslandschaft ist kaum auf Früherkrankte vorbereitet	46
13. Unmittelbar nach der Diagnose, in frühen Jahren, bei Vorliegen einer Depression steigt die (geringe) Wahrscheinlichkeit des Suizids bei Demenz.....	50
14. Je konkreter das Schulungsziel für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, desto eher ergeben sich erkennbare Effekte für Bewohner.....	54

Forschungsmonitoring 1/2018

Editorial

Liebe Interessierte,

wir freuen uns, Ihnen den 25. 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.

Die aktuelle Auswahl der Studien dieses Forschungsnewsletters dokumentiert einige wichtigen Themen und Trends in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Die ambulante Versorgung ist unzureichend, die Krankenhäuser ungenügend vorbereitet - aber ins Heim sollen und wollen die Personen nicht. Die Möglichkeiten einer besseren Früherkennung und Prävention erfordern die Anpassung vorhandener Versorgungsstrukturen. Technische Möglichkeiten nehmen konkrete Gestalt an, um die Versorgung zu unterstützen.

Die finnische Studie FINGER zeigt eindrücklich, welches präventive Potential bei Menschen mit Demenz mobilisiert werden kann. Verbindet man dies mit den Befunden einer sehr langen symptomfreien Vor-Phase der Demenz, erbeten sich grundlegende Fragen an die Versorgungsrealitäten: reichen die Kapazitäten, um Risikopatienten frühzeitig zu identifizieren und präventiven Maßnahmen zuzuführen?(1) Der Einsatz von Antidepressiva für Menschen mit Demenz ist von fragwürdigem Nutzen, der Schaden weitaus besser belegt. Man scheint es vor allem deswegen zu geben, weil man sonst nichts hat. Die Gründe für die geringe Wirksamkeit sind wohl in einer bei Demenz veränderten Neurochemie zu suchen. (2) Bleiben die Menschen vermehrt in der eigenen Wohnung leben, nutzen sie in Krisen vermehrt das Krankenhaus - besonders auch dann, wenn Angehörige im Umgang mit dem Verhalten überfordert sind. Gelingt der anschließende Übergang in die eigene Häuslichkeit schlecht, ist mit schnellen Wiederaufnahmen zu rechnen. Ein Transit-Dienst verringert die Risiken einer Wiederaufnahme, einer Heimeinweisung und weiterer gesundheitlicher Krisen. (3) Eine weitere Arbeit beschäftigt sich mit der ambulanten Versorgung: gewünscht wird ein langes Verbleiben in der eigenen Wohnung, aber die Möglichkeiten ambulanter Dienste, dies adäquat zu unterstützen, reichen nicht aus. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste haben ein Rollenverständnis, das sich überwiegend auf funktionale und verrichtungsbezogene Arbeitsaufgaben beschränkt. Ein ganzheitliches Arbeitsverständnis und -auftrag sind notwendig, um dem Ziel einer guten häuslichen Versorgung zu entsprechen. (4)

Sensorische Beeinträchtigungen sind im Kontext kognitiver Einbußen nicht ohne Auswirkungen auf Verhalten und Befinden. Kommen hoher Neurotizismus und sensorische Beeinträchtigungen zusammen, dann sind kognitive Funktionseinbußen im hohen Alter wahrscheinlicher. Hier zeichnet sich eine spezielle Risikogruppe ab, die besonderer Beachtung bedarf. (5) Depressivität, Agitiertheit und Apathie sind die für Angehörige mit der höchsten Belastung einhergehenden neu-

ropsychoiatrischen Symptome. Neben depressiven Symptomen sind es bei genau-erem Hinsehen irritierendes Verhalten, abweichendes motorisches Verhalten und Wahn. (6)

Menschen mit Demenz können Fragen nach ihren Schmerzen recht gut beant-worten. Negatives Ausdrucksverhalten und geringe Lebensqualität gehen erwar-tungsgemäß mit Schmerzen einher. Bei aller Betonung positiver Möglichkeiten mit Demenz zu leben, muss vor einer Euphorisierung der Demenz gewarnt wer-den: in der Regel ist Demenz mit Leiden verbunden, nicht zuletzt aufgrund der Erfahrung, dass das eigene Leben einem aus der Hand genommen wird. (7) Empfehlungen für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz basieren auf Erfahrungen und Bewertungen von Angehörigen und professionell Pflegenden. Kaum einer der vielzitierten Hinweise stammt von den betroffenen Personen selbst. Wie diese sich wünschen, dass man mit Ihnen in Kontakt tritt, ist nahezu unbekannt. (8)

Während Menschen mit Demenz den Einsatz von Robotern eher zurückhaltend bewerten, zeigen sich Angehörige davon recht angetan: insbesondere bei be-ständigem Fragen, Erinnern und Schritt-für-Schritt Anleitungen verbinden sie mit deren Einsatz eine mögliche Erleichterung. (9) Einfache Spiel-Apps auf dem i-pad bilden eine Möglichkeit, Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz zu beein-flussen und die Freizeit zu bereichern. Zwar müssen sie an die Personen ange-passt und kompetent begleitet werden, doch dann kann ihr Einsatz Erinnerungen wecken, Kontaktaufnahmen erleichtern und für Spiele und zu Musik anregen. So kann man mit Street View die früher besuchten oder bewohnten Orte virtuell be-reisen, zusammen mit jüngeren Verwandten spielen, sich Autos anschauen, die man früher gefahren hat, immer wieder sich im virtuellen Erinnerungsbuch um-schauen, das von Verwandten stetig aktualisiert wird. Das Potential dieser Medi-en für Menschen mit Demenz wird als bedeutsam eingeschätzt. (10) Das Tanzen stellt eine viele Sinne zugleich ansprechende Anregung dar. Ein für Menschen mit Demenz entwickeltes Tanzprogramm kommt besonders ansonsten zur Passivität und Apathie neigenden Personen zugute. Auch Männer verbinden Tanzen oft mit Zuversicht und Selbstvertrauen - besonders wichtig in Umgebungen, die insge-samt eher wenige Möglichkeiten für Männer bereithalten. (11)

Die Situation von früh erkrankten Personen erfährt zunehmend der Beachtung. Für viele sind der Verlust und das Fehlen von Arbeit und Aufgaben eine schwere existenzielle Belastung. Außenstehende zeigen für diese Personengruppe oft we-niger Verständnis als für alte Menschen mit Demenz. In der Zeit, wo es wichtig wäre, für andere bedeutsam tätig sein zu können, verliert man die Arbeit, Freun-de, Beziehungen und oft auch die Elternrolle. Hier sehen die Autoren einen wich-tigen Ansatz in der Beratung und Begleitung. (12) In den ersten Jahren nach der Diagnose ist die Gefahr für einen Suizid für Menschen mit Demenz am höchsten. Zumeist liegt dem eine psychiatrische Erkrankung bzw. eine depressive Symp-tomatik zugrunde. Suizide Vorstellungen und Vornahmen verschwinden mit dem Voranschreiten der Erkrankung. (13)

Die Qualität in der Versorgung verbessert sich durch die Arbeit an Wissen und Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies gilt vor allem dann, wenn die Schulungsziele sehr konkret und leicht umsetzbar sind. Implementierungs- und Reflexionsschritte im Nachgang erhöhen die Chancen für nachhaltige Verände-rungen. (14)

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns über Einwände, Widersprüche und Anregungen.

1. Intensive Schulung und Training verzögern/verhindern Demenz

Ziel/Hintergrund

Es besteht die Einschätzung, dass etwa ein Drittel aller Fälle von Alzheimer-Erkrankungen durch modifizierbare Risikofaktoren zu verhindern oder zu verzögern wären. Bluthochdruck und Fettleibigkeit im mittleren Lebensalter, Diabetes, wenig Bewegung, Depressivität und Rauchen gelten u.a. als modifizierende Risikofaktoren. Im Rahmen der vorliegenden Studie aus Finnland (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability= FINGER) wurde im Rahmen einer Langzeitstudie versucht, herauszufinden, welche Personengruppe mit welchen Merkmalen am ehesten von einer auf die genannten Risikofaktoren zielenden Intervention profitieren würde.

Methoden

Es handelt sich um eine Langzeitstudie über 24 Monate mit insgesamt 1.260 Teilnehmenden aus verschiedenen Regionen Finnlands mit einer Altersspanne zwischen 60 und 77 Jahren, die allesamt ein erhöhtes Risikopotential, aber keine Demenz oder kognitive Einschränkungen aufwiesen. Die Teilnehmenden wurden per Zufall in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Alle Personen wurden zu Beginn und dann nach 6, 12 und 24 Monaten untersucht. Beide Gruppen erhielten zu Beginn allgemeine Informationen zu gesunder Ernährung und Bewegung. Die Interventionsgruppe wurde einem intensiven Training zu Ernährung, Bewegung, Gedächtnistraining und weiteren vaskulären Risikofaktoren zugeführt. In Gruppen und Einzelgesprächen sowie in eng durch Therapeuten begleiteten Übungen erfolgte die Durchführung der Maßnahmen. Daten wurden erhoben für kognitive und exekutive Funktionen (primäre und sekundäre Outcome-Kriterien). Weiterhin wurden u.a. sozioökonomische, demographische Daten, Daten zu kardiovaskulären Risiken und zur Bildung erhoben.

Resultate

Bedeutsame Unterschiede zwischen Interventions- (n=631) und Kontrollgruppe (n=629) lagen nicht vor. Die Interventionsgruppe wies deutlich bessere Daten für kognitive und exekutive Funktionen auf. Soziodemographische (Alter, Geschlecht, Bildung), sozioökonomische Unterschiede, bestehende kardiovaskuläre Risiken wirkten sich nicht auf das Ergebnis aus, d.h.: alle profitierten von der Intervention auch dann, wenn hohe Risiken vorlagen.

Diskussion

Da alle Personen von der Intervention profitierten, braucht die Intervention nicht auf spezifische Untergruppen zugeschnitten, sondern kann unterschiedslos auf alle Personen angewandt werden, die dem Profil der Risikogruppe entsprechen. Die Autoren betonen die Qualität der Studie, die hohe Teilnehmerzahl, die Länge der Intervention, die konsequente Randomisierung und Verblindung,

aussagefähige detaillierte Assessments sowie die Qualität der Datenerhebung. Es ist zu vermuten, dass für Personen mit hohem Risiko der zu erwartende Gewinn am höchsten ist. Die konsequente Prävention vaskulärer und metabolischer Risiken wirkt sich deutlich demenzverzögernd bzw. demenzverhindernd aus.

Quelle

Rosenberg, A., Ngandu, T., Kivipelto, M. et al (2017). Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. *Alzheimer's & Dementia*, doi: 10.1016/j.jalz.2017.09.006

Schlagworte: Prävention, Risikofaktoren, RCT

Vgl.: Crous-Bou, M., Minguillon, C., Gramunt, N., Molinuevo, J.L. (2017). Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, DOI 10.1186/s13195-017-0297-z

Die Studie stellt das vorliegende Wissen zur primären und sekundären Prävention gegen Alzheimer zusammen. Im Wesentlichen handelt es sich um Interventionen, um vaskuläre Risikofaktoren zu minimieren. Aber auch kognitive Trainings, soziale und intellektuelle Herausforderungen sowie Bildung tragen zur Bildung der Reservekapazität bei. Zweisprachigkeit wirkt sich positiv aus und scheint den Beginn der Alzheimer Demenz um mehrere Jahre zu verzögern. Insgesamt geht es nicht um einzelne Maßnahmen, sondern um eine Veränderung des Lebensstils in den mittleren Jahren.

Vgl.: Aisen P.S., Cummings, J., Jack, C.R., Dubois, B. et al (2017). On the path to 2025: understanding the Alzheimer's disease continuum. *Alzheimer's Research & Therapy*, DOI 10.1186/s13195-017-0283-5

Das aktuelle Verständnis der Alzheimer-Demenz legt einen langen präklinischen Prozess von mehreren Jahrzehnten vor Sichtbarkeit von Demenzsymptomen nahe. Die symptomatische und a-symptomatische Phase werden als Kontinuum betrachtet mit der Folge, dass Interventionen, die erst mit Beginn der Symptome beginnen, zu spät erfolgen und kaum Erfolge zeitigen. Fortschritte bei der Erkennbarkeit anhand von Biomarkern und weiteren Risikofaktoren (siehe Artikel oben) sowie bezüglich positiv moderierenden Interventionen verändern die Gesamtsicht auf die Erkrankung sowie auf die Möglichkeiten der Prävention. Amyloid Beta Akkumulation in kritischen Hirnregionen (area entorhinalis) kann durch moderne bildgebende Verfahren (PET/MRI) oder andere Möglichkeiten (cerebrospinale Analyse- CSF) zunehmend besser und früher festgestellt und deren Entwicklung (Trajekturen) vorhergesagt werden – zeitlich weit vor späteren klinischen Auffälligkeiten. Neuere Daten lassen darauf schließen, dass

das Zusammentreffen verschiedener Entwicklungen von hohem Beta-Amyloid, Tangles sowie synaptischer Dysfunktionen, Neurodegeneration und weiteren Veränderungen der klinischen Manifestation (eben den Symptomen) unmittelbar vorhergeht.

Klinisch könnte dies bedeuten, die Alzheimerverfassung unabhängig von Demenzsymptomen zu diagnostizieren, schon in mittleren Jahren bei Risikopatienten Präventionsprogramme einzuleiten und durch neuere Verfahren und Medikamente den Beginn der syndromalen Phase weiter zu verzögern. Regeluntersuchungen in mittleren Jahren wären durchzuführen, um Risikopatienten möglichst früh zu identifizieren. An diese Überlegungen knüpfen an:

Ritchie, C.W., Russ, T.C., Banerjee, S., Burns, A. et al (2017). The Edinburgh Consensus: preparing for the advent of disease-modifying therapies for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, DOI 10.1186/s13195-017-0312-4.

