Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

(Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 1/2014

gefördert von:

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

LANDESVERBÄNDE DER PFLEGEKASSEN

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

Über UW/H:
Die Universität Witten/Herdecke (UW/H) nimmt seit ihrer Gründung 1982 eine Vorreiterrolle in der deutschen Bildungslandschaft ein: Als Modelluniversität mit rund 1.500 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 2014

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 Nutzer des DZD-Forschungsnewsletters,

es ist wieder so weit. Der erste Newsletter 2014 ist fertig und wartet mit einem kurzen Rückblick, vielen News und spannenden Studien auf. Wie Sie dem Newsletter entnehmen werden, ist das DZD weiterhin ausgesprochen aktiv und produktiv. Mittlerweile ist das vierte „Demenzei des Monats (http://dzd.blog.uni-wh.de/category/das-demenzei-des-monats/) zum Thema Depression erschienen, unser Newsletterday im Februar 2014 war ein großer Erfolg, wir halten weiterhin Vorträge, erstellen Arbeitspapiere zu verschiedenen Themen der Versorgung von Menschen mit Demenz (derzeit arbeiten wir an einem Papier zum Thema „Inklusion und Demenz") und vor allem haben wir viele neue Ideen zum Wissenstransfer. Ohne weiteres können wir behaupten, dass sich unser Online-Auftritt (www.dialogzentrum-demenz.de) mit seinen verknüpften Kanälen etabliert hat und sich immer größerer Beliebtheit erfreut.

Neben dem Auftrag des Wissenstransfers im Bereich Demenz, dem wir nun seit fast 10 Jahren im Auftrag der Pflegekassen und des Gesundheitsministeriums NRW im Rahmen der Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de) nachgehen, führt das Dialogzentrum Evaluationen und Pilotforschungen durch. Derzeit arbeiten wir an der Evaluation einer Demenzberatungsstelle in Salzburg (http://www.diakoniewerk-salzburg.at/de/demenz_team/) sowie an der Evaluation des Gastfamilienprojektes für Menschen mit einer Demenzerkrankung der Diakonie Düsseldorf (http://www.diakonie-duesseldorf.de/Gastfamilien-gesucht.381.0.html). Beide Aufgaben sind sehr spannend. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

Eine besondere Freude ist es mir, an dieser Stelle das von unserem Mitarbeiter Marcus Klug verfasste E-Book zum Schwerpunkt „Selbstmanagement in der Versorgung von Menschen mit Demenz" als weiteres Produkt des Wissenstransfers durch das DZD anzukündigen (https://www.youtube.com/watch?v=94AACsQGx5o). Das Werk wird in spätestens zwei Wochen (Ende Juli 2014) kostenfrei zur Verfügung stehen! Es lohnt sich nicht nur deswegen, unsere Seiten im Netz regelmäßig zu besuchen!

Ein weiterer Umstand erfreut uns in besonderem Maße. Im nächsten Jahr feiert das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) sein ***10-jähriges Bestehen***! Wenn das kein Grund zum feiern ist …! Aus diesem Grunde werden wir im Februar 2015 an unseren 3. Newsletterday unser Jubiläum begehen. Das genaue Datum werden wir Ihnen nach den Ferien mitteilen! Es wird bestimmt ein spannender Tag mit noch spannenderen Gästen.

Zu guter Letzt bleibt mir nur noch, Ihnen eine spannende Lektüre des aktuellen Newsletters zu wünschen. Sehen Sie sich doch einmal auf den Seiten des DZD um, kontaktieren Sie uns bei Bedarf und bleiben Sie uns vor allem gewogen …

Viel Freude beim Lesen
wünscht Ihnen
Ihr

Detlef Rüsing
(Leiter DZD)

Newsletter DZD 1/2014

Willkommen zum sechzehnten 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
58448 Witten
tel.: ++49 (0) 2302/926319
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)

1. Wissenstransfer 2.0: Neuigkeiten zu kommenden Aktionen des DZD im Web

E-Book zum Schwerpunkt „Selbstmanagement und Demenzpflege": Erscheint bis Ende Juli 2014

Marcus Klug, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), schreibt seit längerer Zeit einzelne Beiträge zur Beziehung von Selbstmanagement und Versorgung Demenzerkrankter auf dem Blog des DZD (www.dialogzentrum-demenz.de). Diese Beiträge, die unter der Rubrik „Selbstmanagement in der Pflege" (http://dzd.blog.uni-wh.de/category/selbstmanagement-in-der-pflege/) abgerufen werden können, werden Ende Juli 2014 mit einem Vorwort von Detlef Rüsing als frei erhältliches E-Book unter dem Titel „Und wer fragt nach mir? Selbstmanagement in der Versorgung von Menschen mit Demenz" veröffentlicht. In dem E-Book werden einzelne grundlegende Erkenntnisse aus der modernen Management-Literatur und Psychologie auf besondere Herausforderungen in der Demenzpflege bezogen.

Der Beziehungsaspekt und die mentale Entlastung stehen dabei im Vordergrund. Marcus Klug stellt in diesem E-Book außerdem zwei sehr hilfreiche Methoden des Selbstmanagements vor, die sich ganz konkret auf besondere Herausforderungen im Berufsalltag flexibel anpassen lassen: Zum einen die GTD-Methode von David Allen (GTD bedeutet „Getting Things Done" oder zu Deutsch: „Wie Sie die Dinge im Alltag besser geregelt bekommen"), zum anderen die ZTD-Methode von Leo Babauta (ZTD bedeutet „Zen To Done" und bedeutet frei übersetzt so viel wie „Die Dinge auf das Wesentliche reduzieren"). Abgerundet wird das E-Book durch weiterführende Literaturempfehlungen und ein zusätzliches Video-Interview mit dem Demenzexperten Christian Müller-Hergl zum Aspekt der Selbstpflege. Einen Vorgeschmack auf das E-Book gibt es hier – der Autor Marcus Klug stellt die Kerninhalte vor:
https://www.youtube.com/watch?v=94AACsQGx5o.

Das kleine ABC der Emotionen: Ein laufendes E-Book – ab sofort auf dem Blog des DZD

Über Menschen mit Demenz wird zuweilen gesagt, dass die Wahrnehmung von Emotionen intensiver wird, während die kurzfristige Merkfähigkeit und der Orientierungssinn abnehmen. Insbesondere für Pflegende ist es nicht immer leicht, die Gefühle von Demenzbetroffenen auch richtig zu interpretieren, wenn diese im Gesicht nicht mehr richtig gelesen werden können. Dieser Grundgedanke war auch die Ausgangsbasis für unsere Tagung „Gefühle lesen. Erkennen von Emotionen in der Pflege Demenzerkrankter", die am 28. Februar 2014 vom Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) an der Universität Witten/Herdecke ausgetragen wurde.

Im Vorfeld zur Tagung hatten wir bereits auf unserem Blog (www.dialogzentrum-demenz.de) unter der Rubrik „Das kleine ABC der Emotionen" (www.http://dzd.blog.uni-wh.de/category/das-kleine-abc-der-emotionsforschung/) grundlegende Erkenntnisse aus der Forschung (u.a. aus der Neurobiologie) vermittelt, die für Pflegende und Entscheider hilfreich sein kön-

nen. Nach der Tagung haben wir zudem zahlreiche Videos zu einzelnen Vorträgen veröffentlicht (siehe dazu: https://www.youtube.com/user/DialogzentrumDemenz).
Wir haben uns nun dazu entschieden, unser umfangreiches multimediales Material in der Form eines offenen und laufenden E-Books zu publizieren, das quasi im Prozess mit weiteren Links und Dokumenten angereichert wird. Hier der Link dazu: http://dzd.blog.uni-wh.de/category/das-kleine-abc-der-emotionsforschung/.

Neues aus der Uni Witten/Herdecke

1. Pflege-Fachtagung: Mobilitätsförderung aktuell

Am **9.9.14** findet an der Universität Witten/Herdecke (UWH) r eine Fachtagung zur Mobilitätsförderung statt. Neben der Vorstellung des Expertenstandard Mobilitätsförderung wird aus Sicht des MDK Stellung zur Prüfungen im Bereich Mobilitätsförderung genommen. Des Weiteren wird zum Stand der Kontrakturenprophylaxe als auch zur aktiven Bewegungsförderung für Patienten/Bewohner referiert. Infos/Programm über: nordwest@dbfk.de, Stichwort: Mobilität

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

Georg Franken
Marcus Klug
Christian Müller-Hergl
Gergana Ivanova
Britta Koch
Detlef Rüsing

Forschungsmonitoring 1/2014

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Juli 2014

Inhaltsverzeichnis

1. Weniger Demenzkranke in hoch industrialisierten Staaten als ursprünglich angenommen 14
2. Auf Metaphern, Ironie und Sarkasmen sollte man möglichst verzichten 16
3. Geringe Möglichkeiten, stereotypes Verhalten zu beeinflussen 18
4. Delirien kommen viel häufiger vor als angenommen 21
5. Die Konsequenzen einer Diagnosestellung sind wichtiger als deren Dringlichkeit 24
6. Antipsychotisch wirksame Medikamente wirken sich nicht auf Lebensqualität aus 27
7. Entscheidungen über den Einsatz von GPS-Systemen werden von Familien getroffen 29
8. Menschen mit leichter Demenz und Angehörige profitieren vom Einsatz eines Telepräsenz-Roboters 32
9. Hausärzte schulen und mit einem zentralen, kommunalen Ansprechpartner vernetzen verbessert die Versorgung deutlich 35
10. Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden in Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung nicht besser versorgt 37
11. Keine Vorteile für Leben und Pflegen in der Wohngemeinschaft 39
12. Das Hausgemeinschaftsprinzip verbessert Verhalten und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz 41
13. Migrantinnen als pflegende Haushaltshilfen reduzieren das Belastungserleben am nachhaltigsten 44
14. In der Arbeit mit kulturellen Minderheiten bedarf es besonderer Rollen und Funktionen, um diese mit regulären Gesundheitsdiensten in Kontakt zu bringen 46
15. Delir und Demenz- alle Professionen im Allgemeinkrankenhaus fühlen sich schlecht vorbereitet 49
16. Höhere Sterblichkeit von Menschen mit Demenz nach Krankenhausaufenthalten 51
17. Umsetzung personzentrierter Pflege durch Fallbesprechungen 53
18. DCM reduziert emotionale Erschöpfung im Umgang mit herausforderndem Verhalten 56
19. Multisensorische Stimulation hat kurzfristig Effekte auf Verhalten und Stimmung 59
20. Tanzen verbessert Stimmung und Gemeinschaftserleben 61
21. Ein enges Zusammenleben sagt Inanspruchnahme von Beratung voraus 63
22. Ungünstiger Copingstil geht mit mehr neuropsychiatrischen Symptomen einher 65

Forschungsmonitoring 1/2014

Editorial

Liebe Interessierte,
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 – wie immer – jeweils am Ende der Zusammenfassung die bibliografischen Angaben der Originalstudie. Des Weiteren können Sie auf den Seiten des DZD ein Glossar zu Fachbegriffen herunterladen.

Mit einer Auswahl von 22 aus mehr als 200 Studien wollen wir erneut Einblicke in die gegenwärtige Forschungslandschaft geben.
Die neurowissenschaftlich und neuropsychologisch unterlegten Verständnismodelle der Demenz zeichnen ein zunehmend präziseres Bild der psychischen Veränderungen des Selbst. Dies zu wissen ist eine unbedingte Voraussetzung dafür, angemessen mit Menschen mit Demenz zu kommunizieren und zu interagieren. Die Möglichkeiten, Verhalten gezielt zu beeinflussen, werden nüchterner betrachtet, sowohl was die pharmakologischen als auch was die nicht-pharmakologischen Interventionen betrifft. Zentraler Faktor scheinen Kontakt, Kommunikation, Aufmerksamkeit, ungeteilte Zuwendung möglichst im 1:1 Format darzustellen: ansonsten muss viel „ausgehalten" werden. Über das Gestalten des Aushaltens, Ertragens, Hinnehmens und Lebens mit diesen Phänomenen, wird erstaunlicherweise wenig geforscht und reflektiert. Daher ist die Arbeit über das Hinnehmen eines Raumes der Unbestimmtheit und Vagheit bei der Diagnose bemerkenswert. (5)
Nüchtern fällt auch der Befund zu den verschiedenen Versorgungsformen aus – gleich ob Special Care Unit (besondere Einrichtung der Dementenbetreuung) oder Wohngemeinschaft. Die meisten Unterschiede lassen sich auf Persönlichkeitsmerkmale der Beteiligten und Art und Ausprägung der Grunderkrankung zurückführen. Wichtig dagegen scheint ein lebendiger, einbeziehender, aktivierender Kontakt zu sein – ganz gleich in welcher Umgebung. Hervorzuheben ist noch die Studie zum zweisprachigen Sozialarbeiter: sie belegt, dass die Vorstellung einer punktuellen, spezifischen, fachlich fokussierten Beratung und Begleitung im Rahmen anderer kultureller Kontexte nicht funktioniert. (14) Für Beratung, Begleitung und Caremanagement insgesamt, scheint es günstige Fenster der Gelegenheit zu geben, die gezielt genutzt werden müssen, um Zugänge zu schaffen. Deutlich wird, dass eine ‚Komm-Struktur' nicht ausreicht und eine aufsuchende, zugehende Sozial- und Pflegearbeit nötig ist.

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der vorgestellten Studien, um Ihnen eine gezielte Auswahl einfacher zu machen.

<u>Grundlagen</u>
In jüngster Zeit ist eine Reihe von Studien zur Prävalenz der Demenz erschienen. Ihr grundlegender Tenor: die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen nimmt nicht in dem vorhergesehenen Umfang zu. Besonders im häuslichen Umfeld scheinen präventive Maßnahmen zu greifen, die insgesamt zu einer Verringerung der vaskulären Risiken führen. Dagegen nimmt der Anteil an Demenz erkrankter Personen im Heim deutlich zu. (1)

Im letzten newsletter berichteten wir über den Abbau von Selbstgewissheit als schrittweisen Verlust der „theory of mind": dieser Begriff bezeichnet die Fähigkeit, auch andere Menschen als Wesen mit eigenen Gedanken, Gefühlen und Absichten zu erleben und sich in sie hineinversetzen zu können. In vorliegender Studie wird dieser Ansatz weiter verfolgt: Menschen mit Demenz können Metaphern, Ironie, besonders aber Sarkasmen nicht mehr verstehen, die hier als „theory of mind" 2. Stufe konzipiert werden.

Zum Verständnis: Die „theory of mind" beschreibt die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen. Die Entwicklung der „theory of mind" ist ein wichtiger Baustein in der Psychologie von Kindern; in der Regel wird die „theory of mind" bei Kindern im Alter von vier bis fünf Jahren ausgebildet. Dabei ist zu beachten, dass die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen, sowohl auf der kognitiven als auch auf der emotionalen Ebene greift. Ironie ist beispielsweise eine Form des Humors, die höhere kognitive Fähigkeiten voraussetzt. Ironie muss also erst einmal als solche auf der kognitiven Ebene erkannt werden. Menschen mit Demenz (je nach Form) sind dazu nicht mehr in der Lage. Ähnlich verhält es sich auch mit Metaphern, Ironie usw. „theory of mind" 2. Stufe bezieht sich dabei in der Konzeption des Autors dementsprechend auf höhere kognitive Fähigkeiten, die etwa bei Alzheimer versagen, da das Gehirn in jenen Teilen nicht mehr richtig funktioniert (u. a. Neocortex), die für die Verarbeitung höherer kognitiver Informationen zuständig sind.
Einfache Formen des Humors, die weniger von gleichzeitigem Gewahr werden unterschiedlicher Bedeutungsebenen abhängen und eher – wie beim Clown - non-verbal akzentuiert sind, werden dagegen gut verstanden. Dieser Verlust der integrativen Funktion des Selbst lässt sich gut vereinbaren mit dem Ansatz, Demenz als dissoziatives, diskonnektives, fluktuierendes Geschehen zu begreifen, bei dem unterschiedliche kognitive Funktionen zerfallen und nicht mehr ineinandergreifen. (2)
Stereotypes, repetitives Verhalten wird bislang noch nicht gut verstanden. Sie sind weit verbreitet und firmieren unter dem Titel „aberrantes (d.h. vom Normalverhalten abweichendes) motorisches Verhalten". Sowohl medikamentöse als auch sozialpsychologische und sozialtherapeutische Interventionen zeigen nur eingeschränkte Wirkungen. Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung ist dieses Verhalten nicht als ursächlich für den Gewichtsverlust anzusehen. In vielen Fällen wird man nicht umhin können, dieses Verhalten hinzunehmen und auszuhalten. (3)

<u>Medizinisches</u>
Delirien (d.h. akute Verwirrtheit) werden hauptsächlich in der Notaufnahme, selten aber in der hausärztlichen Praxis erkannt. Pflegenden fällt das Delir häufig auf, wird aber fehlbeschrieben als „schlechte Tagesverfassung". Delirien stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, besonders bei Menschen mit Demenz. Angehörige und Betroffene benötigen im Nachgang Begleitung und Gespräche, um die irritierenden Erfahrungen des Delirs zu verkraften. (4)
Ärzten wird oft zu unrecht ein therapeutischer Nihilismus bezüglich Demenz unterstellt, eine Haltung, die man mit „da ist nichts mehr zu machen" umschreiben könnte. Vorliegende Studie zeigt im Detail, dass die Eröffnung der Demenzdiagnose an viele Kontextbedingungen geknüpft ist. In vielen Fällen halten es die Hausärzte für geboten, die vom Klienten signalisierte Bedeutung einer ‚Unbestimmtheit' der eigenen Verfassung zu akzeptieren und eher Stück für Stück auf die Eröffnung hinzuarbeiten. Dazu dienen viele Untersuchungen, die dem Patienten eher indirekt Hinweise auf seine bedenkliche gesundheitliche Verfassung

vermitteln. Eröffnung und Annahme der Diagnose sei ein komplexer, kontextabhängiger Prozess. (5)
Neuropsychiatrische Symptome verschlechtern die Lebensqualität; daher sollte man annehmen, dass antipsychotisch wirkende Medikamente die Lebensqualität verbessern. Dies aber ist nicht der Fall. Vielmehr scheinen diese Medikamente – was immer sie auch bewirken mögen – die Lebensqualität weder zu verbessern noch zu verschlechtern. Dagegen wirken sich Antidepressiva und Hypnotika positiv aus. Lebensqualität wird stark bestimmt durch neuropsychiatrische Symptome, auf welche die antipsychotisch wirkenden Medikamente einen nur moderaten Einfluss zu nehmen scheinen. (6)

Technik
Der Einsatz von GPS-Geräten zum Wiederauffinden von Personen, ist eine familiäre Entscheidung. Dies sollte nicht gegen den Willen der Person entschieden werden. Betont wird die Notwendigkeit, diese Entscheidungen nicht unbegleitet und ohne Fachberatung der Familie zu überlassen. Es besteht die Gefahr, dass die Interessen und Wünsche der Person gegenüber denen der Familie zu kurz kommen. (7)
Ein mobiles Skype oder i-Pad („Skype on wheels") scheint für Menschen mit Demenz im Rahmen einer Kontaktaufnahme mit Angehörigen durchaus akzeptabel zu sein. Gerade bei weit entfernt lebenden Angehörigen bahnt sich hier eine Möglichkeit eines guten mobilen und virtuellen Kontaktes an. (8)

Versorgung
Oft wird beklagt, dass die Vernetzung zwischen Hausarzt, weiterer Beratung und Unterstützung nicht gut gelingt. Ein relativ überschaubares Programm von Schulung und Vernetzung führt dazu, dass Ärzte sehr viel mehr ihre Patienten und Angehörigen mit Beratungsstellen in Kontakt bringen. Zugleich verbessert sich sowohl die Frühdiagnostik als auch die Begleitung der Angehörigen. (9)
Eine Reihe von Artikeln beschäftigt sich mit den relativen Vorteilen spezifischer Wohnkonzepte. Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung (SCU= Special Care Units) scheinen etwas andere Klienten aufzuweisen als integrative Bereiche: die Klienten sind eher jünger, männlich und weisen mehr herausfordernde Verhaltensweisen auf. Insgesamt aber zeichnet sich kein klarer qualitativer Vorteil für diese Form der Versorgung ab. (10)
Ähnlich auch die Ergebnisse für eine andere, in Deutschland und weltweit zunehmend favorisierte Wohnform, die Wohngemeinschaft: eine umfassende Studie über Wohngemeinschaften in Berlin konnte keine besonderen qualitativen Vorteile dieser Versorgungsform ermitteln. Die jeweiligen miteinander verglichenen Bewohnergruppen unterschieden sich. Unterschiede in der Lebensqualität konnten weitgehend auf mit der Person zusammenhängende, versorgungsunabhängige Faktoren zurückgeführt werden. (11)
Gemeinschaftsorientierte Versorgung (entspricht in etwa der Wohngemeinschaft) geht – im Vergleich mit traditioneller Versorgung – mit deutlich höherer Beschäftigung und sozialer Beteiligung einher. Die Studie beschreibt, dass dieser Wechsel von traditioneller zur gemeinschaftsorientierten Versorgung mit Veränderungen auf den Ebenen der Räumlichkeiten, der Versorgungsphilosophie sowie der Routinen und Abläufe einhergeht. Besonders der Rolle der Präsenzkraft (hier ‚homemaker') genannt kommt eine zentrale Bedeutung für den Prozess zu. (12)
Kaum eine Hilfestellung erweist sich als so nachhaltig entlastend wie eine pflegende Haushaltshilfe. In der Regel handelt es sich um Migrantinnen, die unter prekären Arbeitsbedingungen Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft in der Häuslichkeit der Person wahrnehmen. Zumeist beschränkt sich aber diese Möglichkeit

auf Personen und Angehörige mit höherem Einkommen. Wichtige politische Aufgabe ist es, den pflegenden Haushaltshilfen eine rechtlich geregelte und versicherte Position im Rahmen des Gesundheitswesens zu schaffen. (13)
Für Personen mit Demenz mit Migrationshintergrund und deren Familien ist es schwierig, die Regeldienste des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Die Rolle eines zweisprachigen, zwei-kulturellen Sozialarbeiters oder Pflegenden hilft, den Zugang zu finden. Dabei stellt die enge Zusammenarbeit mit der Familie eine unverzichtbare Grundlage dar. Das Vertrauen muss erarbeitet und gepflegt werden, u.a. durch die Wahrnehmung eines sehr umfassenden Beratungs- und Begleitungsauftrages. Als Berater der Familie in komplexen Lebensfragen kann man dann u.a. auch bei Fragen zur Demenz helfen. (14)
Im Krankenhaus erleben sich die unterschiedlichen Gesundheitsarbeiter schlecht vorbereitet auf den Umgang mit Demenz und Delir. Dies gilt insbesondere für Institutionen ohne Abteilung für Psychiatrie. Negative Erfahrungen, insbesondere bei Berufsanfängern, tragen mitunter zum frühzeitigen Berufsausstieg bei. Persönliches Coaching (Begleitung bei der Arbeit) und Fallarbeit werden als Mittel der Wahl benannt, um die eigene Kompetenz zu erweitern. (15)
Im Vergleich zu anderen, gleichaltrigen Patientengruppen weisen Menschen mit Demenz im Krankenhaus oder nach der Krankenhausbehandlung eine weit höhere Sterblichkeit auf. Neben institutionellen Faktoren scheint die erhöhte Gebrechlichkeit (frailty) ein Hauptgrund für ein schnelleres Versterben darzustellen. Mangelernährung und Mobilitätseinschränkungen bilden besonders gravierende Risikofaktoren. (16)

<u>Interventionen</u>
Die Komplexität und Unableitbarkeit des Einzelfalls hat dazu geführt, Fallbesprechungen als Mittel der Wahl zur Entwicklung eines fachlich angemessenen Umgangs mit Menschen mit herausforderndem Verhalten zu empfehlen. Deren Implementierung hängt von vielen Faktoren ab, u.a. dem fachlichen Wissen der Beteiligten, ein für alle Beteiligten transparentes Vorgehen, die Entwicklung spezifischer Rollen, einer guten Fallvorbereitung sowie eine hohe Verbindlichkeit in der Umsetzung der Ergebnisse. Das in England entwickelte VIPS-Praxismodell kann als ein Beispiel für eine gute Implementierung dienen. (17)
Versuche, durch einzelne Interventionen auf herausforderndes Verhalten einzuwirken, hat sich als wenig vielversprechend herausgestellt. Erst bei umfassenden organisatorischen Veränderungen auf verschiedenen Ebenen zeigen sich positive Effekte. Im Rahmen der Beforschung des DCM-Verfahrens zeigte sich, dass das stark strukturierte Verfahren (Beobachtung, Rückmeldung, Handlungsplan) den Mitarbeitenden hilft, sich den Problemen zu nähern. Die Entlastung von der Selbstorganisation wirkt sich positiv aus. Insgesamt gelingt personzentrierte Pflege am besten als unternehmerisches Gesamtkonzept. (18)
Viele Interventionen wie Musiktherapie oder multisensorische Stimulation weisen einen positiven, aber kurzfristigen Effekt auf. Sie bilden eine Möglichkeit, eine gute Begegnung im Moment zu gestalten. Die Effekte fallen allerdings gleich positiv aus bei konzentrierter 1:1 Zuwendung. Diese Art der Zuwendung scheint demnach die eigentlich wirksame Intervention darzustellen, wobei die jeweilige Intervention eher den Kontext, Anlass oder das Medium darstellt. (19)
In eine ähnliche Richtung geht ein Review über das Tanzen: es trägt zur Verringerung herausfordernden Verhaltens bei und weist diverse, eher unspezifische Effekte auf Stimmung und Kognition auf. Funktionale Fähigkeiten werden wiederbelebt und Erinnerungen wachgerufen. Die Effekte sind eher allgemein, unspezifisch und kurzfristig. Es spricht nichts dagegen, Tanzen häufig anzubieten. (20)

Angehörige

Menschen, die zusammenleben, nehmen eher Hilfe von Außen an als alleinlebende Personen. Besonders dann, wenn die Demenz noch nicht weit vorangeschritten ist und die Hauptpflegeperson noch nicht vertraut ist mit dem Krankheitsbild. Mit den damit einhergehenden Belastungen ergibt sich ein Fenster der Gelegenheit, Hilfe und Beratung in Anspruch zu nehmen. Im späteren Verlauf sind die Chancen hierfür weit ungünstiger. Dies bestätigt die Bedeutung einer früh einsetzenden, möglichst im Zusammenhang mit der Diagnoseeröffnung erfolgenden proaktiven Beratung und Begleitung. (21)

Die letzte Studie belegt erneut einen Zusammenhang zwischen Copingstil der Angehörigen und herausforderndem Verhalten der Person mit Demenz: je schlechter die Hauptpflegeperson in einer gemeinsam geteilten Häuslichkeit mit der Person mit Demenz zurechtkommt, desto häufiger und schwerer fällt das herausfordernde Verhalten aus. Dies gilt als Beleg für den Zusammenhang zwischen negativen Emotionen sowie hoher Belastung bei den Pflegenden Angehörigen und dem herausforderndem Verhalten der Person mit Demenz. (22)

Wie immer hoffen wir, dass Sie etwas finden mögen, das Sie brauchen können und Sie interessiert. Wir freuen uns über eine Rückmeldung.