Auch diese Forschergruppe erwartet im Rahmen eines neuen Verständnisses der Alzheimer-Demenz einen Paradigmenwechsel: viele Personen, die nicht wegen demenzieller Symptome in Kontakt mit dem Gesundheitswesen kommen, werden in Zukunft schon in mittleren Jahren untersucht werden, um Behandlungen für Risikogruppen einzuleiten. Je früher die Intervention, desto eher besteht Aussicht, den syndromalen Beginn zu verzögern. Die Autoren prognostizieren einen erheblichen Schulungsaufwand für die primäre Gesundheitsversorgung sowie erhebliche Investitionen in Gerätschaften und Labors, um eine flächendeckende Risikoerkennung zu gewährleisten. Es bedarf besonderer multidisziplinärer Teams, um Personen und Familien für das Thema Demenz weit vor dessen syndromalen Beginn zu sensibilisieren und auf Behandlungen vorzubereiten. Dabei wird auch an neue Aufgaben für die Pflegenden gedacht, um Familien bei der Demenzprophylaxe zu begleiten. Demenz wird damit zu einem Thema der mittleren Lebensjahre, nicht mehr zu einem Thema des Alterns.

2. Wenn der Schaden besser belegt ist als der Nutzen – der Einsatz von Antidepressiva bei Menschen mit Demenz ist höchst fragwürdig

Ziel/Hintergrund

Antidepressiva werden häufig bei Menschen mit Demenz mit Depressionen eingesetzt, obwohl es für deren effektiven Einsatz wenig Belege gibt. Zwischen 25%-42% aller Personen mit Demenz erhalten Antidepressiva. Sie werden auch bei herausforderndem Verhalten, Agitiertheit, Ängsten und Psychosen verschrieben. Vorliegende narrative Literaturstudie beschreibt vorhandene Evidenzen für die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Antidepressiva bei Menschen mit Demenz.

Methoden

Eine narrative Literaturstudie ist weniger formal und systematisch angelegt und interpretiert die Befunde deutlicher als eine systematische Literaturstudie. In vorliegender Arbeit werden nur randomisiert kontrollierte Studien herangezogen. Insgesamt konnten 34 Studien in die Übersicht einbezogen werden.

Resultate

In der Regel werden Menschen mit Demenz selektive Serotonin- und auch Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer verschrieben. Zwar beschreiben die Studien eine antidepressive Wirkung, allerdings ist diese im gleichen Umfang auch in der Kontrollgruppe (Placebo) festzustellen. Demnach ergibt sich kein nennenswerter Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle, so dass der antidepressive Effekt nicht der spezifischen Wirkung des Medikaments zugeschrieben werden kann. In der Regel gilt: je besser die Studie, desto geringer die belegte Wirkung.

Eine Reihe älterer Studien untersuchten ältere trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer (letztere hemmen ebenfalls den Abbau von Noradrenalin und Serotonin). Die Qualität dieser Studien genügt nicht mehr den heutigen Anforderungen. Geringe Effekte werden berichtet, allerdings sind die Populationen oft ungenügend beschrieben und die Instrumente, die den Effekt messen, nicht spezifisch für Menschen mit Demenz entwickelt.

Obgleich Ängste im Verlauf der Demenz eine bedeutsame Rolle spielen, liegen nur wenige Studien zu dem Thema vor, ob Antidepressiva Ängste bei Demenz wirksam lindern. Vorliegende Studien belegen keinen Unterschied bezüglich Ängste zwischen Intervention und Placebo. Die Forscher mahnen dringend an, medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen für Menschen mit Demenz und Ängsten zu entwickeln.

Da Antipsychotica nur einen geringen Effekt auf Agitiertheit haben, setzt man auch hier zunehmend Antidepressiva ein. Während die meisten Studien hier nur einen geringen und mit Antipsychotica vergleichbaren Effekt bescheinigen,

belegt eine neuere Studie einen positiven Effekt für Citalopram. Allerdings sind die Nebenwirkungen – cardiovaskuläre und kognitive – bedenklich und begrenzen den klinischen Nutzen.

Ähnliche Befunde finden sich für den Einsatz von Antidepressiva für Psychosen, Apathie, Aktivitäten des täglichen Lebens und Kognition.

Eindeutig aber ist die Evidenzlage für die Nebenwirkungen: Ängste, Nervosität, Zittern, Anorexia, Stürze in durchaus erheblichem Umfang. So wiesen 96% aller Personen, die Citalopram einnahmen, Nebenwirkungen auf wie Durchfall, Anorexia, Fieber und kognitive Einbrüche.

Diskussion

Während der Nutzen des Einsatzes gering ist, ist der mögliche Schaden recht eindeutig. Es gibt kaum Belege, die den Einsatz von Antidepressiva bei Menschen mit Demenz rechtfertigen. Die Autoren vermuten, dass Ärzte den Wunsch haben, doch irgendetwas gegen psychologische und verhaltensbezogene Symptome der Demenz tun zu können und Antidepressiva verschreiben, weil es nichts anderes gibt. Die Autoren stellen Überlegungen an, warum die Medikamente so wenig Wirkung zeigen: man versuche, ein sehr komplexes und vielschichtiges Problem mit einfachen Mitteln zu behandeln. Es gelte aber zu unterscheiden:

1. Menschen mit Demenz, die als Reaktion auf die Diagnose eine ‚reaktive Demenz‘ entwickeln. Denen wäre mit Beratung und Psychotherapie besser zu helfen.
2. Menschen mit Demenz, die eine Depression entwickeln in Folge neurochemischer Veränderungen, die sich deutlich von den mit Depression einhergehenden Prozessen unterscheiden. Es liegt eine andere biologische Basis für die Symptomatik vor.
3. Personen, die vor Beginn der Demenz eine depressive Entwicklung genommen haben oder auch im Rahmen der Demenz eine depressive Episode erleiden. In diesem Fall mag es sein, dass die durch Demenz veränderte Neurochemie verhindert, dass die früher wirksamen Medikamente auch jetzt noch anschlagen.

Insgesamt besteht großer Forschungsbedarf, um differenzierte Behandlungskonzepte für Menschen mit Demenz und Depression zu entwickeln.

Quelle

Farina, N., Morrell, L., Banerjee, S. (2017). What is the therapeutic value of antidepressants in dementia? A narrative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 32-49

Schlagworte: Depression bei Demenz, BPSD, Antidepressiva, Literaturstudie

Vgl.: van der Spek, K., Gerritsen, D.L. et al (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1589-1595

Die niederländische Studie untersucht, inwieweit die Verabreichung von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz, die an neuropsychiatrischen Symptomen leiden, fachlich angemessen verschrieben werden. Sie nutzen dazu einen selbst entwickelten Index, der anhand von 7 Dimensionen die fachliche Angemessenheit von Verschreibungen beurteilt. Anhand der Unterlagen von 559 Patienten in speziellen Einrichtungen für Menschen mit Demenz, wird die Angemessenheit beurteilt. Nur 10% der Verschreibungen erfüllten alle Angemessenheitskriterien. Sehr häufig fehlen eine klar beschriebene Indikation, eine angemessene Evaluation sowie eine Überschreitung der angemessenen Dauer in der Vergabe. Dosierung und Nebenwirkungen schnitten besser ab, wohl auch deswegen, weil diese in den Niederlanden anhand eines computergestützten Verfahrens laufend kontrolliert werden. Ein Zusammenhang zwischen Angemessenheit und Menge der Verschreibungen bestand nicht, d.h. Personen, die viele Medikamente erhalten, weisen nicht unbedingt unangemessene Verschreibungen auf. Die Autoren schlussfolgern daher: die Menge der Verschreibungen allein ist kein Indikator für die Angemessenheit. Daher sind Bestrebungen, die Menge der Verschreibungen von Psychopharmaka insgesamt zu reduzieren, nicht zielführend. Wichtiger sei es, zu überprüfen, ob die richtigen Personen die richtige Menge an Medikamenten mit der richtigen Indikation über eine fachlich angemessene Zeit erhalten und die Wirkung fachlich angemessen überprüft wird.

3. Die Einführung eines geriatrischen Intensivdienstes verbessert die gesundheitliche Versorgung Älterer nach Krankenhausentlassungen

Ziel/Hintergrund

Transfers vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit sind mit vielen Risiken und Herausforderungen verbunden. Ältere Menschen befolgen anschließend Verschreibungen ungenügend, haben Mühe, ambulante und andere medizinische Dienste zu erreichen oder finden sich insgesamt im Gesundheits- und Versorgungssystem nicht zurecht. Vorliegende Studie aus Kanada beschreibt und evaluiert die Rolle eines geriatrischen Intensivdienstes („intensive geriatric service worker“), welche im Rahmen eines integrierten Leistungsprogramms für ältere Menschen eine Lotsen- und Koordinierungsfunktion übernimmt.

Rollenbeschreibung: Ältere Menschen werden in Kanada mit einem Pflegeplan des Krankenhauses entlassen, der von einem geriatrischen Notaufnahmefunktionärsdienst erstellt wird (Geriatric Emergency Management Nurses). Patienten mit hohem gesundheitlichem Risiko („frailty“) werden an den geriatrischen Intensivdienst überwiesen, die sich sofort oder innert weniger Tage dieser Personen und ihrer Angehörigen annehmen. Diese überprüfen, ob der Patient die Diagnose(n), die Verschreibungen und Empfehlungen verstanden hat und übernehmen eine Begleitung bei der Implementierung des Behandlungsplans. Sie helfen, mit Versicherungen und Behörden relevante Anträge zu stellen, kontaktieren die notwendigen Dienste und begleiten die Patienten zu eben diesen, aktivieren Fahrdienste, bearbeiten mögliche Herausforderungen bzw. Barrieren (z.B. lange Wartezeiten). Sie begleiten die Personen bei Arztbesuchen und bieten sich als eine Art „Übersetzer“ zwischen Arzt und Patient an. Zugleich beraten sie Angehörige über mögliche Ressourcen für Patient und sie selbst und coachen beide, sich selbst zusammen mit den Erkrankungen möglichst gut zu managen (Selbst-Management).

Der Dienst ist nicht auf Dauer angelegt, sondern zielt darauf ab, die Personen bzw. Familien langfristig in einem Zeitraum von maximal 3 Monaten zu stabilisieren. Um nicht in Konkurrenz zu etablierten Gesundheitsberufen zu geraten handelt es sich bei den Rollenträgern um Personen mit einer gerontologischen, sozialpädagogischen oder -sozialarbeiterischen Kompetenz, die intensiv geschult werden in Bezug auf das Gesundheitssystem insgesamt, Antragsverfahren und Kostenstrukturen und entsprechend den Diensten und Möglichkeiten konkret vor Ort. Schulungen zur Anleitung zum Selbstmanagement, zur Demenz, Suizidprävention und Krisenintervention etc. kommen hinzu.

Ziel ist die Vermeidung von Rehospitalisierungen und Heimweisungen sowie ein möglichst gutes und sicheres Leben in der eigenen Häuslichkeit.

Methoden

Beschrieben wird ein Evaluationsprogramm mit verschiedenen methodischen Ansätzen. Ansetzend an den Falldokumentationen werden Klienten, Angehörige und Systempartner sowie die Rollenträger selbst befragt. Interviews wurden 7 Monate nach Programmstart, dann nach weiteren 3 und nach weiteren 6 Monaten durchgeführt, insgesamt 49 Klienten und 25 Angehörige.

Resultate

Die Klienten sind zumeist weiblich und leben zu mehr als der Hälfte allein. Die meisten Patienten erwiesen sich als leicht, 37% aber als schwer gebrechlich. Die meisten Patienten konnten innert 4 Tage, zu 18% am selben Tag der Überweisung persönlich kontaktiert werden. Im Durchschnitt gab es 8 persönliche Besuche und sehr viel mehr telefonische Kontakte. Der Dienst wies eine durchschnittliche Dauer von 98 Tagen auf (alle Daten mit erheblichen Abweichungen in Einzelfällen). Begleitungen zu Ärzten, Apotheken, Tagespflegen und -programmen sowie zu Pflegeheimen standen an der Spitze der persönlichen Kontakte. In der überwiegenden Mehrzahl der Pflege konnten die Pflegepläne implementiert und das Selbstmanagement stabilisiert werden. Mangelnde Akzeptanz des Dienstes war zumeist verbunden mit bereits bestehenden anderen Hilfen oder aber auch mit zusätzlichen psychischen Störungen. Patienten und Angehörige zeigten sich hoch zufrieden mit dem Dienst. Angehörige berichteten, sich nun besser um den Patienten und sich selbst sorgen zu können (83%), sich nun besser im Gesundheitssystem auszukennen und es kompetent ‚navigieren‘ zu können (81%), für sich und den Patienten angemessene Ziele setzen und erreichen zu können (96%) und ein vertieftes und differenzierteres Verständnis der Erkrankung erreicht zu haben (92%). 34% zeigten sich sehr zufrieden, 66% extrem zufrieden.

Systempartner berichteten ähnlich: Klienten verstünden ihre Diagnosen und die Notwendigkeit der Behandlungen besser, nutzten vermehrt Angebote wie Tages- und Kurzzeitpflege, zeigten ein besseres Selbstmanagement-Verhalten und fänden sich besser im Gesundheitssystem zurecht. Die Präsenz des geriatrischen Intensivdienstes wären wie die Augen und Ohren des Gesundheitsarbeiter im Familiensystem. Es helfe, sinnvolle Ziele zu setzen und diese auch zu erreichen, da man nun den Gesamtkontext besser nachvollziehen könne, in den hinein man den Pflegeplan implementiere. Zudem wären durch diese Arbeit die Systempartner besser vernetzt und aneinander anschlussfähig. Ein Rückgang unnötiger Krankenhauseinweisungen und Nutzung der Notaufnahme und auch ein Rückgang der Heimverlegungen sei zu beobachten. Bislang weniger beachtete Bedürfnisse kämen in

den Vordergrund und es geschehe seltener, dass Menschen durch das Netz fallen.

Diskussion

Die Rolle des geriatrischen Intensivarbeiters füllt eine wichtige Lücke im Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung. Sie helfen, die systemischen und individuellen Barrieren in der Versorgung zu identifizieren und zu überwinden. Insbesondere die Compliance („Therapietreue“) in Bezug auf Medikamenteneinnahme habe sich sehr verbessert – ein oft häufiger Einweisungsgrund wegen Medikamentenvergiftung. Klienten würden durch diese Arbeit an Dienste und Angebote herangeführt, die sie nicht kannten und nur durch die persönliche Begleitung annehmen konnten. Besonders positiv wirkte sich dies für alleinlebende Personen aus. Bei Arztgängen verstünden die älteren Klienten oft gar nicht, was dort gesagt wurde und erst in der Nacharbeit käme es zu Akzeptanz der Behandlung. Widerstand gegen die Rolle hängt zumeist mit psychischen Begleiterkrankungen zusammen, die wesentlich zur Isolation der Betroffenen beitragen.

Quelle

McAiney, C.A., Hillier, L.M., Paul, J., McKinnon Wilson, J., Phelan, A.T., Wagner, F., O'Connor, S. (2017). Improving the seniors' transition from hospital to the community: a case for intensive geriatric service workers. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 149-163

Schlagworte: Krankenhaus, Transfer, Evaluationsstudie

Vgl: Overbeek, A., Rietjens, J., et al (2018). Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, DOI 10.1186/s12877-017-0696-9

Leben in der eigenen Häuslichkeit setzt Selbstmanagement-Fähigkeiten der Patienten voraus. Die Studie zeigt, dass dazu ein gewisser Grad von Aktivierung notwendig ist (Motivation, Wissen, Fähigkeit, Zuversicht), die sehr häufig aufgrund der Gebrechlichkeit (frailty) nicht gegeben ist. Leben diese Personen dennoch zuhause, werden Notaufnahmen in Krankenhäusern vermehrt in Anspruch genommen. Diese aber wiederum sind auf geriatrisch-gerontopsychiatrische Notaufnahmen oft ungenügend vorbereitet. Insgesamt werden dadurch die häuslichen Unterstützungsbedarfe zu wenig erkannt mit der Folge einer schnellen Rehospitalisierung.

Vgl.: Silwanowicz, R., Maust, D., Seyfried, L., Chiang, C., Stano, C., Kales, H. (2017). Management of older adults with dementia who present to emergency services with neuropsychiatric symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 1233-1240

Nicht die Demenz per se, sondern die neuropsychiatrischen Symptome kennzeichnen oft die Herausforderungen einer Notaufnahme einer Person mit Demenz. Man rechnet damit, dass ein Drittel der mit Demenz verbundenen Kosten diesen Symptomen zuzuordnen ist. Zunehmend kommen Menschen

mit Demenz, die allein in eigener Häuslichkeit leben oder deren pflegende Angehörige nicht mehr weiter wissen, zur Notaufnahme ins Hospital. Die dortige Umgebung führt oft zu eskalierenden Situationen mit anschließendem Einsatz von Neuroleptika und Benzodiazepinen, die wiederum mit problematischen Folgen für den Patienten verbunden sind. Vorliegende US-amerikanische Studie untersucht die Rolle und Bedeutung neuropsychiatrischer Symptome in der medizinischen und psychiatrischen Notaufnahme.

Agitiertheit, aberrante Motorik und Depressivität lagen am häufigsten vor. 58% der Patienten mit neuropsychiatrischen Symptomen nahmen Psychopharmaka zu sich. Vergleichsweise häufiger waren es Angehörige, welche die Notaufnahme veranlassten. Besonders motorisch unruhige Patienten erhielten in der Notaufnahme vergleichsweise vermehrt ein weiteres Neuroleptikum. Diese Patientengruppe wies zudem häufiger ein Delir auf, aber auch Angststörungen und Psychosen wurden häufiger vermerkt. Anschließende Verlegungen in die Psychiatrie bzw. Heimeinweisungen kamen häufiger vor, d.h. Patienten mit neuropsychiatrischen Symptomen kommen nach Notaufnahme und Psychiatrisierung vergleichsweise seltener in die eigene Häuslichkeit zurück. Die Autoren vermuten, dass die ermittelten Daten das Vorkommen neuropsychiatrischer Symptome eher unterschätzen, da die Notaufnahmen viele psychiatrische Symptome eher weniger erfassen und ein akutes Geschehen im Vordergrund steht. Die Autoren vermuten, dass überforderte Angehörige von Menschen mit neuropsychiatrischen Symptomen einen Hauptgrund für die Nutzung von Notaufnahmen darstellen. Dadurch würde sehr häufig der – teure – Pfad zur Institutionalisierung beschritten. Die Autoren geben zu bedenken, dass dieser Weg für Patienten und das Krankenhaus der am wenigsten günstige Weg darstellt und es dringend im Vorfeld einer stärkeren Unterstützung von Angehörigen von Menschen mit neuropsychiatrischen Symptomen bedarf.

4. Werden psychosoziale Bedürfnisse nicht berücksichtigt, dann ist das Leben in der eigenen Häuslichkeit gefährdet

Ziel/Hintergrund

In westlichen Staaten zeichnen sich insgesamt 2 übergreifende Versorgungsziele für Menschen mit Demenz ab: sie sollen in der eigenen Häuslichkeit so lang als möglich verbleiben und Pflege und Betreuung soll personenzentrierten Richtlinien folgen. Die Umsetzung personenzentrierter Pflege ist bislang zumeist im stationären, selten im ambulanten Kontext erforscht worden. Im ambulanten Kontext wird allerdings von hohem Zeitdruck und dem Einsatz beständig wechselnder, oft wenig qualifizierter Personen berichtet, der eine flexible und personenzentrierte Ausrichtung der Arbeit erschwert. Physischen Bedürfnissen wird folglich eine höhere Priorität als psychosozialen Bedürfnissen beigemessen.

Vorliegende Studie aus Norwegen untersucht, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Dienste psychosoziale Bedürfnisse wahrnehmen und bewerten.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie, in der Ergebnisse von Fokus-Interviews (halb-strukturiert) ausgewertet werden.

Für das Verständnis des norwegischen Kontextes ist die Trennung zwischen Auftraggeber („purchaser“) und Dienstleistungsanbieter („provider“) kennzeichnend: der Auftraggeber bestimmt Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistung (den Pflegeplan) und der Anbieter führt den Auftrag auf Basis dieses Pflegeplans durch.

In vorliegender Studie werden Leiter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Anbietern aus 4 Gemeinden in Form von Fokusgruppen befragt. Jede Fokusgruppe bestand aus 5 bis 8 Personen, insgesamt 24 Personen. Gefragt wurde: Wie verstehen Sie psychosoziale Bedürfnisse? Wie berücksichtigen Sie diese Bedürfnisse? Was tun Sie, wenn Sie psychosoziale Bedürfnisse wahrnehmen, die im vorgegebenen Pflegeplan keine Berücksichtigung gefunden haben?

Resultate

Die Autoren identifizieren 3 übergreifende Themen, unter welche sie die Antworten subsummieren.

Die Logik der physischen Bedürfnisse

Einige Teilnehmer nahmen eine strikte Trennung zwischen physischen und psychosozialen Bedürfnissen vor und sahen ihre Verantwortung ausschließlich im Bereich physischer Bedürfnisse. Wenn psychosoziale Bedürfnisse in den Blick genommen wurden, dann nur in begrenzter Form: Aspekte der Sicherheit, eines Alarmsystems („Funkfinger“) oder das Bedürfnis nach sozialer Anregung. Dies müsse aber möglichst

von den Angehörigen bearbeitet und erfüllt werden. Man halte sich strikt an den Auftrag, d.h. die Bedürfnisse der Person mussten dem vorgegebenen Plan und den Möglichkeiten und Routinen des Anbieters angepasst werden, nicht umgekehrt. Nur miteinander reden sei nicht die Aufgabe: „we are not companion ladies...“. Ginge man diesen Anliegen nach, breche der Dienst zusammen.

Die Logik des Verzichts

Physische Bedürfnisse haben Vorrang, psychosoziale werden wahrgenommen, aber nachrangig erfüllt. Psychosoziales wird eher nebenbei, zufällig, halbbewusst wahrgenommen, nicht aber anhand eines Assessments erhoben. Bis zu einem gewissen Grad gehe man auf psychosoziale Bedürfnisse ein, in der Regel gebe man dies aber an Angehörige, seltener an Tagespflegen oder freiwillige Dienste weiter. In der Regel waren letztere aber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste nicht bekannt. Personen dieses Zuschnitts versuchten, ruhig und freundlich im Kontakt zu sein und die Person mit Demenz nicht zusätzlich zu beunruhigen. Man würde ja gerne, aber es ginge nicht. Einsamkeit und Traurigkeit nehme man wahr, gehe dem aber nicht nach, da man schnell weiterfahren müsse. Man mache einen ‚Deckel drauf‘ (,put a lid on it‘) und mache sich dann schnell davon.

Die integrierte Logik

Psychosoziale und physische Bedürfnisse werden als gleichberechtigt und eng zusammenhängend wahrgenommen. Berücksichtige man letztere nicht, komme man auch mit den physischen Zielen oft nicht ans Ziel, z.B. bei der Nahrungsaufnahme. Eine gute Beziehung und Konversation wurde als entscheidend für den Pflegeerfolg eingeschätzt. Zudem falle die Leistungserbringung dann leichter. Insofern gehe man häufig über das hinaus, was im Pflegeplan stehe. So würde man die Versorgung von Personen mit hohem Kommunikationsbedürfnis oft an das Tourenende legen um mehr Zeit zu haben ohne Versorgungsdruck.

Diskussion

Die Autoren machen auf den inhärenten Widerspruch aufmerksam: wenn man wolle, dass die Menschen in der eigenen Häuslichkeit verblieben, dann müsse man psychosoziale Bedürfnisse im Pflegeplan vermehrt berücksichtigen. Eben dies erfolge seitens der Auftraggeber nicht in ausreichendem Maße. Es scheint Auftraggebern schwer zu fallen, psychosoziale Bedürfnisse zu identifizieren und konkreten Maßnahmen zuzuordnen: daher entfallen diese häufig, obwohl sich der Auftraggeber ‚offiziell‘ zur Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse verpflichtet weiß.

Würden nur ‚größere‘ Interventionen wie z.B. „Tagespflege“ als psychosoziale Maßnahme wahrgenommen, dann nehme die Verantwortung des einzelnen Dienstleisters vor Ort, psychosoziale Maßnahmen im Alltag der Pflege selbst zu erfül

len, eher ab. Habe man zu wenig Kompetenz und Zeit, sei man leicht verführt, die Pflege den verfügbaren Ressourcen und dem Plan, nicht aber den Bedürfnissen der Person in der Situation anzupassen. Die Autoren kommentieren, dass sich alle drei ‚Logiken‘ in der Regel gleichzeitig in einem Dienst wiederfinden. Dies scheint nicht nur an institutionellen Faktoren, sondern auch an individuellen Präferenzen zu liegen. Möglicherweise ist die Koexistenz aller drei Logiken sogar im Interesse der Anbieter, so dass sowohl funktionale wie psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden.

Abschließend überlegen die Autoren, ob die Nichterfüllung psychosozialer Dienste über einen längeren Zeitraum nicht dem Ziel, ein Leben in eigener Häuslichkeit möglichst lange zu ermöglichen, zuwider läuft wenn nicht gar verunmöglicht.

Quelle

Quelle: Hansen, A., Hauge, S., Bergland, A. (2017). Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics*, 17:211, DOI 10.1186/s12877-017-0612-3

Schlagworte: ambulante Dienste, psychosoziale Bedürfnisse, qualitative Forschung.

5. Sensorische Beeinträchtigungen und Neurotizismus sagen vermehrte kognitive Einbußen im hohen Alter voraus

Ziel/Hintergrund

Entgegen früherer Vermutungen weisen jüngste Forschungen darauf hin, dass sich im Laufe des erwachsenen Lebens bis ins hohe Alter hinein signifikante Persönlichkeitsveränderungen aufweisen lassen. Kognitive Funktionen und Persönlichkeit scheinen nicht unabhängig voneinander zu sein: einige Studien belegen, dass abnehmende kognitive Fähigkeiten mit vermehrtem Stress, verringerter Anpassungsfähigkeit und mehr Neurotizismus einhergehen. Da andere Studien diesen Befund nicht belegen konnten, erweist sich die Beweislage als widersprüchlich. – Vorliegende Studie aus Deutschland geht der Frage nach, ob sensorische Beeinträchtigungen – das Sehen und Hören – die Beziehung zwischen Verlust an kognitiven Funktionen und Neurotizismus ‚moderieren‘, sprich: je mehr die Personen sensorische Funktionen verlieren, desto eher finden sich starke Beziehungen zwischen Kognition und Neurotizismus. Eingeschränkte Sicht erschwert die räumliche Orientierung und schlechtes Hören beeinträchtigt soziale Kontakte: diese zusätzlichen Stressoren bei hohem grundständigen Neurotizismus resultieren häufiger in kognitiven Einbußen als bei Personen, die zwar unter abnehmenden kognitiven Funktionen, nicht aber unter abnehmenden sensorischen Funktionen leiden.

Methoden

Es handelt sich um eine Kombination von Querschnitts- und Langzeitstudie. Ausgesuchte, in der eigenen Häuslichkeit lebende Personen litten unter sensorischen (Hören = 116 Personen oder Sehen = 121 Personen) und kognitiven Beeinträchtigungen. Deren Daten werden verglichen mit einer Kontrollgruppe, die unter kognitiven Beeinträchtigungen bei gut erhaltenen sensorischen Funktionen leiden. (n = 150) 168 Studienteilnehmer aus der Grundgesamtheit konnten nach 4 Jahren erneut untersucht werden. Beschrieben werden Instrumente, anhand derer kognitive Funktionen und Neurotizismus abgebildet werden konnten.

Resultate

Insgesamt wiesen Personen mit besser erhaltenen kognitiven Funktionen geringere Werte für Neurotizismus auf. Für Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen ergaben sich deutlich höhere Werte für Neurotizismus im Vergleich zu anderen Personen, die nur unter kognitiven Beeinträchtigungen litten. Es ist demnach begründet zu vermuten, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Zunahme sensorischer Funktionsverluste häufiger mit höheren Neurotizismuswerten (vermehrt Angst, Ärger, Wut, Resignation) einhergehen. Diese Ergebnisse wurden insgesamt in der Langzeitbetrachtung von 4 Jahren bestätigt: Je einschneidender die sensorischen Funktionsausfälle, desto stärker die

Verbindung zwischen kognitive Beeinträchtigungen und Neurotizismus.