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD)

1. Weniger Demenzkranke in hoch industrialisierten Staaten als ursprünglich angenommen

Ziel/Hintergrund

Die Basis für alle Präventions- und Aktionsprogramme bilden epidemiologische Daten bezüglich Vorkommen und Neuerkrankungen. Die beste Evidenz beruht auf populationsbasierten Studien, also systematische, repräsentative Untersuchungen über Häufigkeit und Neuerkrankungen in umschriebenen Regionen. Diese Studien bilden die Grundlage für Vorhersagen bezüglich zukünftiger Versorgungs- und Pflegebedarfe.
Vorliegende Studie wiederholt eine in den 90er Jahren in England durchgeführte Studie (CFAS-Cognitive Function and Ageing Study), um festzustellen, ob sich die in den 90 Jahren vorhergesagten Daten für 2011 über Vorkommen und Neuerkrankungen von Demenz auch bewahrheiten.

Methoden

Die Originalstudie wurde in sechs repräsentativen Regionen in England und Wales, die Folgestudie in drei Regionen durchgeführt. Beide Studien (CFAS I, 1990-93) und ihre Wiederholung (CFAS II, 2008-2011) nutzten nationale Registrierungsdaten. Jede Region musste mindestens 2.500 Personen über 65 Jahren aufweisen. Untersuchte Personen wurden per Zufall ausgewählt, die nach einem Anschreiben durch den Hausarzt von Interviewern besucht wurden. Aus dieser Gruppe wurden in jeder Region 20% per Zufall für weitere Untersuchungen bestimmt. Beschrieben werden die Auswahl und das Training der Untersuchenden, die eingesetzten Assessmentinstrumente sowie die Analysemethoden.

Resultate

Im Vergleich zur ersten Studie wies die zweite Studie deutlich weniger Personen aus, die an einer Demenz leiden. Auf der Basis von CFAS I (1991) hätte man für 2011 884.000 Personen mit Demenz in England und Wales erwarten können; nach CFAS II erwiesen sich aber nur 670.000 Personen als demenzkrank – eine Differenz von 214.000 (Reduktion um 24%). Diese geringere Prävalenz bezieht sich auf Personen, die in der eigenen Häuslichkeit leben; Personen im Heim wiesen in 2011 eine deutlich höhere Demenz-Prävalenz auf als 1991 (von 56% auf 70%). Insgesamt leben im Vergleich 2011 weniger Personen im Heim als 1991. Weiterhin fällt auf, dass die Prävalenzen in den untersuchten Regionen sehr unterschiedlich ausfallen.

Schlussfolgerungen

In der Konsequenz dieser Ergebnisse wird reflektiert, was diese Reduktion der Demenz-Prävalenz bedeutet. Während die Personen im Heim insgesamt abgenommen haben – ein Erfolg ambulanter Versorgung - hat sich der Anteil von Menschen mit Demenz in Heimen deutlich erhöht. Im häuslichen Umfeld scheinen präventive Maßnahmen gegriffen zu haben: Reduktion vaskulärer Risikofaktoren,

höhere Bildung, Früherkennung, bessere Pflege und Nutzung von Antidementiva. Die Ergebnisse gelten für alle Altersgruppen, d.h. auch Personen über 90 Jahren weisen weniger häufig eine Demenz auf als 1991 angenommen. – Diese Studie bestätigt Ergebnisse, die auch aus anderen Ländern wie Schweden, Dänemark und den Niederlanden vorliegen.

Quelle

Matthews F.E., Arthur A., Barnes L.E., Bond J., Jagger C., Robinson L., Brayne C. (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. The Lancet, Published online July 16, 2013
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736 (13)61570-6

2. Auf Metaphern, Ironie und Sarkasmen sollte man möglichst verzichten

Ziel/Hintergrund

Kommunikative Kompetenzen spielen für soziale Interaktionen eine entscheidende Rolle. In der Demenz sind nicht nur lexikalisch-semantische Dimensionen betroffen (Vokabular und Bedeutung), sondern auch die Fähigkeit, die vom Sprecher beabsichtigte Bedeutung zu verstehen. Sehr deutlich wird dies am Beispiel der Ironie und des Sarkasmus (Ironievariante): Hierbei ist es nicht nur notwendig, Absichten des Sprechers und Bedeutung des Gesagten zu verstehen (dies wird benannt:„theory of mind" 1. Ebene), sondern auch die Intentionen des Sprechers zu erfassen, wie er das Gesagte auffasst bzw. bewertet (dies wird benannt:„theory of mind" 2. Ebene). Während Metaphern Bedeutungen durch Vergleiche und Ähnlichkeiten nahelegen, erfordern Ironie und Sarkasmus eine sehr viel komplexere Fähigkeit: wörtliche und übertragene Bedeutung müssen gleichzeitig präsent sein, wobei die wörtliche Bedeutung durch Analyse der sozialen und emotionalen Zusammenhänge annulliert wird. Die spezifische Bedeutung erschließt sich erst durch die Nutzung des Widerspruchs als kommunikative Leistung. (Bsp.: zu einem faulen Schüler: ‚Pass auf, dass du dich nicht überarbeitest'). Nicht nur, was der andere denkt, sondern wie der andere diesen Gedanken bewertet muss erfasst werden, um den Sinn dieser Äußerung in eben dieser Situation zu erfassen. – Bekannt ist, dass das Verstehen von Ironie und Sarkasmus auf einer fein abgestimmten Sequenz von mehreren kognitiven Leistungen beruht, die in jeweils spezifischen Gehirnbereichen ablaufen. Besonders Schäden im Stirnlappen (ventromedialer Bereich des präfrontalen Cortex, Hirnareal oberhalb des rechten Augapfels) geht mit dem Nichtbegreifen von Ironie einher. – Vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den Unterschieden im Verstehen von Metaphern und Ironie zwischen Erwachsenen, sehr alten Personen ohne Demenz, Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und Personen mit Demenz. Es wird angenommen, dass das Nicht-Verstehen von Ironie und Sarkasmus schon bei beginnender Demenz zu beobachten ist und als Frühindikator genutzt werden könnte.

Methoden

Zur Anwendung kommt in der japanischen Studie ein Fragebogen zum Verständnis von Metaphern und Ironie, der zur differenzialdiagnostischen Beurteilung von Entwicklungsstörungen bei Kindern entwickelt und validiert wurde (Metaphoric and Sarcastic Scenario Test: an vorgegebenen Szenarien wird das Verständnis von Metaphern und Sarkasmen überprüft). Verglichen wurden die Ergebnisse von 31 eher jungen Personen mit 104 älteren, aber kognitiv unbeeinträchtigten Personen sowie 42 Personen mit milder kognitiver Beeinträchtigung und 30 Personen mit diagnostizierter Demenz.

Resultate

Sarkasmen sind schwerer zu verstehen als Metaphern. In der Gruppe JP konnte kein Unterschied im Verständnis von Metapher und Sarkasmus festgestellt werden, wogegen in allen anderen drei Gruppen Sarkasmen deutlich schlechter verstanden wurden als Ironie. Die Gruppe junger und älterer Personen verstanden Metaphern gleich gut, die älteren Personen aber verstanden Sarkasmen schlechter als jüngere Personen. Das Verständnis für Metaphern und Sarkasmen geht absteigend von älteren Personen zu Personen mit milder kognitiver Beeinträchtigung bis hinzu Personen mit diagnostizierter Demenz deutlich zurück. Besonders bei den letzten Gruppen mit milder kognitiver Beeinträchtigung und Demenz liegt ein wörtliches Missverständnis der Metapher oder des Sarkasmus häufig vor, wobei die Missverständnisse bei Personen mit Demenz häufiger und deutlicher ausfallen als bei Personen mit milder kognitiver Beeinträchtigung.

Schluss-folgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Verständnis für Sarkasmen mit dem Alter deutlich abnimmt, das Verständnis für Metaphern aber erhalten bleibt. Dies lässt darauf schließen, dass die „Theory of Mind 2. Ebene" direkt vom Altern betroffen sein könnte. Das Nachlassen im Verständnis von Metaphern, ist erst mit der milden kognitiven Beeinträchtigung und der Demenz erkennbar. Ein Umstand, der auf die Unterschiede zwischen kognitiven Veränderungen des Alterns und kognitiven Veränderungen im Rahmen von degenerativen Hirnerkrankungen hinweisen könnte. Besonderes Kennzeichen im Verstehen von Personen mit Demenz scheint darin zu bestehen, dass sie die wörtliche Deutung nicht mehr unterdrücken und die vom Sprecher angedeutete Interpretations- bzw. Bewertungsebene des Gesagten nicht mehr erfassen können.
In der Konsequenz sollte darauf geachtet werden, im Kontakt mit Menschen mit Demenz auf Ironie, Sarkasmen und Metaphern möglichst zu verzichten, um Missverständnisse zu vermeiden.

Quelle

Maki Y., Yamaguchi T., Koeda T., Yamaguchi H. (2013). Communicative Competence in Alzheimer's Disease: Metaphor and Sarcasm Comprehension. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 28(1): 69-74
Vgl.: Monitor 13,7; 13,8; 15,8

3. Geringe Möglichkeiten, stereotypes Verhalten zu beeinflussen

Das Phänomen der Repetition

Unter „Stereotypen" versteht man solche Verhaltensweisen bei Demenz, die sich häufig wiederholen, die kein klares Ziel verfolgen und die sich im Ablauf ähneln. Sie weisen oft eine rhythmische Struktur auf und geschehen bei vollem Bewusstsein. In der Regel hat die Person nur eingeschränkt oder gar nicht mehr die Fähigkeit, dieses Verhalten zu kontrollieren. Sie werden abgegrenzt von Tics und Zwängen, wobei Zwänge bewusst durchgeführte, zweckorientierte Verhaltensweisen sind. Beispiele für Stereotypien sind u. a.: Reiben, Klopfen und Kratzen. Sie kommen etwa vor bei Autismus, Schizophrenie und Demenzformen wie fronto-temporale Degeneration und Alzheimer Demenz.

Methoden

Systematische Literaturanalyse

Neurobiologie

Die Verhaltenskontrolle umfasst zwei Systeme: Das eine selektiert Verhalten aufgrund externer Informationen. In der Demenz können undifferenzierte Überstimulation oder Unterstimulation Vokalisierungen auslösen, insbesondere dann, wenn der Patient unter sensorischen Beeinträchtigungen leidet. Das andere System selektiert Verhalten aufgrund von Plänen und Zielen unabhängig von externen Informationen. Im Verlauf der Demenz spielen diese internen Faktoren eine zunehmend wichtigere Rolle: da man sich nicht mehr erinnert, muss man immer wieder dieselbe Frage stellen.
Darüber hinaus sind in der Demenz die subkortikalen (bezeichnet Hirnregionen „unterhalb" der Großhirnrinde), für Selektion und Prozessierung aktuell erforderlicher Handlungsmuster (und deren Unterdrückung) verantwortlichen Basalganglien betroffen. Der Ausfall spezifischer Feedbackschleifen resultiert in einer beständigen Wiederholung eines Verhaltensmusters, die Unfähigkeit das Verhalten zu unterbrechen und ein anderes Verhalten aufzunehmen. Auf verschiedenen Ebenen sind unterschiedliche Neurotransmittersysteme beteiligt: GABA, Glutamat, Serotonin und Dopamin. Vermehrte Ausschüttung von Dopamin verstärkt repetitives Verhalten.

Fronto-temporale Demenz

Etwa 80% aller Personen mit Fronto-Temporaler Demenz zeigen repetitives Verhalten. Es stellt eines der ersten Symptome dieser Demenzart dar und wird als wichtiges differenzialdiagnostisches Merkmal diskutiert, da es mehr und prominenter als kognitive oder gedächtnisbezogene Symptome zu Beginn im Vordergrund steht. Ein Zusammenhang mit Schwere der Fronto-Temporalen Demenz besteht nicht; vielmehr hängt es vom individuellen Krankheitsverlauf ab, wann bestimmte neuronale Funktionszusammenhänge betroffen sind. Einige Studien weisen darauf hin, dass metabol-

ische Störungen (Stoffwechselstörungen) im orbitofrontalen Bereich mit vermehrten Stereotypien einhergehen.

Alzheimer Demenz

Etwa 60% aller Personen mit Alzheimer Demenz leiden an Stereotypien. Diese werden in verbale (beständiges Fragen, Wiederholung von Phrasen, Lauten, Worten) und nonverbale (Suchen, Waschen, An- und Ausziehen, Türen öffnen /schließen, Zählen) unterschieden. Zusammenhänge mit Geschlecht, Alter, Schwere der Demenz bestehen weniger. Einige Studien haben zum Ergebnis, dass wiederholtes Fragen mit schwerer Demenz und erschwertem Wiederaufruf einhergeht; schwere Exekutivstörungen haben eher das beständige Erzählen und Wiedererzählen immer der gleichen Geschichten zur Folge.

Management

Bislang ist über den Umgang mit Stereotypen wenig bekannt. Nicht-pharmakologische Möglichkeiten beinhalten gezielte Beschäftigung mit Reizen unter gleichzeitiger Ausschaltung diffuser Überstimulation. Der Einsatz von Musik in verschiedenen Formen, simulierte Präsenztherapie sowie 1:1 Beschäftigung, werden immer wieder als erfolgversprechend aufgeführt.
Pharmakologisch sind es angstlösende Medikamente (Buspirone: nicht abhängig machendes Anxiloyticum, Wirkungseintritt erst nach ein bis zwei Wochen) sowie Antidepressiva (Fluvoxamin, Trazodone: selektiver Serotonin Wiederaufnahme Hemmer), die teilweise mit Erfolg eingesetzt wurden.

Schlussfolgerungen

Sich wiederholende und stereotype Verhaltensweisen bei Demenz sind weit verbreitet, werden aber insgesamt noch nicht gut verstanden. Welche neuralen Störungen dem Verhalten zugrunde liegen, wird erst teilweise verstanden.

Quelle

Cipriani G., Vedovello M., Ulivi M., Nuti A., Lucetti C. (2013). Repetitive and Stereotypic Phenomena and Dementia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 28(3): 223-227

Ergänzung

Vgl.: Secher M., Andrieu S., et al and The REAL.fr Group (2013). Weight changes in Alzheimer's disease patients with increased aberrant motor behavior. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 998-1004
Aberrantes (vom Normalverhalten abweichendes) motorisches Verhalten (AMB: aberrant motor behaviour) hält – einmal eingesetzt – lange an, besonders bei Personen, die in Heimen leben. Es wird oft für die Ursache des zunehmenden Gewichtsverlustes bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz angenommen. Die Evidenzlage für diese Annahme ist gering: in einer jüngeren Studie zum repetitiven Laufen (wandering), konnte kein Unterschied bezüglich Gewichtsverlust zwischen Menschen, die beständig wandern und Personen, welche dies nicht tun, festgestellt werden. Vorliegende Studie untersucht den Einfluss aberranten motorischen

Verhaltens auf den Gewichtsverlust innert 4 Jahren. – 686 Personen aus dem häuslichen Bereich wurden untersucht. Bei leichter AMB konnte nach 4 Jahren kaum ein Gewichtsverlust, bei schwerer ausgeprägtem AMB sogar eine Zunahme des Gewichts festgestellt werden. Die vermehrte physische Aktivität, die mit AMB einhergeht, führt demnach nicht – wie häufig vermutet – zu Gewichtsverlust. Die Autoren vermuten, dass AMB mit eher geringem Energieverbrauch einhergeht. – Sie geben zu Bedenken, dass es sich um Untersuchungspopulation im häuslichen Bereich handelt, deren Ergebnisse für sehr viel gravierende Zustandsbilder im stationären Bereich nicht aussagekräftig genug sein mag.

4. Delirien kommen viel häufiger vor als angenommen

Ziel/Hintergrund

Obgleich häufig vorkommend, werden Delirien (akute Verwirrtheit) nicht gut genug erkannt und behandelt. Dies betrifft insbesondere die passive, nicht aktive Ausprägung des Delirs (hypoaktiv). Im Krankenhaus wird die Häufigkeit von Delirien mit 17 bis 56%, in der hausärztlichen Versorgung mit 1 bis 2% der älteren Menschen benannt. Delirien ziehen kognitive Verschlechterungen, höhere Sterblichkeit und Institutionalisierung nach sich. Es liegen wenige Erkenntnisse darüber vor, wie häufig Delirien in der hausärztlichen Versorgung und der Langzeitpflege auftreten. Vorliegende niederländische Studie (de Lange) widmet sich der Frage: was ist bekannt über die Häufigkeit, Erscheinungsweise, Risikofaktoren und die Prognose für Delirien im Alter in der Allgemeinbevölkerung und in der Langzeitpflege?

Methoden

Es handelt sich um eine systematische Literaturstudie. Beschrieben werden die Suchstrategie, die Auswahlkriterien und die Bearbeitung der Literatur.

Resultate

Das Vorkommen von Delirien in der Allgemeinbevölkerung (je nach Studie zwischen 0,5 und 34,5%) ist deutlich niedriger als das in der Langzeitpflege (1,4 bis 70,3%). Demenz und höheres Alter geht mit deutlich höherem Risiko einher. Delirien werden zumeist im Krankenhaus, genauer in der Notaufnahme, festgestellt, selten in der hausärztlichen Versorgung. Es werden zwei Gruppen unterschieden: zum einen ältere Personen, die relativ gesund sind und in Folge von Krankenhausbehandlungen ein Delir erleiden; zum anderen Personen, die – noch zuhause lebend und bereits an Demenz leidend - wegen akuter Verschlechterung (Delir) in die Notaufnahme kommen.

Das Vorkommen unterschiedlicher Ausprägungen des Delirs ist in etwa gleich verteilt (z.B. in einer Studie: 34% hypoaktiv, 24% hyperaktiv, 42% gemischt). In der Langzeitpflege findet sich folgende typische Ausprägung: weniger wach, leicht ablenkbar, schwankendes Umweltbewusstsein, inkohärente Sprache, motorische Rastlosigkeit, Lethargie, fluktuierende kognitive Fähigkeiten, Widerstand gegen Pflege. Die Risikofaktoren sind breit gestreut: Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens besonders im Kontext von kognitiven Einbußen und Demenz, Depressivität, Inkontinenz, Schmerzen, Änderungen der Medikation, Dehydration, Gewichtsverlust, Stürze, Bluthochdruck, Infektionen (Pneumonie), visuelle und akustische Beeinträchtigung.

Beim Delir handelt es sich in der Regel um ein multifaktorielles Geschehen (frailty), oft herbeigeführt durch zusätzliche Faktoren wie physische Fixierung, Unterstimulation und Medikation in riskanter Dosierung.

Delirien gehen einher mit einer insgesamt schlechteren Prognose: erhöhte Sterblichkeit (besonders für die

hypoaktive, also passive Ausprägung), Demenzentwicklung (in beiden Richtungen: Delirien gehen oft der demenziellen Entwicklung voraus (33%) und Demenzkranke sind erhöht delirös (66%)). Je älter die Personen, desto weniger erfolgt eine vollständiger Erholung (33%). Das Risiko einer Rehospitalisierung ist deutlich erhöht.

Schluss-folgerungen

Delirien werden in der hausärztlichen Praxis wenig erkannt und eher als Demenz oder körperliches Symptom fehlbeschrieben. Die Häufigkeit wird seitens der Autoren mit 1,75% bis 2,3% der Bevölkerung über 65 Jahre eingeschätzt. Zwischen Demenz, Delir und Depression zu unterscheiden wird als anspruchsvoll bewertet. Je älter die Personen und je mehr von Demenz betroffen, desto häufiger ist mit einem Delir zu rechnen. Ein Delir in der Langzeitpflege liegt häufig dann vor, wenn Pflegende die Person beschreiben mit „Befinden schlechter als üblich", „ist heute nicht sie selbst", oft auf dem Hintergrund eines nicht deutlich erkennbaren infektiösen Geschehens. Delirien gehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, bald zu sterben. Drei Risikogruppen werden abschließend hervorgehoben: Personen älter als 85, Personen mit Demenz, Personen in der Langzeitpflege.

Quellen

de Lange E., Verhaak P.F.M., van der Meer K. (2013). Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 127-134

Ergänzung

Vgl.: Partridge J.S.L., Martin F.C., Harari D., Dhesi J.K. (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 804-812

Die Studie von Partridge et al geht der Frage nach, wie Betroffene, Angehörige und Professionelle Delirien erleben und welche psychologischen Folgen diese Erfahrung mit sich bringt. Es handelt sich um traumähnliche, wahnhafte, die Sinne täuschende Erfahrungen, die zu 20-70% (je nach Studie) erinnert werden. Die Ausprägung des Delirs (hypo- oder hyperaktiv) spielt dabei keine Rolle. Themen dieser Erfahrung sind: Gefühl der Derealisation (die Wirklichkeit ist seltsam und unheimlich, lauernd), Tag/Nacht Desorientierung, Wahrnehmung wie durch einen Nebel, zäher Gedankenfluss, starke negative Gefühle (bes. Angst), Kontrollverlust, Vermischung von Vergangenem und Gegenwärtigem, Verkennungen, Halluzinationen und Wahn. Letztere binden in der Regel Mitarbeiter und andere Patienten mit ein (z.B. die Vorstellung, von den Pflegenden vergiftet oder von diesen entsorgt zu werden). Auch Verstorbene tauchen wieder auf. In der Regel erlebt man, dass keiner einen versteht und zuhört. Man hört andere sprechen, kann sie aber nicht verstehen, verkennt Personen

und kann sich nicht konzentrieren. Die Gegenwart eines nahen Angehörigen wirkt sich zumeist beruhigend aus, zuweilen auch die einer gelassenen, freundlich zugewandten Pflegekraft. Der Grad der empfundenen Belastung hängt nicht mit der Art des Delirs zusammen (hypo- oder hyperaktiv). Ob und inwieweit Delirien posttraumatische Belastungsstörungen zur Folge haben, ist umstritten, dagegen sind nachfolgende Ängste und Depressionen nachgewiesen(etwa 31%).
Die Auswirkungen auf Angehörige sind bedeutsam. Sie fühlen sich hilflos, ängstlich, besorgt, zutiefst irritiert bzw. verstört durch das Erleben des Delirs. Wer dagegen mit Verwirrtheit gerechnet bzw. auf diese vorbereitet war, erlebte weniger Stress. Bei Ehepartnern und pflegenden Angehörigen übersteigen die Stresswerte der Angehörigen die der Kranken. Ungefähr 4% entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung.
Themen der professionell Pflegenden sind: die Unvorhersehbarkeit des Delirs und die damit zusammenhängenden Arbeit, unsichere und gefährliche Situationen, distanzierte und misstrauische Patienten, Herausforderung bei den Patienten durchzudringen, anzukommen, Unsicherheit, wann man flexibel sein und wann man sich gegenüber dem Patienten behaupten muss, Auseinandersetzung mit ungünstigen Umgebungsfaktoren, Mühe die Erfahrung des Patienten nachzuvollziehen.
Im Nachgang eines Delirs gilt es, dem Patienten das Delir zu erklären und zu helfen, dies in seine Lebenserfahrungen zu integrieren; zu vermitteln, dass es nun vorbei ist und der Patient sich nicht mehr zu fürchten braucht.
Insgesamt unterstreicht die Studie die Wichtigkeit, Pflegende im Umgang mit Delir zu schulen, nicht nur im Erkennen, sondern in der Begleitung und der Nachsorge, sowohl in Bezug auf die Patienten als auch auf die näheren Angehörigen.

5. Die Konsequenzen einer Diagnosestellung sind wichtiger als deren Dringlichkeit

Ziel/Hintergrund

Eine möglichst frühe Diagnosestellung ist in der Regel eine der ersten Handlungsempfehlungen, da sie eine Planung der Zukunft ermöglicht, Klarheit für die Person und ihre Familie schafft, die Person ein Recht auf Kenntnis der Diagnose besitzt, sie dem Patienten ermöglicht, zur Bewältigung der Demenz beizutragen und Voraussetzung für die Nutzung vielfältiger Leistungen darstellt. Vertreter einer rechtzeitigen Diagnose geben zu bedenken, dass die Diagnose Stress, Angst und Stigmatisierung auslösen kann, oft nicht verstanden oder akzeptiert wird, keine oder kaum positive Folgen hat, nicht unbedingt das Wohlbefinden der Beteiligten verbessert, das Risiko einer übertriebenen Diagnostik mit sich bringt (Fehldiagnosen, Verdachtsdiagnosen), nur selten und zumeist keine heilenden Therapien einzuleiten hilft.
Hausärzten wird zudem häufig ein grimmiger Fatalismus unterstellt, der dazu beiträgt, Demenz nicht zu diagnostizieren und das Thema zu umgehen. Schulungsprogramme sollen helfen, Barrieren für eine frühe Diagnose zu überwinden.
Vorliegende Studie untersucht, was erfahrene Hausärzte unter „frühzeitig" bzw. „rechtzeitig" verstehen und wie sie den Prozess der Diagnosestellung aus ihrem Rollenverständnis heraus beurteilen.

Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Studie aus England, die Daten anhand narrativer Interviews erzeugt. Entwickelt wurden Leitfragen für das Interview, die sich insbesondere auf den zeitlichen Prozess der Diagnosestellung und ihren Kontext beziehen. Die sieben teilnehmenden Hausärzte wurden geben, in Vorbereitung zum Interview einen diagnostischen Prozess in Erinnerung zu rufen, der für sie herausfordernd, lehrreich oder typisch hervorsticht. Beschrieben werden die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse.

Resultate

Die Autoren stellen die Ergebnisse unter drei Hauptkategorien dar:
1. Diagnose ist abhängig vom sozialen Umfeld, 2.
Auf den angemessenen Augenblick warten, 3. Konsequenzen erwägen
1. Die Diagnose ist abhängig vom sozialen Umfeld
Die Diagnose erfolgt selten zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort, sondern schält sich Stück für Stück in einem längeren Behandlungs- und Begleitprozess heraus. Sie entwickelt sich über Monate, ja Jahre hinweg in verschiedenen Begegnungen mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Die Hausärzte betonen mehrfach, wie langsam, allmählich, sanft, zögerlich sie sich an die Eröffnung einer Diagnose – auch ohne Assessments – herantasten, obgleich sie von dieser längst überzeugt sind. Das Eröffnen ist stark abhängig von der Persönlichkeit des Betroffenen, seiner Le-

benssituation und den Bedürfnissen und Verfassung der Hauptpflegeperson und Familie. Vertrauensbildende Maßnahmen vermitteln der Person die Sorgehaltung des Arztes, die den Kontext für eine zunehmende Verdeutlichung der Problematik bildet. Ist die Person leicht kränkbar, perfektionistisch, sehr um ihre Unabhängigkeit bedacht, aber gut versorgt und unterstützt, kann die Eröffnung aufgeschoben werden, solange das unterstützende System stabil gehalten werden kann. Viele Untersuchungen – Bluttests, hormonelle Untersuchungen etc. – setzen den Kontext für eine Sorge, die den Patienten mit der Zeit bereiter werden lässt, eine Diagnosestellung anzunehmen. Übereinstimmend lehnen es die Hausärzte ab, bei Verdacht den Patienten ohne Berücksichtigung solcher Kontexte in eine Memory-Klinik zu überweisen. Die Ärzte bemühen für ihre Rolle Metaphern wie „gemeinsame Reise" oder „wir machen dies Stück für Stück" oder „wir lassen uns Zeit, gemeinsam auf die Eröffnung der Diagnose hin zu reifen". Die Diagnose ist weniger wichtig als die Etablierung von Vertrauen, das Erörtern von konkreten Zukunftsoptionen, das gemeinsame Bedenken der häuslichen Situation, die Unterstützung der Angehörigen.