Diskussion

Die Autoren sehen sich in ihrer Vermutung bestätigt. Die Wechselwirkung zwischen spät einsetzenden sensorischen Funktionseinbußen und hohem grundständigen Neurotizismus ergibt sich primär für Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ein hoher Wert für Neurotizismus allein wirkt sich nicht unbedingt verschlechternd auf kognitive Funktionen aus, solange sensorische Beeinträchtigungen nicht erschwerend hinzukommen. Hohe Werte für Neurotizismus scheinen demnach kognitive Funktionseinbußen für Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen unabhängig von sonstigen gesundheitlichen Verfassungen vorherzusagen. Kommen hoher Neurotizismus und sensorische Beeinträchtigungen zusammen, dann sind kognitive Funktionseinbußen im hohen Alter wahrscheinlicher.

Die Autoren schlagen demnach vor, sehr alte Personen mit sensorischen Funktionseinbußen und hohem grundständigen Neurotizismus als spezifische Risikogruppe für kognitive Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Quelle

Quelle: Wettstein, M., Kuzma, E., Wahl, H.-W., Heyl, V. (2016). Cross-sectional and longitudinal relationship between neuroticism and cognitive ability in advanced old age: the moderating role of severe sensory impairment. *Aging & Mental Health*, 20 (9), 918-929

Schlagworte: Sehen, Hören, Neurotizismus

6. Affektive Symptome erweisen sich als besonders belastend für Angehörige

Ziel/Hintergrund

Zwar belegen viele Studien einen engen Zusammenhang zwischen psychologischen und verhaltensbezogenen Symptomen und Belastung der pflegenden Angehörigen, beschreiben aber nicht genau, welche Symptome bei welchen Angehörigen zu welcher Belastung führt. Die meisten Studien arbeiten mit summativen Daten, bei denen ein Gesamtwert ‚Symptom: Problemverhalten‘ mit einem Gesamtwert ‚Belastung Angehöriger‘ in Beziehung gesetzt wird. Zudem bleibt oft offen, was denn genau ‚problematisch‘ ist, z.B. die Häufigkeit oder die Intensität.

Vorliegende Studie untersucht vorhandene Literatur zu der Frage, welche Symptome genau das Wohlbefinden von Angehörigen besonders belasten.

Methoden

Beschrieben werden die Auswahl der Literatur, die Beurteilung der Studienqualität sowie die statistische Auswertung vergleichbarer Studien.

Resultate

Insgesamt 40 quantitative Studien, davon 21 mit hoher Qualität, konnten identifiziert werden. In Bezug auf die Auswahl der Angehörigen sowie der Messinstrumente wurde eine hohe Heterogenität festgestellt, die Vergleiche und eine die Daten zusammenfassende Auswertung erschweren. 16 Studien nutzten das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) zur Abbildung der verhaltensbezogenen und psychologischen Symptome und konnten daher in einer Meta-Analyse für Belastungswerte (Durchschnittsdaten) einzelner Symptome zusammengefasst werden. Die drei am meisten belastenden Symptome lauten: Depressivität, Agitiertheit (inklusive Aggressivität) sowie Apathie. Bei allen drei handelt es sich um affekt- bzw. stimmungsbezogene Symptome. Drei dieser 16 Studie erlauben eine tiefere Einsicht in die Beziehung zwischen einzelnen Symptomen und Belastung(Korrelationsdaten): irritiertes Verhalten, abweichendes motorisches Verhalten, Delusionen (Wahn) aber auch Depressivität stellen sich dabei als besonders belastend heraus.

Weitere Daten aus 20 Studien nutzten verschiedene Messinstrumente und erwiesen sich als nicht vergleichbar. Zusammenfassend kann zu diesen 20 Studien gesagt werden: welches Symptom sich besonders belastend auswirkt scheint von der Beziehung (Partner oder Kind) sowie von weiteren Angehörigenvariablen (z.B. Neurotizismus) abzuhängen.

Diskussion

Insgesamt erlaubt die Studienlage nur zwei Schritte in der Meta-Analyse, so dass aus den Ergebnissen keine weitreichenden Schlussfolgerungen gezogen werden können. Die Unterschiedlichkeit der Studien bezüglich Instrumente, Po

pulation und Ergebnissen ist ausgesprochen hoch. Mit diesen Einschränkungen im Blick scheinen es aber die mit Affekt und Stimmung zusammenhängenden Verhaltensweisen zu sein, die sich auf Angehörige hoch belastend auswirken. Ob Partner oder eher Kinder die mehr belastete Gruppe darstellen, kann nicht belegt werden: für beide Vermutungen gibt es plausible Belege. Partner scheinen durch depressive, apathische sowie ängstliche Symptome besonders stark belastet zu sein.

Abschließend skizzieren die Autoren eine Reihe von Forschungsempfehlungen, um in dieses ‚Dunkelfeld‘ mehr Licht zu bringen, darunter eine möglichst einheitliche und eingeschränkte Nutzung von Messinstrumenten sowie eine genauere Erhebung von Angehörigendaten wie z.B. Zuversicht, Neurotizismus, Beziehungsqualität. Erst wenn man weiß, unter welcher spezifischen Konstellation einzelne Symptome sich als belastend für bestimmte Angehörigengruppen erweisen, können Konsequenzen für spezifische Interventionen gezogen werden.

Quelle

Quelle: Feast, A., Moniz-Cook, E., Stoner, C., Charlesworth, G., Orrell, M. (2016). A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1762-1774

Schlagworte: herausforderndes Verhalten, BPSD, pflegende Angehörige, Literaturreview

Vgl.: Feast, A., Orrell, M., Russel, I., Charlesworth, G., Moniz-Cook, E. (2017). The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioural and psychological symptoms in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 76-85

Die Studie knüpft an die oben berichteten Ergebnisse an. Psychosoziale Faktoren der pflegenden Angehörigen erklären den mit verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen verbundenen Stress eher als die Häufigkeit und Intensität des Verhaltens selbst. Insbesondere die Reaktionsfähigkeit auf Symptome, das Belastungserleben insgesamt, die Kompetenz im Umgang mit Symptomen sowie die Beziehungsqualität bestimmen das Ausmaß des mit den Symptomen verbundenen Stresses.

Vgl.: van der Linde, R.M., Matthews, F.E., Dening, T., Brayne, C. (2017). Patterns and persistence of behavioural and psychological symptoms in those with cognitive impairment: the importance of apathy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 306-315

Die Studie geht der Frage nach, wie stabil sich das Symptom der Apathie im Krankheitsverlauf verhält. Es handelt sich um eine multizentrische, populationsbasierte Langzeitstudie aus England mit einer Laufzeit von 10 Jahren mit Datenerhebungen alle 2 Jahre. Alle Teilnehmer (n= 3626) wiesen zu Beginn eine kognitive Einschränkung unterschiedlicher Schwere auf. Schlafprobleme (43%) und Apathie (32%) wiesen schon bei der ersten Messung das höchste Vorkommen auf.

Apathie erwies sich als stabiler als alle anderen Symptome: wer sie zu einem Zeitpunkt aufwies zeigte sich auch bei den folgenden Messpunkten – im Vergleich zu den anderen Symptomen – als apathisch (Wahrscheinlichkeit bei 62%). Wer verstarb wies bei der letzten Messung vermehrt Apathie auf – immer im Vergleich zu anderen psychologischen und verhaltensbezogenen Symptomen. Wenn Personen Symptome entwickelten, dann erwies sich die Apathie als das – im Vergleich – wahrscheinlichste Symptom (Wahrscheinlichkeit bei 14%).

Beim Vorliegen eher niedriger kognitiver Funktionen zeigte sich insgesamt eher Apathie, Irritierbarkeit, Agitiertheit, Halluzinationen, Verfolgungswahn und Fehlerkennung. Weniger wahrscheinlich für diese Gruppe: Depressivität (eher in der früheren Phase), Ängste und Umherwandern.

Apathie wird heute als ein von der Depression zu unterscheidendes Symptom betrachtet, trotz Überlappung einiger Items. Sie wirkt sich sehr belastend für Angehörige, insbesondere für Partner aus. Sie geht einher mit schlechterer Gesundheit, Vernachlässigung, schlechter Ernährung und geringer Compliance mit Verschreibungen. Menschen mit Apathie sind in Gefahr, leicht übersehen zu werden, weil sie wenig auf sich aufmerksam machen. Antidementiva, vermehrte körperliche Betätigung und kognitive Stimulation gelten als wirksam in der Arbeit mit Menschen mit Apathie.

7. Auch bei fortgeschrittener Demenz kann die Frage nach Schmerzen gut beantwortet werden

Ziel/Hintergrund

Unbestreitbar sind Schmerzen eine Verfassung, welche die Lebensqualität von Menschen mit Demenz negativ beeinflusst. Nicht nur Demenz selbst oder die Umgebung, sondern auch die persönliche Verfassung der Person bestimmt wesentlich die Lebensqualität. Vorliegende Studie untersucht das Verhältnis von bekundeten Schmerzen und psychologischem Wohlbefinden anhand von Beobachtungen des emotionalen Ausdrucksverhaltens.

Methoden

Die Studie greift auf Daten von 185 Personen/BewohnerInnen aus 17 stationären Einrichtungen in den Vereinigten Staaten zurück. Alle Personen weisen eine Demenz auf und sind mobil. Beschrieben wird ein Instrument zur Einschätzung und Bewertung mimischen Ausdrucksverhaltens: in vorliegender Studie werden nur Daten über negatives Ausdrucksverhalten verwendet. Begleitend zu der Beobachtung werden die Teilnehmenden nach Schmerzen befragt. Weiterhin wird Ko-Morbidität und Schwere der Demenz erhoben.

Teilnehmende werden an mindestens 12 Gelegenheiten/Tagessituationen für jeweils 20 Minuten beobachtet und videographiert. Alle Tageszeiten und Situationen (z.B. Mahlzeiten, Beschäftigung, Zeiten ohne Input) finden Berücksichtigung.

Resultate

Im Mittel litten die erfassten Personen an schwerer Demenz (MMSE 7,4; SD -1 bis 23). 13% litten an leichter, 21% an mittlerer, 39% an schwerer Demenz, für 27% konnte keine Testung wegen sehr schwerer Demenz erfolgen (MMSE -1).

97% der beobachteten Personen waren in der Lage, die Frage nach Schmerzen bei mindestens einer Gelegenheit, 42% bei allen Gelegenheiten zu bekunden. Nur 3% konnten diese Frage niemals beantworten. 44% der Befragten bestätigten, ein- oder mehrmals am Tag unter Schmerzen zu leiden. In Bezug auf die beobachtete Zeit wurde in 12% aller Beobachtungssequenzen die Frage nach Schmerzen bejaht. Diese Personengruppe wies eine vergleichsweise höhere Komorbidität auf. Die Schwere der Demenz spielte in Bezug auf die Häufigkeit der Schmerzbekundungen keine Rolle.

Personen, die Schmerzen bekundeten, wiesen vermehrt negatives Ausdrucksverhalten auf. Personen mit vergleichsweise höherem kognitiven Funktionieren zeigten weniger negatives emotionales Ausdrucksverhalten bei Vorliegen von Schmerzen. Erstaunlicherweise zeigte sich ein einrichtungsabhängiger Effekt, d.h. in einigen Einrichtungen zeigte sich deutlich über alle Abteilungen hinweg ein deutlich höheres

negatives Ausdrucksverhalten als in anderen Einrichtungen (bei vergleichbarer Bewohnerschaft).

Diskussion

Die Autoren heben hervor, dass trotz schwerer Demenz insgesamt 97% der Bewohner die Frage nach Schmerzen gut beantworten konnte. Die Fähigkeit, in diesem ich-nahen Bereich eine einfache Frage nach Schmerzen zu beantworten bleibt demnach sehr lange erhalten. Weiterhin: mit der Schwere der Demenz nimmt negatives emotionales Ausdrucksverhalten deutlich zu. Dies würde andere Studien bestätigen, die eine abnehmende Lebensqualität bei zunehmender Demenz belegt haben. Und zuletzt: je schwerer die Demenz, desto eher gehen Schmerzen mit deutlich erkennbarem negativen Ausdrucksverhalten einher.

Quelle

Lee, K.H., McConnell, E.S., Knafl, G.J., Algase, D.L. (2015). Pain and Psychological Well-Being among People with Dementia in Long-Term Care. *Pain Med.* 16(6), 1083-1089. doi:10.1111/pme.12739.

Schlagworte: Schmerzen, Wohlbefinden, Lebensqualität, negative Emotionen

Vgl.: Bartlett, R., Windemuth-Wolfson, L., Oliver, K., Dening, T. (2017). Suffering with dementia: the other side of "living well". *International Psychogeriatrics*, 29(2), 177-179
In einer kurzen Stellungnahme nehmen die Autoren Bezug auf den Titel der britischen nationalen Demenzerklärung 'Living well with dementia'. Sie bewerten diese leicht beschönigende Sicht als einseitig und betonen, dass kaum eine Person ohne schweres Leid die Verfassung Demenz erfährt. Es stelle sich zumeist das Gefühl ein, das eigene Leben nicht mehr in der Hand zu haben, Kontrolle zu verlieren und die Eingriffe anderer tolerieren zu müssen. Dieses soziale und existenzielle Leiden drohe aus dem Blick zu geraten mit der Gefahr eines gewissen gesellschaftlichen Drucks, doch bitte schön als Person mit Demenz fröhlich und zufrieden zu erscheinen, sonst sei man kein ‚guter Dementer‘ bzw. eine Art ‚Fehlbesetzung‘. Trotz guter Unterstützung und kompetenter Pflege sei die Demenz für viele Menschen ein furchtbares Schicksal.

8. Wie Menschen mit Demenz Kommunikation erfahren und bewerten ist nahezu unbekannt

Ziel/Hintergrund

Mit dem Voranschreiten der Demenz wird Kommunikation immer schwieriger. Es beginnt mit Wortfindungsstörungen, geht weiter mit mangelnder Erfassung der Bedeutung des Gesagten und endet im Lautieren oder Verstummen. Angehörigen und Pflegenden fällt das ‚Durchdringen‘ schwerer und in der Folge werden die Bedürfnisse der Personen mit Demenz weniger gut erkannt. In der Literatur werden eine Reihe von Strategien beschrieben, wie z.B. kurze einfache Sätze, Wiederholung, immer nur ein Gedanke oder eine Frage, ruhig sprechen, Augenkontakt halten, ggf. berühren und störende Nebengeräusche vermeiden. Auch weitere Hilfsmittel wie ‚Talking Mats‘, Erinnerungsbücher oder computergestützte Visualisierungen von Konversationen sind bekannt. Die bisherige Forschung hat untersucht, was Angehörige und Professionelle praktisch und hilfreich finden und wie Menschen mit Demenz auf diverse Strategien mit Verhalten reagieren. Sehr wenig aber ist darüber bekannt, welche Strategien Menschen mit Demenz selber bevorzugen oder auch ablehnen. Eben dieser Frage geht vorliegende Literaturstudie im Kontext von Familie und professionellen Helfern nach.

Methoden

Qualitative und quantitative Studien wurden entsprechend einer beschriebenen Suchstrategie identifiziert, ausgesucht und nach Qualität beurteilt. Wichtigstes Auswahlkriterium war: Studien, welche die Erfahrungen und Perspektiven von Menschen mit Demenz bezüglich Kommunikation untersuchen.

Resultate

Von insgesamt 927 Studien entsprachen nur 15 in etwa den Suchkriterien. Es fanden sich Querschnittsstudien, qualitative, quantitative und methodisch gemischte Studien. Erfahrungen wurden durch offene Fragen erkundet oder Bewertungen anhand vorgegebener Strategielisten erhoben. Mit Ausnahme einer Studie wurde die Perspektive von Menschen mit Demenz auf Kommunikation nicht direkt, sondern eher indirekt anhand von Verhaltensreaktionen oder Einschätzungen durch Angehörige oder Professionelle erhoben.

Viele Studien konzentrieren sich auf Kommunikationsprobleme wie z.B. auf die Mühsal, sich verständlich zu machen, Sprachbarrieren (zu Professionellen aus anderen Ländern) zu überwinden, Verhalten zu deuten bzw. Bedürfnissen zuzuordnen. Kaum wird beschrieben, wie Menschen mit Demenz dies empfinden. Gemäß den Aussagen von Angehörigen und Professionellen scheint zu helfen: verbale Vergewisserungen (‚ich verstehe, dass Sie davor Angst haben‘), physischer Kontakt, Ablenkung, anstelle der Person sprechen (virtuelle, substitutive Dialoge). Je besser die Beziehung, je eher es

gelingt, sich auf die Person einzustellen („attunement“), desto eher gelingt es, das Gemeinte zu erspüren – sagen die Professionellen. Allerdings gibt es auch dafür keinen unabhängigen Beleg seitens der Personen mit Demenz.

Weitere Studien arbeiten mit Listen von Empfehlungen, die in der Regel von Experten erarbeitet wurden, ohne dabei auf Aussagen von Menschen mit Demenz direkt zurückgegriffen zu haben. Diese Strategielisten umfassen Empfehlungen wie: Nutze einfache Sätze, sprich langsam, nur immer eine Frage, nähere dich langsam an, vermeide Unterbrechungen, benutze ja/nein-Fragen, wiederhole etc. Diese Strategien werden von Angehörigen und Professionellen auch genutzt, wobei die am meisten empfohlenen Strategien eher weniger aufgegriffen werden und eine deutliche Differenz aufgewiesen werden konnte zwischen dem, was Angehörige und Professionelle behaupten (das sie tun und sagen) und dem, was sie tatsächlich tun und sagen. Dennoch konnte belegt werden, dass die Nutzung dieser Strategien dazu beiträgt, dass Kommunikation weniger kollabiert – im Vergleich zu Situationen, in denen diese Strategien nicht genutzt werden. Immer helfen sie aber nicht. Wie eben diese Strategien bei Menschen mit Demenz ankommen und bewertet werden, ist unbekannt.

Wiederum andere Studien beschäftigen sich mit den Auswirkungen einer personenzentrierten Haltung. So gibt es Belege dafür, dass das Programm „Time Slips“, in dem Personen animiert werden, aus ihrem Leben Geschichten zu erzählen, die verbale und non-verbale Kommunikation mit Menschen mit Demenz verbessert. Ob die dort erfahrene Aufmerksamkeit und Wertschätzung auch von Menschen mit Demenz als Kommunikationsstrategie gewürdigt wird, ist wiederum unbekannt. Nur indirekte Belege liegen vor (Verhalten, mimischer Ausdruck etc.).

Eine einzige Studie liegt vor, in der Menschen mit Demenz direkt zu einer Kommunikationsstrategie befragt wurden – zur Akzeptanz des „therapeutischen Lügens“: hierbei wurden Menschen mit leichter Demenz befragt, unter welchen Bedingungen sie es akzeptabel fänden, in ihrer Demenz belogen zu werden. Dies wurde unter bestimmten Umständen bejaht (wenn es im besten Interesse der Person erfolgt, nur dann, wenn alles andere nicht hilft, wenn die Beziehung nicht beschädigt wird, wenn nicht grob gelogen wird) und in anderen verneint (wenn es Ausdruck einer bevormundenden Haltung ist, wenn man es sich damit nur leichter machen will, wenn es negative Gefühle erzeugt, wenn die Beziehung beschädigt werden könnte).

In einer Übersicht unterscheiden die Autoren eher praktische Strategien (z.B. nutze einfache Sätze) und interpersonale Vorgehensweisen, wie z.B. sich auf die Person „einschwingen“. Letzteres scheint wesentlich dazu beizutragen, dass

Personen mit Demenz die Kommunikation als ‚bedeutsam‘ erfahren und sich akzeptiert und bejaht erleben.

Diskussion

Im Ergebnis halten die Autoren fest, dass eigentlich wenig darüber bekannt ist, welche Strategien in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz von eben denselben als gut und hilfreich bewertet werden. Dies ist erstaunlich angesichts der Tatsache, dass das Feld ‚Demenz und Kommunikation‘ gut beforscht ist und viele der dominanten Ansätze (Validation) genau zu diesem Thema einschlägige Behauptungen aufstellen. Belegt ist bislang nur, dass es Angehörigen und Professionellen damit besser geht und dass es verhaltensbezogene Belege seitens Personen mit Demenz dafür gibt, dass die Nutzung umschriebener Strategien weniger zum Kommunikationsabbruch führen. Insgesamt gibt es damit auf die Frage, wie Menschen mit Demenz Kommunikationen erleben und bewerten, kaum verlässliche Erkenntnisse. Zum Abschluss verweisen die Autoren auf Forschungen bei Menschen mit Aphasie: hier konnte sehr gut erforscht werden, wie die Betroffenen Kommunikationen erleben und bewerten.

Quelle

Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia? A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1785-1800

Schlagworte: Kommunikation, Personenzentriert, Mixed-Methods

9. Der Einsatz von Robotern in der Begleitung stößt bei Angehörigen und Personen mit Demenz auf recht unterschiedliche Resonanz

Ziel/Hintergrund

Während Menschen mit Demenz ihre Unabhängigkeit behalten wollen und nur bedingt eine Einsicht in ihre Unterstützungsbedürftigkeit haben, erleben pflegende Angehörige die schrittweise Begleitung, die häufigen Erinnerungen sowie beständiges Fragen als belastend. Im Unterschied zu stationären Technologien mit statischen Schnittstellen (elektronisch betriebene Erinnerungstafeln, Screens von Computern), erlauben mobile Roboter eine engere Begleitung am jeweiligen Ort und jeweiligen Kontext mit gezielten Erinnerungshilfen, Wiederholungen, Schritt-für-Schritt-Anweisungen und fortlaufenden Informationen zum Tag, zum Verbleib von Schlüsseln, dem Telefon und ähnlichem mehr. Die physische Anwesenheit eines Roboters macht Tätigkeiten u.U. effektiver, sozial angeregter und, weil der Roboter nicht ungeduldig wird, auch akzeptabler.

Vorliegende Studie untersucht im Nachgang zu einer praktischen Erfahrung mit Roboter-Assistenz die Meinungen, die Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen zum Einsatz derartiger Roboter zum Ausdruck bringen. Dabei spielt auch die Frage eine Rolle, welche Konsequenzen der Einsatz für die Beziehungen zwischen Menschen mit Demenz und Angehörigen haben könnte.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie aus Kanada bezüglich der Akzeptanz und Brauchbarkeit eines Roboters bei Schritt-für-Schritt-Anleitungen beim Händewaschen (einfach) und Teekochen (komplexer). Die videographierten Szenen bilden die Basis für strukturierte Interviews mit Menschen mit Demenz und Angehörigen. Die Szenen wurden in einer simulierten Wohnlichkeit eines Rehabilitationszentrums durchgeführt. Beschrieben wird die Auswahl der Teilnehmenden (Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und deren Angehörigen), der mobile tele-kontrollierte Roboter ‚Ed‘ und die Skripte für die Schritt-für-Schritt-Begleitung beim Händewaschen und Teekochen durch den Roboter. Hierbei gibt es minimale und maximal differenzierte Anweisungen, je nach Ressourcen der Person. Beschrieben wird die Inhaltsanalyse der Interviews. Wichtig bei der Studie ist die Zusammenarbeit von Forschenden aus den Feldern der Ergotherapie, Biologie, Psychologie, Robotik und des biomedizinischen Ingenieurwesens.

Resultate

Zehn ‚Paare‘ (Person mit Demenz und Angehörige) konnten gewonnen werden. Die Ergebnisse werden unter drei Themenfeldern vorgestellt. Überlegungen zu einer Zukunft mit assistierenden Robotern

Personen mit Demenz und Angehörige zeigten sich fasziniert und anfänglich begeistert. Fragen entstanden zur Verlässlichkeit, zur Wartung, zur Anpassungsfähigkeit und zu den Kosten. Die Personen mit Demenz reagierten unterschiedlich: 2 wollten keinen Roboter, andere hatten ihren Spaß mit dem Roboter, äußerten sich nicht eindeutig, andere zeigten sich offen für die Möglichkeit einer Assistenz. Übereinstimmend meinten sie, sie bräuchten den Roboter jetzt noch nicht, könnten sich aber bei größerer Bedürftigkeit den Einsatz vorstellen. Andererseits würde man ja Hilfe vom Angehörigen erfahren und die Begleitung durch eine lebende Person sei doch besser. Allerdings: lebte man allein und bedürfe der Hilfe, dann wäre der Roboter eine gute Sache, besonders dann, wenn es den Heimeintritt hinauszöge.

Die Angehörigen konnten sich durchweg den Einsatz sofort vorstellen. Sie würden gerne ausprobieren, in welchen Kontexten und für welche Tätigkeiten eine Schritt-für-Schritt Anleitung sonst noch einzusetzen wäre. Interessant: Angehörige hätten sich seitens der Personen mit Demenz eine positivere Reaktion erhofft.

Überlegungen zu möglichen Einsatzfeldern

Während die Anleitung beim Händewaschen als überflüssig empfunden wurde, wurde die Anleitung bei Teekochen als hilfreich erfahren. Angehörigen fielen viele mögliche Einsatzfelder ein: Sicherheit (verschlossene Türen, Meldungen zu Stürzen etc.), Erinnerungen (an die Tageszeit den Ort oder anstehende Routineaufgaben), aber auch zu komplexeren Tätigkeiten wie z.B. Anrufe tätigen, Rechnungen bezahlen, die Wäsche aufhängen oder den Tisch decken. Insbesondere bei der Belastung anlässlich der ständigen Fragen konnten sich Angehörige gut vorstellen, dass ein geduldiger Roboter immer wieder freundlich Antworten geben und daher zur Reduktion von Ängsten und Frustration beitragen könnte. Es wurde auch beobachtet, dass einige Personen mit Demenz dem Roboter Antworten gaben und ihn/es als soziale Bereicherung erfuhren. Gerade in Kontexten wie z.B. dem Anziehen gebe es häufig spannungsgeladene Situationen und Widerstand: die könnte mit dem Roboter entspannter ablaufen.

Überlegungen zu den Konsequenzen für soziale Beziehungen

Angehörige überlegten, dass die Anleitung, Information und Erinnerung durch einen Roboter die Beziehung zur Person mit Demenz entspannen würde. Man müsse nicht immer wieder dieselben Fragen beantworten, der Roboter könnte immer wieder die versichernden und beruhigenden Antworten geben und bei Bedarf Hilfe ‚herbeirufen‘. Daher wäre man als Angehöriger geduldiger und weniger genervt.

Menschen mit Demenz reagierten auf den Roboter z.T. wie auf einen Freund, z.T. wie auf eine Maschine. Dennoch wur

de die Begleitung durch den Roboter doch eher personalisierend erlebt, wie wenn man nicht allein sondern in Begleitung wäre. Es fühle sich so an, wie wenn jemand im Hause sei und es gebe nicht so viele 'Orte der Leere'.

Diskussion

Personen mit Demenz zeigten sich neugierig und interessiert, sahen aber keinen zwingenden Nutzen für ihre persönliche Situation. Möglicherweise stellten sich die angebotenen Szenen als zu einfach dar oder sie verbanden den Einsatz von Technologie mit einer impliziten Stigmatisierung und damit mit einem Verlust ihrer Autonomie. Angehörige zeigten sich offen für den Einsatz und fantasierten, durch dessen Einsatz in vielerlei Weise, insbesondere aber bei Anleitung, Information und Erinnerungen entlastet zu werden. Während Angehörige den Einsatz eher mit einer Verbesserung der Beziehung in Verbindung brachten, äußerten Personen mit Demenz vereinzelt die Befürchtung, eher weniger im Kontakt mit Angehörigen zu sein. Die Autoren überlegen abschließend die Notwendigkeit, den Dialog zwischen Technologie und Nutzern zu vertiefen, um sie den Bedürfnissen der Personen möglichst gut anzupassen.