2. *Auf den angemessenen Augenblick für die Eröffnung warten können.*
Oft ist der Hausarzt mit der Person und den Angehörigen vertraut. Er kennt die oft völlig unterschiedlichen Sichtweisen und Sorgen der Betroffenen (z.B. mangelnde Krankheitseinsicht). Zuweilen werden Hilfen für Angehörige angeboten und vermittelt, ohne formale Diagnosestellung. Deren Eröffnung könnte Selbstwertkrisen und Eskalationen mit sich bringen, welche die häusliche Versorgung destabilisieren. Die Ärzte halten es für bevormundend, in solchen Situationen dem Patienten die Diagnose aufzudrängen, ihn diagnostisch zu nötigen. Stattdessen kommt es zu komplexen Dreiecksbeziehungen zwischen Arzt, Patient und Hauptpflegeperson, in der immer wieder neu verhandelt wird, was „der Fall ist". Unter Umständen kommt es dann zu vermeidbaren gesundheitlichen Krisen, die mit den Folgen einer nicht akzeptablen Selbstwertkränkung abgewogen werden müssen. – Hier ist genau abzuwägen zwischen der Diagnose, dem Einsatz diagnostischer Assessments und dem Eröffnen der Diagnose. Oft bleibt es bei der Benennung einiger Symptome unter Vermeidung der Begriffe ‚Demenz' oder ‚Alzheimer'.

3. *Die Konsequenzen einer Diagnoseeröffnung*
Die Eröffnung der Diagnose verändert die Zukunft aller Beteiligten. Die befragten Ärzte wägen ab zwischen der Dringlichkeit der Eröffnung und den Konsequenzen derselben und kommen übereinstimmend zum Schluss, dass die Erwägung der Konsequenzen Priorität besitzt. Besonders bei Demenz ist die Zukunft schwer vorherzusagen: daher habe die Sicherung der Beziehung, das Beieinandersein, nach dem nächsten Schritt schauen, kleine Hilfestellung zu geben wichtiger

als die mit der Eröffnung der Diagnose zusammenhängende Gesamtsicht der Zukunft. Es gälte, die Zukunft ‚offen' zu halten und den Personen die Unbestimmtheit zu belassen, die sie für sich bräuchten.

Schluss-folgerungen

Diagnose und Eröffnung in der hausärztlichen Praxis stellen sich als komplex, vielschichtig und stark kontextabhängig dar. Beides stellt einen längeren Prozess dar, der dem Bild eines „entweder/oder" nicht entspricht. Es handelt sich um einen allmählichen, in Schritten aufeinander aufbauenden Prozess, der von den Ärzten oft mit einer unvorhersehbaren Reise verglichen wird. Dem Hier und Jetzt wird größte Bedeutung zugemessen zusammen mit der Familiensituation und der Persönlichkeit des Betroffenen. Das vorherrschende Bild eines grimmigen, oft nihilistischen Fatalismus konnte nicht bestätigt werden. Die Autoren ziehen insgesamt eine eher kritische Bilanz bezüglich der Empfehlung einer ‚frühen' Diagnostik. Vielmehr sollten Hausärzte darin unterstützt werden, die Komplexität, Unsicherheit und Unbestimmtheit solange mit den Betroffenen und Familien auszuhalten, wie sie dies für nötig erachten. Eben darin wäre der wahre Charakter eines personzentrierten Vorgehens zu suchen.

Quellen

Dhedhi S.A., Swinglehurst D., Russell J. (2014). ‚Timely' diagnosis of dementia: what does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. BMJ Open 2014; 4:e004439. doi:10.1136/bmjopen-2013-004439

Ergänzung

Vgl.: Moore V., Cahill S. (2013). Diagnosis and disclosure of dementia – A comparative qualitative study of Irish and Swedish General Practitioners. Aging & Mental Health, 17(1) 77-84

In der Studie bejahen die Hausärzte die Notwendigkeit einer frühen, rechtzeitigen Diagnose, unternehmen diesbezüglich aber keine proaktiven Anstrengungen. Sie betonen, wie schwierig es sei, die Diagnose zu kommunizieren und scheuen vor den Implikationen der Diagnoseeröffnung zurück. Vielmehr würden sie mit der Zeit ein Bewusstwerden von Gedächtniseinbußen bei den Personen und Angehörigen anregen und eher indirekt Informationen über mögliche Hilfen einfließen lassen. Begriffe wie Demenz oder Alzheimer würden nicht erwähnt und man nutze Euphemismen, um die Akzeptanz zu erhöhen. – Die Autoren kommentieren diese Haltung kritisch und nehmen an, dass eben durch diese Vermeidung eines Dilemmas seitens der Hausärzte die Stigmatisierung der Demenz verfestigt werde.

6. Antipsychotisch wirksame Medikamente wirken sich nicht auf Lebensqualität aus

Ziel/Hintergrund

Neuropsychiatrische Symptome, darunter herausforderndes Verhalten, von Heimbewohnern mit Demenz werden häufig mit Antipsychotika behandelt. Im Zentrum stehen dabei die Behandlung von Agitiertheit (Unruhe, zumeist auch auch Aggression), Psychosen (Wahn und Halluzinationen) sowie nächtlicher Unruhe. Antipsychotisch wirksamen Medikamenten wird nur eine mittlere, kurzfristige, keine langfristige Wirkung zugesprochen. Andererseits sind vermehrte Risiken beim Einsatz dieser Medikamente bekannt, u.a. Schlaganfall, Stürze, kardiopulmonale Komplikationen.
Die Beziehung zwischen Lebensqualität und Antipsychotika ist kompliziert: Neuropsychiatrische Symptome verschlechtern die Lebensqualität, so dass man annehmen könnte, Antipsychotika müssten diese Symptome verringern und damit die Lebensqualität verbessern. Leider ist dies aber eben nicht der Fall: vielmehr geht die Gabe von Antipsychotika mit verringerter Lebensqualität einher.
Vorliegende Studie untersucht, ob sich Antipsychotika positiv auf die Lebensqualität auswirken unabhängig von der Fragestellung, ob neuropsychiatrische Symptome reduziert werden.

Methoden

Vorliegende niederländische Langzeitstudie untersucht Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptome und Einsatz psychotroper Drogen bei Menschen mit Demenz, die in Abteilungen spezieller Dementenbetreuung im Altenheim leben. Beschrieben werden Auswahl und Gewinnung der Teilnehmenden, Instrumente zur Abbildung genannter Dimensionen, Schwere der Demenz, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Methoden der Datenanalyse. Daten wurden in einem 2-jährigen Zeitraum fünfmal erhoben, so dass sich 4 Intervalle ergaben, während derer sich die Variablen ändern konnten.

Resultate

Von 290 gewonnenen Personen konnten die Daten von 207 Personen ausgewertet werden. Aufgrund von Todesfällen und erheblichen Verschlechterungen der Demenz nahm von Intervall zu Intervall die Anzahl der beteiligten Personen ab (von 207 auf 83). Von den 207 Personen wurden 65 Antipsychotika verabreicht (31,4%). Letztere wiesen mehr verhaltensbezogene Probleme und eine geringere Lebensqualität auf.
Ein Zusammenhang zwischen Antipsychotikagabe und Lebensqualität ließ sich nicht herstellen, dagegen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Lebensqualität und neuropsychiatrischen Symptomen (einschließlich herausfordernden Verhaltens) sowie eine Verbesserung der Lebensqualität und Verschreibung von Antidepressiva. Hypnotika (Schlafmittel) wirkten sich positiv auf rastloses,

angespanntes Verhalten aus. Im Unterschied dazu wirkte sich das Absetzen von Anxiolytika (angstlösende Medikamente, zumeist Benzodiazipine) positiv auf ein stabileres Selbstbild aus.

Schluss-folgerungen

Ein nennenswerter –positiver oder negativer- Einfluss von Antipsychotika auf die Lebensqualität konnte nicht ermittelt werden. Lebensqualität wird dagegen bestimmt durch neuropsychiatrische Symptome, Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, kognitive Funktionen und Einsatz von Antidepressiva. Die Autoren stellen Überlegungen an, ob die niedrige Lebensqualität von Personen, die Antipsychotika einnehmen, mit deren gravierenden Nebenwirkungen zusammenhängen. Die Autoren betonen die positiven Wirkungen in der Verabreichung von Antidepressiva – dies besonders auf dem Hintergrund einer eher kontroversen Diskussion bezüglich deren Verwendung bei Menschen mit Demenz.
Die Autoren empfehlen, Antipsychotika nur kurzfristig einzusetzen und negative Nebenwirkungen genau zu kontrollieren. Bei Reduktion neuropsychiatrischer Symptome sollten die Medikamente wieder abgesetzt und nicht als Dauermedikation verabreicht werden.

Quelle

van den Ven-Vakhteeva J., Bor H., Wetzels R.B., Koopmans R.T.C.M., Zuidema S.U. (2013). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 530-538

7. Entscheidungen über den Einsatz von GPS-Systemen werden von Familien getroffen

Ziel/Hintergrund

Unbegleitete Mobilität außerhalb der eigenen Wohnung, stellt für viele Hauptpflegepersonen eine Herausforderung dar. Versuche, dieses Verhalten durch Medikamente zu kontrollieren, haben nicht nur schädliche Nebenwirkungen, sondern stellen u.U. auch eine Form häuslicher Gewalt dar.
Auf GPS (Global Positioning Systems) basierende Geräte erlauben, die Bewegungen einer Person zu verfolgen und die Person leicht wieder zu finden. Der Vorteil liegt darin, der Person mehr freie Bewegung zuzubilligen, zugleich ihre Sicherheit zu gewährleisten und die Ängste der Hauptpflegeperson zu mindern. Als Nachteil werden Einschränkungen der Autonomie diskutiert sowie vermutet, dass damit eine begleitende Person eingespart werden soll. Assoziationen mit elektronischen Fußfesseln von Strafgefangenen werden bemüht, um mögliche stigmatisierende Wirkungen zu bedenken.
HPP beurteilen den Einsatz solcher Technik mehrheitlich positiv. Allerdings weisen empirische Studien darauf hin, dass der Einsatz von GPS nicht unbedingt zu mehr Bewegungsfreiheit führt: eher scheint es Hauptpflegeperson darum zu gehen, den zeitlichen Aufwand des Wiederfindens zu verkürzen.
Fachlich betrachtet tragen GPS dazu bei, unbegleitete Mobilität zu normalisieren, zu ent-stigmatisieren und nicht mehr zum Gegenstand medikamentöser Behandlung zu machen.
Vorliegender Bericht stellt eine Reihe von Studien der Autoren zu diesem Themenkreis dar. Leitfragen sind: Was sind die Haltungen der Hauptpflegeperson bezüglich elektronischer Überwachung? Geben Hauptpflegepersonen und Professionelle unterschiedliche Einschätzungen ab? Was meinen alte Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen dazu? Wer soll über den Einsatz der Geräte entscheiden?

Methoden

In einer ersten Phase wurden im Rahmen von Fokusgruppen Einschätzungen von HHP, in der Regel Angehörigen, Professionellen (unterschiedliche Gruppen) und alten Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen erhoben. Als Diskussionsbasis diente eine Fallvignette zum Einsatz von GPS. Basierend auf den Ergebnissen der ersten Phase wurden Fragebögen entwickelt und an Familien und Professionelle versandt. Ältere Personen füllten Fragebögen aus und nahmen an weiteren, vertiefenden Fokusgruppen teil. Eine letzte Untersuchung mit fünf Untergruppen ging der Frage nach, wer über den Einsatz entscheiden soll. – Vorgestellt werden 8 aus den Ergebnissen angeleitete Empfehlungen.

Empfehlungen

1. Es ist von entscheidender Bedeutung, eine Balance zwischen den Bedürfnissen nach Sicherheit und Schutz einerseits und den Bedürfnissen nach Auto-

nomie und Privatheit andererseits zu wahren. Angehörige und ältere Menschen messen dem Bedürfnis nach Sicherheit größere Bedeutsamkeit für Menschen mit Demenz im häuslichen Bereich zu; sind sie aber ins Heim umgezogen, dann halten sie Autonomie und Privatheit für wichtiger als Sicherheit. Hervorgehoben wurde auch das Bedürfnis der Angehörigen, Menschen mit Demenz sicher zu wissen: GPS erhöhe deren Sicherheitsgefühl. Tendenziell unterschieden sich die Urteile alter Menschen und Hauptpflegepersonen von denen der Professionellen: letztere maßen Autonomie und Privatheit deutlich mehr Bedeutung zu und beurteilten den Einsatz von GPS kritischer.