Quelle

Quelle: Wang, R.H., Sudhama, A., Begum, M., Huq, R., Mihailidis, A. (2017). Robots to assist daily activities: views of older adults with Alzheimer's disease and their caregivers. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 67-79

Schlagworte: Aktivitäten des täglichen Lebens, Roboter, Technologie, qualitative Studie

Vgl.: Joranson, N., Pedersen, I., Rokstad, A.M., Aamodt, G., Olsen, C., Ihlebaek, C. (2016). Group activity with Paro in nursing homes: systematic investigation of behaviors in participants. *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1345-1354 & Change in quality of life in older people with dementia participating in Paro-activity: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* (2016). 72(12), 3020-3033

Die Studie untersucht Einsatzeffekte des Paro-Roboters (eine batteriebetriebene, interaktive Robbe) in einer Gruppensituation mit Menschen mit Demenz. Der Paro ist ein 'emotionaler Roboter', dessen verlangsamte Bewegungen und Reaktionen (Laute, Blicke) Menschen mit Demenz entgegenkommen und zu einer tierähnlichen Interaktion führen. Die Interaktion regt liebkosende Interaktionen an und trägt u.U. zur Beruhigung und Stressreduktion bei. Vorliegende video-unterstützte Studie untersucht, welchen Effekt der Umgang mit Paro in der Gruppe hat. Teilnehmende sind jeweils 6 Heimbewohner in 5 Gruppen, insgesamt 30 Personen (48% mittelschwere, 44% schwere Demenz). Videoaufzeichnungen erfolgten in der 2. und 10. von insgesamt 12 Interventionen. Die durch einen Gruppenleiter strukturierte Sitzung wird be

schrieben: Personen werden angeleitet, mit Paro zu interagieren und darüber miteinander in Kontakt zu kommen. Paro beobachten und mit dem Roboter im Kontakt sein sowie über ihn sprechen kam bei Menschen mit mittlerer Demenz mit 59%, bei Menschen mit schwerer Demenz mit 39% vor; ‚andere Vorgänge beobachten‘ (Ablenkbarkeit) kam bei Menschen mit schwerer Demenz häufiger vor. Immerhin beobachtete die letztere Gruppe den Paro doppelt so lange wie andere Teilnehmer. Konversationen mit Paro und mit anderen Teilnehmern hielten sich in etwa die Waage. Im Laufe der Zeit (Vergleich der Daten von der 2. mit Daten der 10. Woche) konnte in der Gruppe vermehrt Lachen und Lächeln zu anderen Bewohnern beobachtet werden. ‚Unterhaltungen‘ mit Paro nahmen dagegen mit der Zeit ab.

Die Interaktion mit Paro schiebt einen Gruppenprozess an (‚Eisbrecher‘), der zunehmend auf Paro weniger angewiesen ist. Dennoch bildet der Roboter auch weiterhin den Mittelpunkt und gemeinsamen Bezugspunkt der Gruppe, ein Medium der Kommunikation und Interaktion. Negatives Verhalten konnte in den Paro-Zeiten nicht beobachtet werden. Während in einer Vergleichsgruppe die Werte für Lebensqualität sanken, blieben die Werte für Menschen mit schwerer Demenz aus der Interventionsgruppe stabil.

10. Tablets, touch screens und apps – Potential zur Reduktion herausfordernden Verhaltens und zur Unterstützung des Selbstmanagements

Ziel/Hintergrund

Nicht-pharmakologische, also ökopyschosoziale Interventionen gelten als Mittel der Wahl im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Tablets mit Touchscreen sind mit Erfolg für Menschen mit Demenz entwickelt und von diesen ausprobiert worden zumeist mit dem Ziel, Ängste und Agitiertheit zu reduzieren, soziale Kontakte zu fördern, Aktivitäten anzuregen und zu strukturieren. Sie müssen individualisiert und an die Fähigkeiten des Nutzers angepasst werden. Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Schulungen, um Menschen mit Demenz im Umgang mit dieser Technologie zu begleiten.

Vorliegende Studie geht der Frage nach, ob Apps auf iPads dazu beitragen könnten, herausforderndes Verhalten zu reduzieren.

Methoden

Es handelt sich um eine australische crossover-Studie, bei der Daten einer Interventionsgruppe verglichen werden mit Daten einer 2., aber anders gelagerten Interventionsgruppe sowie Daten einer 3. Gruppe, die keine Intervention erhalten. Probanden bildeten Personen in einem Pflegeheim, die herausforderndes Verhalten auf dem Hintergrund verschiedener Diagnosen zeigten. Beschrieben wird die Vorbereitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Einsatz einfacher, kostenloser Apps wie „tap-drum-pad“, „fingerprint magic“, „dot-to-dot“ etc. Alle Teilnehmenden durchliefen zunächst die Kontrollphase mit anschließender Datenerhebung, dann die jeweilige Interventionsphase mit anschließender Datenerhebung. Die jeweilige Kontroll-/Interventionsphase dauerte 3 Wochen mit 3 Anwendungen pro Woche. Beschrieben werden die Instrumente, um neuropsychiatrische Symptome zu ermitteln.

Resultate

Insgesamt nahmen 15 Personen mit Demenz, Angststörungen, Depressionen und Schizophrenie teil. Die Intervention mit apps führte zu einer Reduktion herausfordernden Verhaltens, insbesondere der Agitiertheit und der Ängste. Diese Reduktion betraf weniger das Vorkommen (Frequenz) allein als den Wert, der sich aus Frequenz mal Ausprägungsschwere des Symptoms ergibt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewerteten den Einsatz unterschiedlich. Insgesamt zeigten sie sich aber überrascht, wie intensiv sich die Teilnehmenden mit den iPads beschäftigten, so dass es Mühe kostete, sie von den Geräten zu trennen.

Diskussion

Die Autoren betrachten die Ergebnisse als Ermutigung, iPads als eine Möglichkeit bei herausforderndem Verhalten einzusetzen. Zwar reduzierte sich Agitiertheit und Ängste, aber die kleine Zahl der Probanden lässt keine sicheren Schlussfolgerungen zu – auch nicht zu der Frage, welche Verhaltensweisen am ehesten durch iPad ‚adressiert‘ werden könnten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekundeten, dass der Einsatz den Personen positiv zugute kam und sie die Bewohner neu erlebten, insgesamt aber keine bedeutsame Erleichterung in der Bewältigung herausfordernden Verhaltens zur Folge hatte. Würde es gelingen, die apps und deren Anwendung konsequenter zu individualisieren und den Input in Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen, könnten die Ergebnisse überzeugender ausfallen.

Quelle

Loi, S., Mazur, A., Huppert, D., Hoy, B., Swan, J., Lautenschlager, N. (2017). A pilot study using ‚apps‘ as a novel strategy for the management of challenging behaviors seen in people living in residential care. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 637-643

Schlagnworte: Personzentriert, tablet, touch screen, Selbstmanagement

Vgl.: Kerkhoff, Y., Graff, M., Bergsma, A., de Vocht, H., Dröes, R.-M. (2016). Better self-management and meaningful activities thanks to tablets? Development of a person-centered program to support people with mild dementia and their carers through use of hand-held touch screen devices. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1917-1929

Bildung und Beratung nach Erhalt der Diagnose wird oft als ungenügend erlebt. Wichtige lebensbestimmende und bedeutsame Rollen gehen verloren. Genau hierfür wären Selbstmanagement-Fähigkeiten wichtig, um sich den Konsequenzen der Veränderungen gut anzupassen. Es scheint wichtiger, Menschen mit Demenz in dieser Hinsicht zu befähigen als sich auf ihre Defizite zu konzentrieren.

Der gezielte Einsatz von Tablets mit touch screen wird als eine Möglichkeit dafür angesehen, um kognitive Verluste zu kompensieren: touchscreens sind einfach zu bedienen und die Entwicklung adäquater Apps ist nicht allzu aufwändig. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Demenz in frühen Stadien den Umgang erlernen können und dies ihr Selbstvertrauen stärken kann. (siehe Beispiele weiter unten)

Neben funktionalen orientierten Hilfen kann der Umgang mit tablets auch bedeutsame positive Aktivitäten unterstützen: Erinnerungen befördern, mit anderen in Kontakt bleiben, Spiele und Musik anregen, Erinnerungslücken zeitnah füllen.

Vorliegende Studie berichtet über die Entwicklung eines personenzentrierten tablet-Programms, das Menschen mit Demenz und deren Angehörigen helfen soll, passende apps für das Selbstmanagement und für bedeutungsvolle Aktivitäten zu finden, die zu den Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten passen. Dazu gehört auch ein Programm, damit Personen mit Demenz den Umgang mit dieser App lernen sowie ein train-the-trainer Programm für Angehörige und Unterstützer. Das Protokoll schildert die Schritte, die für die Entwicklung einer Selbstmanagement-App notwendig sind: theoretische Überlegungen zu prozeduralen Anforderungen einer App für Menschen mit Demenz (Theoriephase), Entwicklung der Inhalte, der Brauchbarkeit und Durchführbarkeit (Modellphase) sowie eine erste Versuchsphase (angewandte Ergebnisse, Wirksamkeit, mögliche intervenierende Faktoren: Pilotphase).

Vgl:

http://www.saradunn-associates.net/fileadmin/saradunn/downloads/clients/SCIE/SCIE_Dementia_and_IT_guide_Author_Sara_Dunn.pdf

<https://otswithapps.com/2013/01/27/memory-apps-for-dementia/>

<https://www.actodementia.com>

11. Tanzen verbessert Stimmung und Verhalten und reduziert Depressivität und Irritierbarkeit

Ziel/Hintergrund

Ökopsychosoziale Interventionen gelten als die Möglichkeit erster Wahl, um Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu verbessern. Für viele kreative Interventionen liegen Studien vor, für das Tanzen dagegen nur wenige. Vorhandene Studien argumentieren, dass Tanzen eine vieldimensionale sensorische Tätigkeit darstellt, die das Musikalische mit Bewegung und sozialer Interaktion verbindet. Vorliegende Studie stellt einen weiteren Schritt in einer Studienreihe dar, die bereits zuvor eine Literaturübersicht sowie eine qualitative Pilotstudie vorgestellt hat. Vorliegende Studie dient der Entwicklung einer komplexen Intervention, bei der die unterschiedlichen Effektstärken bei verschiedenen Individuen über einen längeren Zeitraum hinweg erprobt werden soll.

Intervention: Die Intervention basiert auf Konzepten der psychomotorischen Therapie sowie einem Tanzkonzept „Danzon Latin Ballroom“: es handelt sich um langsame Bewegungen in kleinen Schritten und einem leichten Hüftschwung. Zunächst erfolgt eine Aufwärmphase (10 Minuten), dann die Danzon Intervention in Paaren (10 Minuten), dann eine 5-min. Phase kreativen Tanzens mit Partnerwechsel und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und einer abschließenden Cool-Down Phase von 5 Minuten (Sitzkreis mit Austausch). Die Intervention wurde 2x wöchentlich über 12 Wochen angeboten von jeweils 1 ½ Stunden.

Methoden

10 Heimbewohner wurden aus 8 Pflegeheimen in Großbritannien rekrutiert. Zuerst erfolgte eine diskontinuierliche, zeitversetzte Beobachtungsphase (A) von 3-6 Wochen, um Basisdaten der Teilnehmenden zu verschiedenen Tageszeiten und Tagesverfassungen zu sammeln. Dann erfolgte eine 12-wöchige Interventionsphase (B) sowie eine 12-wöchige Beobachtungsphase nach Beendigung der Intervention (C), in der nicht getanzt werden sollte. Die Intervention wurde von zuvor trainierten und geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtung durchgeführt. Instrumente werden beschrieben, um kognitiven Status, Gebrechlichkeit (frailty), Stimmung und Verhalten zu beschreiben. Aus einer Liste von 17 Items (z.B. motorische Aktivität, Schlaf, Selbstachtung) wurden 2 besonders hervorstechende Zielitems (‘target behaviour’) pro Teilnehmer ausgewählt, die entweder besonders wichtig für die Person oder - weil belastend - besonders wichtig für Mitbewohner oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren. Diese sollten besonders umfassend beobachtet und dokumentiert werden. Daten für die Wirkung der Intervention insgesamt wurden anhand von Tagesberichten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Verhalten und Stimmung der

Teilnehmenden in den Phasen A und B gewonnen. Beschrieben wird das statistische Auswertungsverfahren.

Resultate

Die Intervention zeigte keine Effekte in Bezug auf Kognition. Einige Teilnehmer wurden infolge gesundheitlicher Verschlechterungen eher zu Beobachtern als zu Teilnehmern. Schwierig empfundene Verhaltensweisen nahmen in der Interventionsphase insgesamt leicht ab und positive Stimmung leicht zu. Der Effekt wird als statistisch signifikant, insgesamt als gering bis mittel eingestuft. Es steigerte sich der Antrieb, mit anderen zusammen zu sein, gut zu speisen und weniger irritiertes und depressives Verhalten an den Tag zu legen. Dies traf besonders bei ansonsten eher apathischen, lethargischen und irritierbaren männlichen Bewohnern auf, für die es zumeist eher schwerfällt, passende Angebote zu unterbreiten.

Diskussion

Für bestimmte Männer scheint das Tanzen mit Zuversicht und Selbstvertrauen verknüpft zu sein und positive Emotionen auszulösen.

Auch Personen mit sensorischen Beeinträchtigungen und fehlender Erfahrungen profitierten von der Intervention. Bei Mobilitätseinschränkungen schien das reine Beobachten mit etwa ähnlichen Gefühlen von Zufriedenheit und Freude verbunden zu sein wie bei den Teilnehmenden selbst. Allerdings: für einen sehr erfahrenen Tänzer, der nun aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr tanzen konnte, war die Intervention eher mit negativen Empfindungen verbunden.

Die Studie zeigt im Urteil der Autoren, dass sehr unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Herausforderungen von einer Tanz-Intervention profitieren können. Die Autoren bewerten es ermutigend für körper-orientierte Möglichkeiten, Stimmung und Verhalten gezielt zu beeinflussen.

Quelle

Guzman, A., Freeston, M., Rochester, L., Hughes, J.C., James, I.A. (2016). Psychomotor Dance Therapy Intervention (DANCIN) for people with dementia in care homes: a multiple-baseline single-case study. *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1695-1715

Schlagnote: Tanzen, psychosoziale Intervention, Depressivität, Irritierbarkeit, Stimmung

Vgl.: Guzman, A., Robinson, L., Rochester, L., James, I.A., Hughes, J.C. (2017). A process evaluation of a Psychomotor Dance Therapy Intervention (DANCIN) for behavior change in dementia: attitudes and beliefs of participating residents and staff. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 313-322
Im Anschluss zu obiger Studie werden Meinungen und Haltungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Teilnehmenden

den und Familienmitgliedern zur Intervention erhoben. Die Rückmeldungen fielen überwiegend (75%) positiv bis sehr positiv aus, besonders zu positiven Veränderungen von Stimmung und Verhalten. Besonders hervorgehoben wurde: Tanzen ist ein Anlass, der im Nachhinein viele Erinnerungen weckt und das Gefühl der Selbstwirksamkeit stärkt; mit dem Tanzen machen Bewohner gemeinsame Erfahrungen, über die sie sich austauschen, so dass das soziale Miteinander gefördert wird; Teilnehmende und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begrüßten den Vorschlag, das Tanzen als strukturierenden Teil des Pflegeplans 2x in der Woche durchzuführen.

Mitarbeitende betonten die Bedeutung der Unterstützung durch das Management, ohne man diese Intervention nicht auf Dauer implementieren könne. Da es den Bewohnern so gut täte, sei man auch bereit, dafür Zeit und Energie zu investieren, auch wenn dies Mehrarbeit bedeutete.

12. Die bisherige Versorgungslandschaft ist kaum auf Früherkrankte vorbereitet

Ziel/Hintergrund

Zwischen 5% und 9% aller Demenzen treten vor dem 65. Lebensjahr auf. Frühe Demenzen werden oft spät diagnostiziert, weisen eine große Spannweite von Ursachen auf, gehen mit vielen nicht-kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen einher. Auch Beratungen und Hilfen sind selten, schwer zu finden und passen schlecht zu den Bedürfnissen der Früherkrankten und deren Familien. Zumeist wird die Arbeit verloren, sind gravierende finanzielle Einbußen hinzunehmen und massive familiäre Anpassungsleistungen zu bewältigen. Vorliegende Literaturstudie versucht, die Bedürfnisse von Früherkrankten und deren Familien zu identifizieren und berichtet von den Erfahrungen, die mit den Diensten gemacht wurden. Die Arbeit versteht sich als Auftakt, um neue passende Interventionen für Früherkrankte im Rahmen eines europäischen Projektes zu entwickeln.

Methoden

Beschrieben wird die Suchstrategie, die Ein- und Ausschlusskriterien (ausgeschlossen werden Studien zu Huntington, HIV, alkoholbedingte Demenzen und Down Syndrom) sowie die Bewertung der Qualität der Studien.

Resultate

Insgesamt erfüllten 27 Studien die Einschlusskriterien. 6 verschiedene Aspekte werden hervorgehoben: Es dauert vergleichsweise sehr lange, eine präzise Diagnose zu erhalten. Ohne diese sind Veränderungen unerklärlich und sowohl für die Person als für ihr Umfeld hoch irritierend. Fehldiagnosen seitens der Ärzte, Verweigerung in der Annahme von Hilfen, mangelnde Krankheitseinsicht erschweren diese Zeit.

Die erhaltenen Informationen sind nicht immer hilfreich und lösen zuweilen Ängste und Hilflosigkeit aus. Besonders in der Zeit nach der Diagnose wünschen sich Früherkrankte und Angehörige über die Krankheit und ihren Verlauf aufgeklärt zu werden. Beratung für viele praktische Fragen wie z.B. die Anpassung der Wohnung, spezielle Pflegemaßnahmen und Angebote, Notfalldienste sowie finanzielle Hilfen wären sehr erwünscht. Sehr oft wird dies als unzureichend erlebt. Da die Hilfen nicht passen, erwartet man nichts Gutes mehr und lehnt weitere Hilfe eher ab.

Neben dem Mangel an geeigneten Angeboten (Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen, Tagespflege) macht den Betroffenen das Stigma zu schaffen: im Unterschied zu alten Menschen fällt es sehr viel schwerer, die Diagnose Demenz ändern mitzuteilen. Es besteht die Befürchtung, dass sich Freunde zurückziehen oder dass es zu beschämenden Situationen kommt. Da Früherkrankte körperlich fit erscheinen, werden ihre Fähigkeiten häufig überschätzt.

Besonders schmerzlich werden bedeutsame Aktivitäten und ein Lebenssinn vermisst. Dies gilt auch für soziales Zusammensein und intime Beziehungen. Professionelle Helfer, aber auch Angehörige werden als risikovermeidend erlebt. Früherkrankte haben den Wunsch, an Gemeinschaft, Arbeit und stimulierenden Aktivitäten teilzunehmen, von denen sie sich zunehmend ausgeschlossen erfahren. Angehörigen fällt es zunehmend schwerer, eine adäquate Balance zwischen der Pflege und dem eigenen Leben herzustellen. Die Pflege und Sorge übernimmt ihr Leben.

Das herausfordernde Verhalten Früherkrankter wird von Angehörigen als sehr belastend erlebt, da die Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen oft deutlicher und gravierender ausfallen als in den senilen Demenzen. Besonders die Apathie, der Mangel an sozial adäquatem Verhalten und Agitiertheit werden genannt. Außenstehende zeigen bei Früherkrankten weniger Verständnis als bei alten Menschen. Aggressionen und Halluzinationen wirken sich mitunter traumatisierend auf noch mitlebende Kinder aus.

Die Partner werden zunehmend einsamer, vermissen den Partner schmerzlich und erfahren gravierende Einbußen ihrer Lebensqualität.

Diskussion

Die Eröffnung der Diagnose bedarf dringend einer guten Vorbereitung, anschließender Beratung und Hinführung zu passenden Angeboten für Früherkrankte und Familienmitglieder. Informationen müssen derart gestaltet werden, dass sie allen Beteiligten einen Weg eröffnen, mit der Krankheit zu leben und nicht an ihr zu verzweifeln. Unterstützungsgruppen, als sinnvoll erlebte Aufgaben und praktische Hilfen für die Familien (Tages- und Kurzzeitpflege) sollten das Versorgungssetting flankieren, um Angehörige ausreichend zu entlasten. Früherkrankte benötigen eine Pflegeumgebung, an der sie beteiligt werden und in der sie gute Erfahrungen machen können – soziale Gruppenerfahrungen bis hin zu intimen Beziehungen. Angehörige benötigen Begleitung und Psychotherapie, aber auch ein reiches Netzwerk an Diensten, um nicht selbst an Depressionen zu erkranken.

Quelle

Millenaar, J.K., Bakker, C., Koopmans, R., Verhey, F., Kurz, F., de Vugt, M. (2016). The care needs and experiences with the use of services of people with young-onset dementia and their caregivers: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1261-1276

Schlagworte: präsenile Demenz, Angehörige, Literaturreview

Vgl.: Dubois, B., Ferreira, C. et al on behalf of the RHAPSODY study group (2016). RHAPSODY – Internet-based sup

port for caregivers of people with young onset dementia: program design and methods of a pilot study. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2091-2099

Beschrieben wird die Entwicklung eines Internet basierten Informations- und Handlungsprogramms für pflegende Angehörige von Früherkrankten (RHAPSODY= Research to Assess Policies and Strategies for Dementia in the Young). Es handelt sich um ein e-Lernprogramm zum Umgang mit herausforderndem Verhalten, zum Umgang mit dem familiären Rollenwechsel, Hilfestellungen, um Unterstützung zu erhalten und adäquate Selbstpflege zu betreiben. Wesentliches Ergebniskriterium für den Erfolg wird die Selbstwirksamkeit der Angehörigen nach 6 Wochen Programmnutzung bilden.

<http://www.rhapsody-project.eu/content/deutsch>

Vgl.: van Vliet, D., Persoon, A., Bakker, C. et al (2017). Feeling useful and engaged in daily life: exploring the experiences of people with young onset dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1889-1898

Es handelt sich um eine qualitative Studie auf der Basis von Interview mit Früherkrankten mit dem Ziel herauszufinden, welche Aspekte des Alltags ihrem Leben einen Sinn geben. Die Ergebnisse werden in vier Themenfeldern zusammengefasst:

1. Engagiert sein im Sinne von: für andere sinnvoll und bedeutsam tätig sein. Hierunter wird eine soziale Rolle und Bedeutsamkeit für andere verstanden, den Tag mit Aufgaben und Herausforderungen gefüllt erleben, ohne, dass man die Kontrolle verliert. Auch dazugehören, etwas erreicht zu haben, miteinander Spaß zu haben, z.B. miteinander kochen, einen Garten versorgen, Zeitungen austragen. Alle betonen die Bedeutung der Unterstützung im Bemühen, für andere sinnvoll und bedeutsam tätig zu sein.
2. Die Verlusterfahrungen im Alltag: darunter werden die primären und sekundären Symptome der Demenz aufgeführt, dann aber auch der Verlust der Autonomie, der Freiheit, des Führerscheins, der Verlust von Arbeit, die Veränderungen in erfahrener Elternschaft und der Mangel an Verständnis und Entgegenkommen, das Vermeidungsverhalten anderer.
3. Coping und Anpassung: Neben Ärger und Frustration wird auch das Bemühen um positives Denken beschrieben: weiter machen, Ablenkung suchen, mit anderen darüber reden, offen sein für andere und für Alternativen.

Externe Unterstützung: verstanden werden, eine Tagesstruktur haben, zur Tagespflege gehen, mit anderen Früherkrankten zusammen sein und sich austauschen.

Die Autoren fassen ihre Befunde in einem Modell zusammen:

Beschäftigung, sinnvoll und für andere bedeutsam tätig sein, bildet das übergreifende Thema. Weiter unten wird deutlich, wie mit dem Fortschreiten der Erkrankung sich der Fokus ändert: zunächst die Auseinandersetzung mit der Diagnose und ihren Folgen, dann die allmähliche Anpassung und Neubewertung und gegen Ende die zunehmende Annahme von Unterstützung.

Die Studie zeigt ein ungünstiges Zusammentreffen zweier Entwicklungen: gerade in der Zeit, wo es wichtig wäre, für andere bedeutsam tätig sein zu können, verliert man die Arbeit, Freunde, Beziehungen und oft auch die Elternrolle. Hier sehen die Autoren einen wichtigen Ansatz in der Beratung und Begleitung: sich anpassen, die Enttäuschungen bearbeiten können und ein neues Kompetenzgefühl aufzubauen.

Eine weitere Studie (Literaturreview) kommt zu sehr vergleichbaren Ergebnissen:

Richardson, A., Pedley, G., Pelone, F., Akhtar, F. et al (2016). Psychosocial interventions for people with young onset dementia and their carers: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 28(9), 1441-1454

13. Unmittelbar nach der Diagnose, in frühen Jahren, bei Vorliegen einer Depression steigt die (geringe) Wahrscheinlichkeit des Suizids bei Demenz

Ziel/Hintergrund

Während für alte Menschen Risikofaktoren für Suizid bekannt sind, ist dies für Menschen mit Demenz weniger eindeutig. Die Selbsttötung Prominenter täuscht darüber hinweg, dass in Bezug auf die Selbsttötung von Menschen mit Demenz wenig Daten greifbar sind und daher kaum Konzepte für die Prävention vorliegen. Vorliegende Studie fasst vorhandenes Wissen zusammen in der Absicht, auf dieser Wissensbasis Präventionsprogramme aufzubauen.

Methoden

Beschrieben wir die Suchstrategie und die Einschluss Kriterien für Literatur.

Resultate

Ergebnisse werden unter verschiedene thematische Aspekte gegliedert:

Prävalenz von Suizidgedanken und Suizidverhalten bei Demenz

Die verschiedenen Studien machen sehr unterschiedliche und wenig verallgemeinerbare Angaben zwischen 0%, 4%, 12% und 24% der jeweils untersuchten Populationen. Dabei bleibt zumeist offen, ob die Suizidgedanken etwas mit Demenz zu tun haben. Vollendeter Suizid von Menschen mit Demenz kommt selten vor. Auch hier ist die Studienlage wenig aussagekräftig: die Zahlen schwanken von 0%, 0,8%, 2,4%.

Praxis und Prävalenz assistierter Suizide

Dies ist nur in wenigen Ländern rechtlich möglich und zumeist gebunden an das Vorliegen einer tödlichen Erkrankung sowie an die Entscheidungsfähigkeit des Patienten. Angaben für Menschen mit Demenz fallen gering aus mit 0,3% aller assistierten Suizidanten für die Schweiz und 1,5% für die Niederlande. In den Niederlanden steigt dieser Anteil seit Jahren an für Personen in der Frühphase der Demenz. Die Frage der Entscheidungsfähigkeit ist hoch umstritten. In den Beneluxländern ist es zudem möglich, vor oder zu Beginn der Demenz eine Patientenverfügung abzugeben, die es Ärzten erlaubt, in späten Phasen der Demenz einen assistierten Suizid vorzunehmen. In der Regel gehen Ärzte mit dieser Möglichkeit sehr zurückhaltend um.

Risikofaktoren für Suizidgedanken und Suizidverhalten

Obgleich insgesamt das Risiko für Suizid bei Demenz gering einzuschätzen ist, gibt es doch bestimmte vulnerable Gruppen, die sich differenzieren lassen:

Menschen mit Demenz und einer gleichzeitig vorliegenden Depression sowie einer depressiogenen Vorgeschichte sind gefährdet. Es wird angenommen, dass 30-50% aller Men

schen mit Demenz im Verlauf der Demenz an Depressionen leiden. Der Wunsch, zu sterben hängt bei Menschen mit Demenz deutlich mit Depressivität zusammen. Auch Angst- und Wahnerkrankungen sowie Substanzenabhängigkeit erhöhen die Wahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken und Handlungen.

Eine zweite Gruppe besteht aus Personen mit kürzlich erhaltener Demenzdiagnose insbesondere in den ersten drei Monaten nach Eröffnung der Diagnose im Krankenhaus. Man nimmt an, dass die Art und die Umstände der Eröffnung sich auf die Wahrscheinlichkeit suizidaler Gedanken und Handlungen auswirkt. Diese Annahme ist allerdings umstritten, da andere Studien von Suiziden nach 1, 3 oder gar 5 Jahren berichten. Zudem liegen Belege dafür vor, dass die Eröffnung der Diagnose für viele auch befreiend und bestätigend wirken kann.