2. Die Entscheidung für den Einsatz von GPS sollte gemeinsam von der Person mit Demenz und der Hauptpflegeperson gefällt werden. Die Befragten waren sich darin einig, dass der HPP das Recht auf Entscheidung zukommen sollte. Die Person mit Demenz wurde erst an dritter Stelle erwähnt, ihr Recht zur Mitgestaltung wurde eher nachrangig beurteilt. – Angesichts besserer Möglichkeiten zur Frühdiagnostik empfehlen die Autoren dringend, in der Frühphase der Erkrankung zu gemeinsamen Entscheidungen zu gelangen.
3. Menschen mit Demenz sollten dem Einsatz von GPS zustimmen müssen und sollten hierzu nicht genötigt werden. Ein fremdbestimmt durchgesetzter Einsatz könnte das Vertrauen negativ beeinflussen. Immerhin: eine signifikante Minderheit der befragten Angehörigen vertrat die Meinung, dass GPS auch gegen den Willen des Betroffenen eingesetzt werden könnte.
4. Patientenverfügungen oder Vollmachten werden als beste Lösung für den Fall bewertet, dass die Person für sich zu entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Die
   Entscheidungen der Bevollmächtigten müssen sich an den bekannten Haltungen der betroffenen Person orientieren. Auch hier wird empfohlen, dies in der Frühphase der Erkrankung im Familienkreis zu diskutieren.
5. Nicht nur frühere Haltungen und Werte der Person, sondern auch, was das ‚beste Interesse' der betroffenen Person und ihrer Familie in der konkreten Situation ausmacht, muss bedacht werden. Letztlich ist der Einsatz von GPS eine Familienentscheidung. Das beste Interesse der Person kann nicht von der Familie und dem konkreten Lebenskontext abgelöst werden.
6. Professionell Pflegende sollten sowohl in der häuslichen wie in der stationären Pflege bei der Entscheidungsfindung hinzugezogen werden. Familien entscheiden sich oft einseitig zugunsten der
   Sicherheit, sind in Krisensituationen oft mit fachlich verantwortbaren Entscheidungen überfordert: Pflegende sollten in der Beratung nicht nur möglich

Optionen entwickeln, sondern bestimmte Handlungen oder Entscheidungen auch aktiv empfehlen (Expertenberatung) besonders dann, wenn die Familie ratlos und überfordert erscheint.

7. Die Behandlung einer Person mit Demenz sollte von Anfang an formal strukturierte Treffen umfassen, in denen zusammen mit allen beteiligten wichtige Grundentscheidungen gemeinsam gefällt werden. Es wird in diesem Kontext an Familienkonferenzen gedacht, die von Professionell Pflegenden und ggf. anderen Personen aus dem Gesundheitsbereich moderiert werden.
8. Die GPS-Geräte sollten klein, komfortabel und leicht ausfallen.

Schlussfolgerungen

Die Autoren betonen erneut die Bedeutung, die Wünsche und Haltungen der Person mit Demenz bei der Entscheidung zu wahren. Keinem sollte gegen seinen Willen ein GPS aufgenötigt werden. Ein Minimum an formalen Prozeduren wird für unabdingbar gehalten: diese müssen in den Behandlungs- und Begleitprozess integriert werden und kommen ohne professionelle Personen bzw. Institutionen nicht aus. Diese sollten sich nicht scheuen, fachlich begründete Empfehlungen auszusprechen. Insgesamt können die Interessen der Person mit Demenz nur dann gewahrt werden, wenn auch die Interessen und Bedürfnisse der Familie und HPP berücksichtigt werden.

Quellen

Landau R., Werner S. (2012). Ethical aspects of using GPS for tracking people with dementia: recommendations for practice. International Psychogeriatrics, 24(3), 358-366

Vgl. Newsletter 14,7

8. Menschen mit leichter Demenz und Angehörige profitieren vom Einsatz eines Telepräsenz-Roboters

Ziel/Hintergrund

Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, in guter Verbindung mit den Angehörigen zu bleiben und Gefühlen der Isolation entgegen zu wirken. Größere Entfernungen, Inanspruchnahmen durch Familie und Arbeit erschweren Besuche. Der Einsatz eines Telepräsenz-Roboters (TR) stellt eine Möglichkeit dar, die Kontaktdichte zu erhöhen.
Telepräsenz-Roboter sind bewegliche Maschinen mit einem Bildschirm am „Kopfende", die per Internet von einer externen Person – z.B. einem Angehörigen – gesteuert werden. Der Bildschirm zeigt das Gesicht des Angehörigen. Die Mobilität des Gerätes erlaubt es, gesteuert von der anrufenden/kontaktaufnehmenden Person, dort hin zu fahren, wo sich die Person mit Demenz in der eigenen Wohnlichkeit aufhält bzw. sich mit ihr während der Präsenz gemeinsam zu bewegen, z.B. auf den Balkon oder den Flur entlang. Man kann daher in virtueller Präsenz Zeit mit der Person verbringen. Dies kann der Person das Gefühl vermitteln, besucht worden und in Kontakt zu sein (eine Art „Skype-on-wheels"). Das Gerät geht anschließend (etwa nach 1 Stunde) allein zum Aufladegerät, so dass kein Service notwendig ist. Diese Technik fand zunächst in Kanada und dann in Taiwan ihren Einsatz, zumeist im Kontext einer virtuellen Arztvisite. Eine besondere Variante für ältere Menschen wurde in Schweden entwickelt (Giraff) und wird zurzeit in einem europäischen Projekt (ExCITE) beforscht.
Vorliegende Studie beschreibt Ergebnisse des Einsatzes von Giraff zur Verbesserung des Kontaktes zwischen Angehörigen und Personen mit Demenz, die in einer Langzeitpflege-Einrichtung leben. Angehörige können von jedem Ort der Welt aus Personen mit Demenz virtuell besuchen.

Methoden

Die australische Pilotstudie nutzte Interviews und Beobachtungsdaten, um die Anwendbarkeit von Giraff bei Menschen mit leichter Demenz zu beurteilen. Beschrieben wird die Auswahl der Teilnehmer (Person mit Demenz und Angehörige) sowie der Mitarbeiter, welche den Einsatz von Giraff beobachteten. Angehörige wurden mit dem Gerät und der Kontrolle vertraut gemacht. Die untersuchten Kontakte fanden in einem Zeitraum von vier Monaten statt. Jeder Kontakt sollte zwischen 15 und 60 Minuten andauern. Insgesamt wurden für jede Dyade (Person mit Demenz und Angehöriger) mindestens sechs Kontakte angezielt. Erhebliche technische Probleme in der Anfangszeit erforderten die Präsenz eines Mitarbeiters des Forschungsteams, um die Probleme zeitnah zu lösen. Untersucht wurden folgende Dimensionen der Machbarkeit: Akzeptanz, Implementierung, Praktikabilität, Integration, Effizienz und Anpassung. Beschrieben werden die Analyse der Interviews sowie die Auswertung der Kontaktmitschnitte (Videos).

Resultate

Die Daten beruhen auf der Analyse von fünf Personen mit Demenz, sechs Angehörigen und sieben Mitarbeitern. Die Ergebnisse werden entsprechend der Dimensionen der Machbarkeit vorgestellt:
Akzeptanz und Implementierung: Positiv wurde hervorgehoben, dass die Personen mit Demenz nun Kontakt mit Menschen haben können, die sie u.U. seit vielen Jahren nicht gesehen haben. Im Unterschied zu Kontakten mit dem Telefon wurden die Anrufenden immer klar erkannt. Es habe sich wie eine Begegnung von Angesicht zu Angesicht angefühlt. Man könne die Person mehr am eigenen Leben teilhaben lassen, Kinder und Tiere einbeziehen, einen Rundgang durch den Garten machen und die Person mit Demenz teilhaben lassen. Mitarbeiter bestätigten diesen Eindruck, beklagten allerdings einige technische Unzulänglichkeiten (schlechte Auflösung, schlechte Kamera etc.). Weit entfernt lebende Verwandte schlugen vor, auch bei Bewohnerbesprechungen dabei sein zu können und sich mit Mitarbeitern auszutauschen. Personen mit Demenz akzeptierten die virtuelle Präsenz überraschend gut.
Implementierung und Praktikabilität: Als herausfordernd stellte sich die Aufrechterhaltung der Internetverbindung heraus. Kontakte wurden immer wieder unterbrochen, da die Internetanlage der Einrichtung den Anforderungen nicht entsprach. Auch Hardwareprobleme wie Überhitzung, Programmfehler und Kameraausfall kamen häufiger vor.
Effizienz: Die Personen zeigten während des Kontaktes überwiegend positive und kaum negative Emotionen. Positive Emotionen fielen am stärksten zu Beginn und am Ende des Kontaktes aus: man winkte sich zu und warf sich Küsse zu. Die Beteiligung fiel durchweg hoch aus – die Personen zeigten sich wach, lebendig, interessiert. In einigen Fällen fortgeschrittener Demenz nahm die Beteiligung allerdings deutlich ab.

Schlussfolgerungen

Nach dem Urteil der Autoren ist der Einsatz von Giraff bei Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz machbar, akzeptabel und implementierbar. Der Kontakt zwischen Personen und Angehörigen wird unterstützt durch die visuelle Präsenz, aber auch die Einbeziehung der näheren Umgebung in den Kontakt (Kinder, Gärten, Tiere). Die Angehörigen konnten mehr an der Umgebung der Person partizipieren und mit ihm zusammen durch das Zimmer gehen.
Der Vorteil gegenüber iPad oder Skype wird darin gesehen, dass sich der Angehörige relativ selbstständig im Zimmer der Person mit Demenz virtuell bewegen kann, so dass mehr Resonanz und Wechselseitigkeit in den Kontakt kommt. Diese relative Eigenständigkeit entlastet die Person mit Demenz von möglichen Herausforderungen mit Skype oder dem iPad. Angehörige, die zuvor mit Skype oder iPad Kontakt aufnahmen, sahen in der Giraff deutliche Vorteile. Zudem kann die Giraff nicht in gleicher Weise verloren gehen wie ein iPad.

Personen mit Demenz zeigten keine ängstlichen Reaktionen, im Gegenteil, verschiedene Personen mit Demenz beschäftigten sich mit hohem Interesse gemeinsam mit der Technik. Kritisch werden viele technische Herausforderungen reflektiert, die bei der Weiterentwicklung von Giraff berücksichtigt werden müssen, insbesondere die Stärke und Qualität der Internetverbindung. Kritisch wird bedacht, dass Giraff auch zu übermäßigen Kontrolle und Täuschung der Person eingesetzt werden könnte.

Quellen

Moyle W., Jones C., Cooke M., O'Dwyer S., Sung B., Drummond S. (2014). Connecting the person with dementia and family: a feasibility study of a telepresence robot. BMC Geriatrics 14(7), doi:10.1186/1471-2318-14-7

www.oru.se
www.giraff.org/excite

9. Hausärzte schulen und mit einem zentralen, kommunalen Ansprechpartner vernetzen verbessert die Versorgung deutlich

Ziel/Hintergrund

Der zentralen Bedeutung der Hausärzte zum Trotz verfügen diese selten über Zeit, Ressourcen und adäquate Vernetzungen mit Beratungs- und Hilfsdiensten, um eine optimale Versorgung von Patienten mit Demenz und deren Familien sicher zu stellen. Zusätzlich fehlt es an Wissen, um Demenz sicher zu diagnostizieren und zu behandeln. Folge dieser mangelnden Vernetzung ist eine mangelhafte Nutzung vorhandener Möglichkeiten bezüglich Patienten- und Familienedukation, Beratung, hoch- und niedrigschwelligen Unterstützungsmöglichkeiten. – Vorliegende Studie berichtet über Ergebnisse eines interaktiven Trainings und Unterstützungsprogramms mit dem Ziel, Hausärzte und deren Mitarbeiter zu schulen und mit lokalen Netzwerken zu verbinden.

Methoden

Beim vorliegenden Projekt (C.A.R.E.: Caregivers Alternative to Running on Empty, in etwa: Alternative zu Pflege mit „leerem Tank") handelt es sich um eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Netzwerke bezüglich Alter und Demenz im US-Bundesstaat Carolina. In drei Regionen des Bundesstaates wurden Ärzte identifiziert, die vorwiegend geriatrische Patienten versorgen. Insgesamt wurden 180 Ärzte kontaktiert und 29 für die Teilnahme gewonnen. An einem Tag wurden die Ärzte sowie eine Arzthelferin durch erfahrene Gerontopsychiater anhand von Fallvignetten geschult. Inhalte umfassten Demenzdiagnose, Differenzialdiagnostik, klinisches Assessment, pharmakologische Behandlung, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Pflege und Betreuung sowie kommunale Netzwerke. Im Anschluss erhielten alle Teilnehmenden einen Materialband mit relevanten Texten, Assessment-Instrumenten sowie Informationen zu zentralen Personen für Beratung, Unterstützung und Netzwerkarbeit in ihrer Region. Nachfolgend erhielten Teilnehmende weitere Informationen über Newsletter und regionale Unterstützungsmöglichkeiten für Personen mit Demenz und Familien. Projektmitarbeiter von C.A.R.E. (Caregivers Alternative to Running on Empty, in etwa: Alternative zu Pflege mit „leerem Tank") besuchten nachfolgend die Arztpraxen und stellten sich als zentrale Ansprechpartner für die Vermittlung kommunaler Hilfen zur Verfügung.
Daten wurden anhand von Fragebögen zu drei Zeitpunkten erhoben: 1 Monat vor dem Training, unmittelbar nach dem Training und 6 Monate nach dem Training. Inhaltlich wurde erfragt, wie sicher und kompetent sich die Ärzte bezüglich Diagnose und Behandlung von Menschen mit Demenz einschätzen. Zusätzlich wurden Daten bezüglich Weitervermittlung (‚referrals') an Unterstützungsdienste durch die Ärzte verwertet.