Schweregrad und Art der Demenz

Je schwerer die Demenz, desto unwahrscheinlicher werden suizidale Gedanken und Handlungen. Je geringer die Krankheitseinsicht und desto gravierender die Einbrüche bei den Exekutivfunktionen, desto geringer das Risiko. Die Art der Demenz scheint für das Risiko keine erkennbare Rolle zu spielen (Ausnahmen sind Huntingdon und FTD).

Präsymptomale Diagnostik (Biomarker)

Es besteht die Sorge, dass die Aufdeckung einer hohen Demenzwahrscheinlichkeit (Huntingdon, FTD, familiar dominante Variante der AD) aufgrund genetischer Testverfahren die Prävalenz von Suiziden erhöhen könnte.

Menschen, die in vergleichbar eher jüngeren Jahren diagnostiziert werden, sind vermehrt gefährdet. Dänische Studien beschreiben ein etwa 3-fach Höheres Suizidrisiko für diese Gruppe.

Ein besonderes neuropsychologisches Profil scheint für das Risiko maßgeblich zu sein: Einbrüche bei wertorientierten Entscheidungen und der kognitiven Hemmung (Fähigkeit, irrelevante Stimuli auszublenden). Insgesamt ist es der Verlust der kognitiven Kontrolle über Affekte und Stimmungen, welcher das Risiko ansteigen lässt.

Diskussion

Obgleich das Risiko insgesamt niedrig erscheint, sind Personen, die in frühen Jahren eine Diagnose erhalten, Menschen unmittelbar nach der Diagnose, Personen mit affektiven Vorerkrankungen, Personen in der Anfangsphase der Demenz deutlich gefährdeter als in späteren Phasen der Erkrankungen oder bei Erkrankung im höheren Lebensalter. Weitere Risikofaktoren bedürfen der Aufklärung, insbesondere der Effekt bezüglich der Art und Weise der Diagnoseeröffnung, Zusammenhängen mit dem spezifischen kognitiven

und affektiven Profil, besondere Persönlichkeitsfaktoren, Suizidvorkommnisse in der Familie, belastende Lebensereignisse etc. Insgesamt sind die Literaturen schlecht und schwer vergleichbar, weisen eher ein rückblickendes Design auf, untersuchen zu wenig psychiatrische Komorbidität und weisen oft verschiedene Grundauffassung von Suizid auf.

Quelle

Diehl-Schmid, J., Jox, R., Gauthier, S., Belleville, S., Racine, E., Schüle, C., Turecki, G., Richard-Devantoy, S. (2017). Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know. A narrative literature review. *International Psychogeriatrics*, 29 (8), 1247-1259

Schlagworte: Suizid, Literaturreview

Vgl.: O'Dwyer, S.T., Moyle, W., Taylor, T., Creese, J., Zimmer-Gembeck, M.J. (2016). Homicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(11), 1174-1181

Vorliegende Studie aus Australien untersucht Tötungsgedanken Angehöriger in Bezug auf von ihnen versorgte Menschen mit Demenz. 21 Angehörige in Australien wurden im Kontext einer größer angelegten Studie zu Tötungsgedanken befragt.

In Fällen kombinierter Selbst- und Fremdtötungen („suicide and homicide“: dies wird als eine Art erweiterte Selbsttötung gedeutet) spielen in 40% aller Fälle längere Pflegezeit und kognitive Einbußen der zu pflegenden Person eine entscheidende Rolle. Studien belegen, dass einer von sechs pflegenden Angehörigen mehrfach mit Tötungsgedanken zu ringen hat.

Wesentliche Kernaussagen vorliegender Studie sind: Tötungsgedanken entstehen auf dem Hintergrund physischer und psychischer Erschöpfung sowie dem Entschluss, die zu pflegende Person in keinem Fall in einem Pflegeheim unterzubringen. Einige Personen gehen soweit, sich diese Tötungen konkret auszumalen. Tötungsphantasien gehen zumeist mit Gedanken an kombinierte Selbst- und Fremdtötung einher. Angehörige fanden die Tötungsgedanken, die andere Angehörige vorbrachten, zumeist sehr gut nachvollziehbar und zeigten sich nicht entsetzt oder abgestoßen – immer unter der Voraussetzung, dass man es am Ende dann doch nicht vollziehe. Noch verbreiteter als Tötungsgedanken war der Wunsch, der /die zu Pflegenden möge doch einfach schnell sterben, dann sei es endlich vorbei. Zumeist äußerten sich die Angehörigen positiv zu der Möglichkeit eines arztassistierten Suizids: Je weiter die Krankheit voranschreite, desto furchtbarer sei es. Dies aushalten zu müssen sei für alle Beteiligten entwürdigend und beschämend. In diesem Zusammenhang berichteten die Angehörigen von Vorkommnissen psychischer und physischer Gewalt: man sei so an der Grenze, so maßlos erschöpft, dann passiere es eben und im Nachhinein mache man sich endlos Vorwürfe, habe

Schamgefühle und könne sich selbst umbringen. Nach den Interviews gaben die Angehörigen zu erkennen, dass sie diese Gedanken bislang noch nie zu äußern gewagt hätten. Die Autoren reflektieren die Zusammenhänge der vorgebrachten Themen: Selbst- und Fremdtötung, Gewalt und Missbrauch, das Aushalten, die Scham und der arztassistierte Suizid. Gibt es ein Kontinuum beginnend mit der Überforderung über Gewalt bis hin zur kombinierten Selbst- und Fremdtötung? Sollte bei Angehörigen das Belastungserleben auch in Richtung Selbst-/Fremdtötung abgefragt werden und wenn, wie und von wem? Alle Personen, die Selbst-/Fremdtötungsphantasien äußerten, waren Frauen, wobei vollendete Akte zumeist von Männern ausgehen. Könnte es sein, dass letztere diese Gedanken weniger äußern, im konkreten Fall aber eher Handlungsbereitschaft zeigen – und wenn ja, wie könnte dies verhindert werden? Abschließend resümieren die Autoren: trotz endloser Forschungen über Angehörige habe sich in der Praxis wenig verändert. Angehörige stellen den größten Pflegedienst dar und erführen insgesamt wenig Anerkennung und Unterstützung.

Vgl.: Joling, K.J., O'Dwyer, S.T., Hertogh, C., van Hout, H. (2017). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Psychiatry*, published ahead of print: DOI: 10.1002/gps.4708

Die 2-jährige Langzeitstudie aus den Niederlanden belegt einen Zusammenhang suizidaler Gedanken pflegender Angehöriger mit ausgeprägten Symptomen der Depression und Angststörung, einem geringeren Kompetenzgefühl, eigenen gesundheitlichen Problemen, geringer Unterstützung durch weitere Angehörige sowie Gefühlen der Verlassenheit und Einsamkeit. Dies betrifft in etwa einen unter 8 pflegenden Angehörigen. Suizidale Gedanken treten über den gesamten Zeitraum der Pflege auf und nicht nur am Anfang oder am Ende der Pflegezeit.

14. Je konkreter das Schulungsziel für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, desto eher ergeben sich erkennbare Effekte für Bewohner

Ziel/Hintergrund

Für Heimbewohner bilden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen wesentlichen Teil ihrer sozialen Umgebung. Was und wie es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun und wie sie sich dabei fühlen wird vermutlich einen deutlichen Einfluss auf Stimmung und Befindlichkeit der Bewohner haben. Vorliegende Studie trägt die Befunde für diese Hypothese zusammen. Genauer gesagt geht es um die Frage: wirken sich Interventionen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z.B. Fortbildungen) auf die Pflege- und Lebensqualität der Bewohner erkennbar aus? Und wenn ja, halten diese Effekte an? Ändert sich nach Interventionen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennbar etwas in dem, was und wie sie etwas tun, z.B. in der Grundpflege, der Interaktion und Kommunikation, der Zeit für Kontakt?

Methoden

Beschrieben werden die Suchstrategie, die Einschluss- und Ausschlusskriterien. 46 Studien konnten eingeschlossen werden, wobei rein qualitative Studien nicht berücksichtigt wurden.

Resultate

Einige Studien untersuchten nicht, ob die Intervention für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter spezifische Effekte für die Bewohner zur Folge hatten, sondern nur, ob sich insgesamt die Pflegequalität (anhand eines Summenwertes) verändert hat. Andere Studien stellten zwar Veränderungen fest, nicht aber, womit konkret diese Veränderungen bewirkt worden waren. Wiederum andere Studien wiesen nur Veränderungen auf der Ebene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus, z.B. veränderte Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse werden getrennt für Lebens- und Pflegequalität beschrieben.

Lebensqualität: Von insgesamt 12 Studien konnten nur 3 erkennbare Effekte für die Lebensqualität belegen, darunter das Tragen von Straßenkleidung oder eine erhöhte Aufmerksamkeit auf das Bewusstsein (Wachheit, Aufmerksamkeit) der Bewohner. Ob sich Fortbildungen mit Selbsterfahrungskomponenten auf Bewohner positiv auswirken, konnte nicht plausibel gemacht werden. Schon eher konnte gezeigt werden, dass sich Interventionen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verringernd auf herausforderndes Verhalten auswirken (40% der Studien). Die besten Effekte zeigen sich bei Fortbildungen mit anschließender Supervision bzw. Fallbesprechung. Ob die Effekte anhalten, dazu gibt es keine einheitlichen Befunde. Deutliche Effekte zeigten sich auch in Bezug auf Reduktion von Schmerzen der Bewohner, auch hier nach Fortbildungen mit anschließender Supervision bzw. Fallbesprechung. Ob der Effekt anhielt konnte nicht

gezeigt werden. In Bezug auf Depression zeigten sich nach Fortbildungen leichte und gemischte Wirkungen. Die hohe Variabilität der Ergebnisse (bei einigen Bewohnern Verbesserungen, bei anderen Verschlechterungen ohne, dass man weiß, warum) macht es schwierig, diese Ergebnisse zu bewerten.

Pflegequalität: Fortbildungen mit anschließender Begleitung und einem ‚train-the-trainer‘-Programm führten zu einer deutlichen Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen mit anhaltender Wirkung. Auch Fortbildungen, Trainings, welche auf die Verbesserung der Grundpflege zielten, wirkten sich deutlich positiv auf Bewohner aus. Dabei wurden sehr konkrete Aspekte in den Blick genommen, wie z.B. die Person mit Namen ansprechen, sich vorstellen, nach Ankündigung ein paar Sekunden vor Pflegebeginn verstreichen lassen, Pflegemaßnahmen beschreiben, Anweisungen in kleinen Schritten geben, Erinnerungen während der Pflege aufgreifen, sich Zeit lassen etc. Die Effekte auf Bewohner konnten auch in nachfolgenden Messungen bestätigt werden, sie wirkten sich nachhaltig aus. Effekte von Fortbildungen zu Psychopharmaka wirkten sich dagegen nur kurzfristig aus.

Weitere Studien zeigen Effekte für Pflegende (z.B. Wissenszuwachs), die sich auch in veränderter Praxis manifestierte (z.B. verbesserte Kommunikation), allerdings ohne Nachweis, ob sich dies positiv auf Bewohner auswirkte.

Zusammenfassend wirkten sich Interventionen für Mitarbeitende zu den Themen Fixierung, Schmerzen und Interaktion/Kommunikation positiv auf Bewohner aus. Skalen zur Lebensqualität konnten diese Effekte in der Regel nicht oder nur unzureichend abbilden. Instrumente, die spezifische Pflege Themen aufgriffen wie z.B. Schmerzen oder Fixierungen eigneten sich besser, solche Effekte nachzuweisen. In vielen Studien fehlten Belege für eine anhaltende Wirkung, etwa ½ Jahr nach Beendigung der Intervention.

Diskussion

Je konkreter die Interventionen auf spezifische Pflege Themen zielten, desto eher ließ sich eine (anhaltende) Wirkung auf Bewohner erweisen. In der überwiegenden Mehrzahl der Interventionen verschwand der Effekt einer Intervention für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gemessen an Auswirkungen für Bewohner, nach einem halben Jahr. Um spezifische Effekte nachzuweisen sei es unumgänglich, Expertenbeobachtungen durchzuführen. Nur hierbei werden die konkreten Handlungen erkennbar, die aus Interventionen folgen, sowie die differenzierten Effekte, welche diese Handlungen auf Bewohner haben. Gemessen an Effekten für Bewohner sind diejenigen Interventionen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzuziehen, die nach der Schulung weitere Implementierungs- und Reflexionsschritte ansetzen wie z.B. Fallbesprechungen oder Anleitungen vor Ort in der Praxis.

Quelle

Bird, M., Anderson, K., MacPherson, S., Blair, A. (2016). Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality of life people with dementia? *International Psychogeriatrics*, 28(12), 1937-1963

Schlagworte: Pflegende, quality of care, quality of life, Literaturreview

Vgl.: Spector, A., Revolta, C., Orrell, M. (2016). The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1172-1187

Vorliegende Literaturstudie geht der Frage nach, ob Trainings und Fortbildungen nachweisbare und nachhaltige Effekte auf teilnehmende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufweisen. 19 Studien konnten eingeschlossen werden. Die meisten Studien fokussieren Interaktion, Kommunikation und Umgang mit herausforderndem Verhalten. In dieser Hinsicht liegen Belege für mehr Wissen, gesteigertes Kompetenzgefühl im Umgang und besseren Beziehungsaufbau vor. Dies geht zumeist einher mit einer Reduktion von erlebtem Stress und Burnout, wobei die Aussagen der Studien stark variieren. Die grundlegende Haltung („attitude“) ist dagegen durch Schulungen nur wenig bis kaum zu beeinflussen. Übereinstimmend berichten die Studien davon, dass nach Beendigung der Schulung die Unterstützung seitens der Organisation für Implementierung schnell nachließ und abbrach.

Trainings und Schulungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten weisen im Vergleich zu anderen Themen den größten Effekt auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf. Die gewachsene Kompetenz unterfüttert das Gefühl, selbstwirksam mit diesen Herausforderungen umgehen zu können. Dies wiederum trägt zur Reduktion des Belastungserlebens und des Burnouts bei.

Den größten Forschungsbedarf sehen die Autoren für das Thema „Organisation und Leitung“.