Resultate

Die beteiligten Mediziner stellen einen deutlichen Kompetenzzuwachs bezüglich Diagnose und Behandlung nach sechs Monaten fest. Man könnte besser unterschiedliche Demenzformen differenzieren, würde gezielter Patienten und Familien informieren über das Leben mit Demenz und verweise sehr viel häufiger an lokale Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten.
Konkret wurde vom Einsatz neuerer Assessmentinstrumente berichtet und vermehrt die Beobachtungen der Hauptpflegepersonen berücksichtigt. Sehr viel häufiger als zuvor würde man bei geriatrischen Patienten Anzeichen einer kognitiven Beeinträchtigung erfragen und erkennen. Fast alle Hausärzte bestimmten nach dem Training eine Person in der Praxis, die sich in besonderer Weise im Arbeitsfeld Demenz kompetent mache und auch die Assessments durchführe. Fast alle machten ausführlich von der Möglichkeit Gebrauch, die zentrale Ansprechpartnerin von C.A.R.E. für das Care Management zu nutzen. Während vor dem Training kaum Weitervermittlungen seitens der Ärzte erfolgte, kam es nach dem Training zu häufigen Vermittlungen (160 in 2 Jahren). Diese Vermittlungen resultierten in der Regel in einem komplexen Care Management, in dem unterschiedliche Formen der häuslichen und außerhäuslichen Unterstützung kombiniert werden konnten.

Schlussfolgerungen

Ein kurzes, intensives, fallbezogenes Training für Ärzte in Kombination mit einer Vernetzung mit möglichst nur einem zentralen Ansprechpartner für das Unterstützungssystem im häuslichen Bereich, stellt eine vielversprechende Strategie dar, um die Versorgung von Patienten mit Demenz und ihrer Familien deutlich zu verbessern. Die Autoren heben besonders hervor: die erfolgreiche Vernetzung mit dem ambulanten Hilfesystem, der anhaltende Erfolg der Intervention sowie der Einsatz moderner Assessmentinstrumente. Ärzte achten sehr viel mehr auf kognitive Beeinträchtigung, erleichtern die Frühdiagnostik und tragen wesentlich dazu bei, dass Unterstützungssysteme früh greifen können. Wichtig ist: der zentrale Ansprechpartner für das kommunale Unterstützungssystem muss gut vernetzt sein und auf rechtliche, finanzielle und psychosoziale Beratung sowie teilstationäre Versorgung kompetent hinweisen können. Dieser „eine" Ansprechpartner personalisiere das kommunale System für den Arzt und die Familien.

Quelle

Lathren C.R., Sloane P.D., Hoyle J.D., Zimmerman S., Kaufer D.I. (2013). Improving dementia diagnosis and management in primary care: a cohort study of the impact of a training and support program on physician competency, practice patterns, and community linkages. BMC Geriatrics, 13: 134
doi:10.1186/1471-2318-13-134

10. Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden in Einrichtungen der besonderen Dementenbetreuung nicht besser versorgt

Ziel/Hintergrund

Besondere Einrichtungen der Dementenbetreuung (SCU = Special Care Units, Einrichtungen oder Abteilungen, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben) beanspruchen, den fachlichen Anforderungen durch eine besondere räumliche Struktur und Gestaltung, Auswahl und fachliche Vorbereitung der Mitarbeiter sowie ein ausgewogenes Aktivitätsprogramm zu entsprechen. In bisher vorliegenden Studien konnte gezeigt werden, dass ein Aufenthalt in einer SCU im Vergleich zu regulären (oft „integrativ") genannten Einrichtungen Vorteile bezüglich einiger Qualitätsindikatoren mit sich bringt: geringerer Einsatz von Magensonden und Fixierungen, ein geringeres Risiko, Dekubiti und herausforderndes Verhalten zu entwickeln und ins Krankenhaus verlegt zu werden, weniger Inkontinenz und insgesamt eine höhere Lebensqualität. Vergleichsweise weniger Evidenzen liegen bezüglich der Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz vor. Versorgungsdefizite für diese Gruppe betreffen u.a. die Versorgung mit Schmerzmitteln, Gefahren bezüglich Vernachlässigung, belastenden Interventionen und seltener vorliegenden Patientenverfügungen. Vorliegende Studie vergleicht die Pflegequalität von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in SCUs mit der Pflegequalität in Einrichtungen mit integrativer Versorgung.

Methoden

Vorliegende Studie greift auf Daten der prospektiven Langzeitstudie CASCADE (Choices, Attitudes, Strategies, and Care for Advanced Dementia at the End-of-Life, etwa: Wahlmöglichkeiten, Haltungen, Strategien und Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende) aus Boston /USA zurück. Beschrieben werden die Auswahlkriterien und die Erhebung der Daten (Pflegedokumentation, Interviews mit Pflegenden, klinische Untersuchung), die in einem Zeitrahmen von 18 Monaten vierteljährlich erhoben wurden.

Die Studie ist dreiarmig ausgelegt: Bewohner, die in einer SCU leben; Bewohner, die nicht in einer SCU leben, deren Wohnbereich aber zu einer Einrichtung mit einer SCU gehört; Bewohner, die nicht in einer SCU leben und deren Einrichtung auch keine SCU hat.

Qualitätskriterien für die Versorgung am Lebensende sind u. a. Behandlung von Stresssymptomen und belastende Interventionen. Zusätzlich werden genannt Behandlung von Stresssymptomen (Schmerzen, Atemnot), Druckgeschwüre, belastende Interventionen (Sondenernährung, Psychopharmaka) und weitere Kriterien.

Resultate

Die Bewohner der SCUs erwiesen sich als etwas jünger als Bewohner von Nicht-SCUs; dies galt auch für die vergleichsweise häufiger weiblichen Hauptpflegepersonen. Das Schmerzmanagement in Nicht-SCUs erwies sich als besser als das in den SCUs; bei Atembeschwerden war es genau umgekehrt. Druckgeschwüre wurden in den Nicht-SCUs weniger festgestellt und Psychopharmaka seltener verabreicht. Dagegen wurden Bewohner von Nicht-SCUs vergleichsweise mehr mittels Sonden ernährt, häufiger hospitalisiert und wiesen seltener eine Patientenverfügung auf. Angehörige zeigten sich vergleichsweise zufriedener mit der Versorgung in SCUs.

Schlussfolgerungen

In einigen Dimensionen wiesen SCUs vergleichsweise bessere Werte auf, in anderen nicht. Bezüglich des schlechteren Schmerzmanagements in SCUs vermuten die Autoren, dass Personen mit hoher Multimorbidität eher in generalistischen (d.h. integrativen) Pflegebereichen unterkommen; die vermehrte Psychopharmakaverordnung sei damit zu erklären, dass vergleichsweise mehr herausforderndes Verhalten in der SCU vorkommt. SCUs können damit punkten, Personen weniger in Krankenhäuser zu verlegen und weniger Magensonden zu verwenden. Die Anwesenheit einer SCU in der Einrichtung verbessert nicht per se die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz in den integrativen Bereichen.

Zusammenfassend ergeben sich keine eindeutigen Vorteile in der Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in SCUs.

Die Autoren stellen diverse Überlegungen an, ob ihre Kriterien bezüglich SCU und der Qualität in der Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz angemessen waren.

Quelle

Cardigan R.O., Grabowski D.C., Givens J.L., Mitchell S.L. (2012). The Quality of Advanced Dementia Care in the Nursing Home: The Role of Special Care Units. Med Care, 50(10): 856-862

11. Keine Vorteile für Leben und Pflegen in der Wohngemeinschaft

Ziel/Hintergrund

Stationäre Einrichtungen der speziellen, segregativen Dementenbetreuung (SCU= Special Care Units, Einrichtungen oder Abteilungen, in denen ausschließlich Menschen mit Demenz leben) legitimieren sich mit dem Anspruch, in Bezug auf Verbesserung funktionaler Parameter und Verringerung herausfordernden Verhaltens und damit insgesamt bezüglich Lebensqualität besser abzuschneiden als traditionelle, integrative Bereiche. Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz haben sich international, auch in Deutschland als Alternative zu stationären Einrichtungen entwickelt. Das eher kleinräumige, häusliche Milieu mit nicht mehr als sechs bis acht Mietern soll sich gleichfalls auf die oben genannten Dimensionen vorteilhaft auswirken. Wohngemeinschaften zielen darauf ab, familienähnliche Strukturen zu entwickeln, die Angehörigen verstärkt in den Alltag einzubeziehen, eine Verbindung zur Nachbarschaft zu bewahren bzw. herzustellen, die Pflege stark auf das Wohlbefinden auszurichten und soviel Selbstbestimmung wie möglich zu erhalten.
Bisherige Studien (vornehmlich aus den Niederlanden) haben bislang keine eindeutigen Vorteile von Wohngemeinschaften gegenüber traditioneller Versorgung in modernen, guten Pflegeheimen aufzeigen können.
Vorliegende Studie vergleicht Ergebnisse bezüglich Gesundheit und Lebensqualität von Menschen in SCUs und in Wohngemeinschaften sowohl zu Beginn als auch im weiteren Verlauf der Dienstleistung.

Methoden

In der Langzeitstudie wurden Daten erhoben zu Beginn, nach 6 und 12 Monaten. Beteiligte Personen wurden neu in die jeweiligen Angebotsformen aufgenommen. Insgesamt beteiligten sich 89 Wohngemeinschaften und 23 SCU. Insgesamt konnten 56 Personen für die Studie gewonnen werden, davon 34 aus Wohngemeinschaften und 22 aus SCU. Nach einem Jahr konnten Daten noch von 33 Personen erhoben werden, 23 Personen waren inzwischen verstorben.
Beschrieben werden Instrumente, mit denen Daten zu Aktivitäten des täglichen Lebens, neuropsychiatrischen Symptomen und herausfordernden Verhalten, Lebensqualität und Grad der kognitiven Beeinträchtigung erhoben wurden.

Resultate

Beide Gruppen zeigten ähnliche Ausgangswerte: eine moderate Demenz zusammen mit einem hohen Vorkommen neuropsychiatrischer Symptome. In der SCU fanden sich vergleichsweise eher Männer mit aggressivem Verhalten ein; Personen der WGs zeigten zu Beginn eine etwas höhere Lebensqualität.
Es fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen beiden Gruppen im zeitlichen Verlauf, die auf die verschiedenen Wohnformen zurückgeführt werden könnten.

Vielmehr ging in beiden Gruppen der Verlust funktionaler Fähigkeiten mit der Schwere der Demenz einher.
In beiden Gruppen fand sich bezüglich neuropsychiatrischer Symptome am häufigsten vor: Apathie, aberrantes (ungewöhnliches) motorisches Verhalten und Wahn – letzteres vermehrt in den Wohngemeinschaften. Innerhalb eines Jahres nahmen Depressivität und Ängstlichkeit deutlich ab, Enthemmung, Irritierbarkeit und Aggressivität blieben gleich. In den SCU ließ sich ein höheres Ausgangsniveau aggressiven Verhaltens feststellen, das im zeitlichen Verlauf konstant blieb. In den WGs nahm verbal aggressives Verhalten in geringem Umfang ab und aggressiven Verhalten nach sechs Monaten deutlich zu.
Bezüglich Lebensqualität wurde in beiden Gruppen eine leichte Erhöhung, wenn auch in unterschiedlichen Bereichen, festgestellt. Die Pflegebeziehung erwies sich als besser in den WGs; die Beschäftigung bleibt in den WGs auf etwa gleichem Niveau, in den SCUs war sie zu Beginn niedrig, nahm aber mit der Zeit zu. Die Lebensqualität der Männer war insgesamt schlechter als die der Frauen, verbesserte sich aber im zeitlichen Verlauf. Die Lebensqualität der Frauen war insgesamt besser, verschlechterte sich aber mit der Zeit. Beide Gruppen fühlen sich mit der Zeit mehr Zuhause.

Schlussfolgerungen

Vorliegende Studie stellt die erste quantitative Untersuchung in Deutschland dar, um vergleichende Ergebnisse von WGs und SCUs zu ermitteln. Der funktionale und kognitive Niedergang scheint unabhängig von der Versorgungsform fortzuschreiten. Neuropsychiatrische Symptome und herausforderndes Verhalten folgen eher gendertypischen Ausprägungen und lassen sich gleichfalls nicht auf die Versorgungsform zurückführen. Bezüglich Lebensqualität verbessert sich in den WGs die Pflegebeziehung, dies aber scheint im Wesentlichen auf eine bessere Personalausstattung zurückzuführen zu sein. Die Versorgungsformen scheinen jeweils eine etwas andere Personengruppe mit leicht unterschiedlichen Merkmalen anzuziehen, was auf die Unterschiede im Verlauf der Zeit zurückzuführen ist. Im Ergebnis zeichnen sich keine klare Vorteile für die eine oder andere Versorgungsform ab.

Quelle

Wolf-Ostermann K., Worch A., Fischer T., Wulff I., Gräske J. (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study. Journal of Clinical Nursing, 21: 3047-3060
doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04305.x

12. Das Hausgemeinschaftsprinzip verbessert Verhalten und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund

Seit den 80er Jahren erfreuen sich gemeinschaftsorientierte Wohnformen für Menschen mit Demenz wachsender Beliebtheit (in Deutschland etwa „Hausgemeinschaften"). Sie werden in Verbindung gebracht mit verbesserter Lebensqualität, mehr Autonomie und Interesse. Sie weisen in der Regel eine kleinere Anzahl von Klienten auf (höchstens 16), weisen einen eigenen Küchenbereich aus, orientieren sich an personzentrierter Pflege und berücksichtigen vermehrt individuelle Routinen, Lebensgewohnheiten und Bedürfnisse. Menschen mit Demenz im Heim sind immer mehr darauf angewiesen, Gelegenheiten für sinnvolle Aktivität angeboten zu bekommen; ohne strukturierenden Rahmen nehmen Inaktivität, Passivität und Apathie deutlich zu. –Vorliegende Studie untersucht, wie sich diese gemeinschaftsorientierte Umgebung auf interaktive Beschäftigung/Aktivität und soziale Beteiligung auswirkt. Die zu überprüfende Hypothese: Einrichtungen, die sich von einer traditionellen Pflege ab- und einer gemeinschaftsorientierten Pflege zuwenden, weisen Bewohner auf, die vergleichsweise vermehrt aktiv und sozial engagiert sind.

Methoden

Es werden zwei Pflegeheime vorgestellt, die den umschriebenen Veränderungsprozess durchgeführt haben. Im Unterschied zu traditioneller Versorgung, sind die Ankerpunkte der gemeinschaftsorientierten Versorgung: ein offener Gemeinschaftsraum, in dem Kochen, Wohnen und Speisen wahrgenommen wird, im Mittelpunkt ein Küchenbereich (‚lebendiger Raum für Aktivität und Beschäftigung'), eine hauswirtschaftlich tätige Präsenzkraft (hier ‚homemaker' genannt) mit eigenem Rollenprofil, mehr Gelegenheit für Spontaneität und flexibler Anpassung der Tagesstruktur an die Tagesverfassung der Bewohner, ein personzentriertes Versorgungsmodell, dass sich an Präferenzen und Fähigkeiten orientiert.
Ein eigenes Assessmentinstrument wurde für die Studie entwickelt, um das Verhalten aller Personen (Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige) abzubilden (Dimensionen für Beteiligung und Nicht-Beteiligung). Beobachtungen fanden in den Zeiträumen von 10 bis12, 14 bis16 und 18 bis 20 Uhr statt. Insgesamt wurden 16 bis 28 Stunden Beobachtung in jedem Heim vor und nach dem Umbau vorgenommen.

Resultate

In beiden Einrichtungen konnte ein sehr deutlicher Anstieg von Beschäftigung und sozialer Beteiligung festgestellt werden. Die Bewohner verbrachten mehr Zeit in den Gemeinschaftsbereichen, nahmen mehr Kontakt miteinander auf, setzen sich mehr mit der Umgebung auseinander und wurden vermehrt eigenständig tätig (Wahrscheinlichkeit von Eigentätigkeit stieg von 14% auf 26%). Die Bewohner hielten sich vermehrt durchgängig im Gemeinschaftsbereich auf und

zogen sich weniger in das eigene Zimmer zurück. Umgekehrt konnte eine deutliche Verringerung selbststimulierenden und agitierten Verhaltens festgestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit, in Aktivität oder Kontakt vorgefunden zu werden stieg an von 22% auf 43%.

Schluss-folgerungen

Während in der traditionellen Versorgung die Bewohner eher passiv auf die nächste Maßnahme (idR eine Mahlzeit) warteten und dabei oft schliefen, stieg in der gemeinschaftsorientierten Versorgung die Wahrscheinlichkeit an, den Raum zu nutzen, sich zu beschäftigen oder Kontakt miteinander aufzunehmen. Das weniger formal ausgerichtete Raumdesign unterstützte spontane Begegnungen, neugierige Erkundung z.B. von Zeitschriften, spontane Beschäftigung in der Küche oder mit Geschirr und Besteck. Die Geräusche und Gerüche rund um die Mahlzeitenvorbereitung gaben immer wieder Anlass für Kontakt und Aktivität.

Während in der traditionellen Versorgung die Zeitrhythmen oft durch zentrale Abteilungen wie Küche und Hauswirtschaft diktiert wurden, konnten die Essenszeiten nun variieren und den Bedürfnissen der Bewohner angepasst werden. Dies wiederum erlaubt den Bewohnern, länger im Bett zu verbleiben bzw. auch früher zu speisen. In beiden Einrichtungen konnte gezeigt werden, dass sich das unabhängige Essverhalten verbesserte. Dafür werden Faktoren wie die Beteiligung an Küchenarbeiten, größere zeitliche Flexibilität, die personzentrierte Herangehensweise verantwortlich gemacht.

Zu diesem Ergebnis trug die Rolle des ‚homemakers' entscheidend bei: die beständige Präsenz entlastete die Mitarbeiter von der Notwendigkeit, alle Bewohner zu selben Zeit bei den Mahlzeiten versorgen zu müssen. Zudem vermittelte diese Präsenz den Mitarbeitern die Sicherheit, mit den eigenen Aufgaben gelassen und konzentriert fortzufahren und sie ungestört zu Ende zu bringen sowie die Bewohner betreut und in Sicherheit zu wissen. Die Präsenz gab Anlass zu vielen kleinen Kontakten und Gelegenheiten für Tätigkeiten, die wiederum vermehrte Kontakte der Bewohner untereinander zur Folge hatten. Insgesamt entstand damit eine „Atmosphäre des Tuns", in die man sich ohne Anstrengung einbringen konnte.

Das Zusammentreffen räumlicher, operativer, personeller und ideologischer Veränderungen wirkte sich positiv für den Kulturwandel aus. Die Arbeitsroutinen in der Pflege wurden individueller und bedürfnisorientierter, die Aufgabenorientierung ließ nach.

Obwohl beide Einrichtungen unterschiedliche Startvoraussetzungen aufwiesen, wiesen sie nach den implementierten Veränderungen ähnlich positive Ergebnisse auf. Dies legt nahe, dass die grundlegende, auf Veränderung zielende Dynamik auch bei verschiedenen Typen von Einrichtungen, Management und Mitarbeitern zu ähnlichen Ergebnissen führt.

Insgesamt resümieren die Autoren: die Einführung eines interaktiven, lebendigen Haushaltsgeschehens beeinflusst das

Verhalten der Bewohner positiv. Sie werden aktiver, interaktiver, nehmen vermehrt Kontakt miteinander auf und beschäftigen sich mehr und länger mit der Umgebung.

Quelle

Morgan-Brown M., Newton R., Ormerod M. (2013). Engaging in two Irish nursing home units for people with dementia: Quantitative comparisons before and after implementing household environments. Aging & Mental Health, 17(1) 57-65

13. Migrantinnen als pflegende Haushaltshilfen reduzieren das Belastungserleben am nachhaltigsten

Ziel/Hintergrund

Die Beschäftigung von Haushaltshilfen mit Migrationshintergrund in der häuslichen Pflege nimmt weltweit zu. Sie entlasten die Familien deutlich und ermöglichen den zu pflegenden Personen einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Erste Forschungen belegen, dass sich durch den Einsatz der MCW die Lebensqualität erhöht, die Sterblichkeit sinkt und Institutionalisierungen verringert werden können. Besonders in vom Familismus geprägten Regionen (Modell: Familie hat Basisverantwortung für Pflege und Versorgung), erfreut sich dieses Modell gerade deswegen wachsender Beliebtheit, weil es hilft, eine familienähnliche Versorgung zu leisten, obgleich die Familie aufgrund der Modernisierungsfolgen die Versorgung nicht selbst durchführen kann. – Vorliegende Studie untersucht, inwieweit der Einsatz von Haushaltshilfen Stress und Ängste der pflegenden Angehörigen reduziert.

Methoden

Die Studie nutzt Daten, die im Rahmen des europäischen Projekts EUROFAMCARE (2004-2005) erhoben wurden. Es wurden 990 Pflegende Angehörige identifiziert, von denen 857 für die Befragung verblieben. Es wurden strukturierte Interviews durchgeführt und die Bekanntheit und Erreichbarkeit von Diensten erhoben; zusätzlich wurden Daten erhoben zur Belastung, Stress, Lebensqualität und Bedürfnissen der Pflegenden Angehörigen sowie zu herausforderndem Verhalten und Abhängigkeit der versorgten Personen.

Resultate

Pflegende Angehörige, die für eine Person mit Demenz Sorge tragen, eher über eine geringe Bildung verfügen und den eigenen Ehepartner versorgen, wiesen die höchste Belastung auf. Die Belastung nahm für pflegende Männer und Pflegende Angehörige zu, die nicht von anderen Familienmitgliedern unterstützt wurden. Wer dagegen zwischen dem ersten und zweiten Interview eine Haushaltshilfe anstellte, wies eine deutliche Verminderung der Belastung auf. Mit der Zeit und mit mehr Erfahrung, nimmt die Belastung für Pflegende Angehörige ab; auch für Pflegende Angehörige mit einer höheren Bildung verringert sich das Belastungserleben. Andere professionelle Dienste, die in dem Zeitraum in Anspruch genommen wurden (professionelle häusliche Pflege, Kurzzeitpflege in der eigenen Häuslichkeit) verringerten das Belastungserleben der Pflegenden Angehörigen nicht.

Schlussfolgerungen

Keine professionelle Hilfe und kein professionelles Angebot wirkten sich derart nachhaltig entlastend aus wie eine Haushaltshilfe. Auch eine höhere Bildung, eine geringere Abhängigkeit der zu pflegenden Person sowie mit der Zeit zunehmende Erfahrung wirken sich günstig auf das Belastungserleben aus. Besonders zu Beginn der Pflege und der Übernahme der

Rolle „Pflegender Angehöriger" ist das Belastungserleben sehr hoch.-
Daraus ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: 1. Über keine Haushaltshilfe zu verfügen heißt, ein hohes Belastungsrisiko in Kauf zu nehmen. Allerdings beschränkt sich diese Möglichkeit auf die Bevölkerungsgruppe mit höherem Einkommen. Damit zeichnen sich neue Formen der Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung ab: wer sich diese Versorgung nicht leisten kann, wird sich mit einer vermutlich immer dürftiger ausfallenden öffentlichen Versorgung zufrieden geben müssen. 2. Haushaltshilfen sollten besser in das öffentliche Gesundheitswesen eingebunden werden, da die Relevanz dieser privaten Versorgung zunehmen und die Bedeutung der staatlich geleisteten Fürsorge abnehmen wird. 3. Die Forschung sollte sich vermehrt damit beschäftigen, wie familiare Verantwortung semiprofessionell ausgegliedert wird; wie dies Familien verändert, mit welchen Kosten dies verbunden ist und was es für die Haushaltshilfen bedeutet, als Dienstbote mit umfassendem, Tag und Nacht andauerndem Pflegeauftrag zu leben.

Quelle

Chiatti C., Di Rosa M., Melchiorre M.G., Manzoli L., Rimland J.M., Lamura G. (2013). Migrant care workers as protective factor against caregiver burden: results from a longitudinal analysis of the EUROFAMCARE study in Italy. Aging & Mental Health, 17(5): 609-614

14. In der Arbeit mit kulturellen Minderheiten bedarf es besonderer Rollen und Funktionen, um diese mit regulären Gesundheitsdiensten in Kontakt zu bringen

Ziel/Hintergrund

In kulturellen und sprachlichen Minoritäten (CALD: cultural and linguistically diverse communities, etwa: sprachlich und kuturell unterschiedliche Gruppen) besteht die Tendenz, einerseits Demenz zu normalisieren (es ist das Alter), andererseits aber auch zu stigmatisieren. Demenz wird kulturell oft anders verstanden und die Angebote regulärer Gesundheitsdienste werden eher wenig genutzt. Eine Möglichkeit, den Zugang zu erleichtern, ist die Rolle und Position des zweisprachigen, multikulturellen Gesundheitsarbeiters, der mit dem vorherrschenden Gesundheitssystems sehr gut vertraut ist. Sie nutzen ihr kulturelles und sprachliches Wissen, um Gesundheitssysteme zu erklären, die Minoritäten mit diesen Systemen in Verbindung zu bringen und Barrieren des Systems zu überwinden. – Vorliegende australische Studie untersucht die Rolle und Aufgabe dieser Personen (BBW= Bilingual/bicultural worker, etwa: zweisprachiger und multikultureller Sozialarbeiter) in Bezug auf Bildung, Unterstützung und Versorgung.

Methoden

Die qualitative Studie verwendet Daten aus halbstrukturierten Interviews mit Personen, welche die umschriebene Rolle wahrnehmen. Themen waren: wie die jeweiligen Minoritäten Demenz verstehen, welche Bedarfe an Information es gibt, wie Dienste der Altenhilfe angenommen werden und welche Unterstützung die Familien benötigen. Beschrieben werden die Auswahlkriterien zur Gewinnung der zweisprachigen Sozialarbeiter sowie die Form der qualitativen Datenanalyse. Die ausgewählten Personen wiesen einen arabischen, chinesischen, italienischen und spanischen Hintergrund auf.

Resultate

Es wurden sieben übergreifende Themen identifiziert: die Bedeutsamkeit einer 1. Zusammenarbeit mit Familien, 2. der Prozess der Vertrauensbildung, 3. die Bedeutsamkeit für das Verständnis der Kultur, 4. Kultur und Selbstpflege, 5. Rollenflexibilität, 6. die Personen aus der Minorität miteinander verbinden, 7. die Mitglieder dieser Gemeinschaft mit den regulären Diensten verbinden.
Zu 1:
Die Dienste und Rolle des Sozialarbeiters umfasst nicht nur die Sorge um die Person mit Demenz, sondern im ausgeprägten Umfang eine Begleitung der Familien. Erst wenn die Familien dem Dienst und der Person vertrauen, kommt eine Klientenbeziehung zustande. Die Bearbeitung von Kritiken und Anliegen der Familie nimmt einen breiten Raum ein. Für fast alle Minoritäten gilt, dass Familien eine sehr viel mehr ausgeprägte Bedeutung haben als in der angelsächsisch-

westlichen Kultur, so dass den Anliegen der Person mit Demenz oft nachrangige Bedeutung zukommt.
Zu 2:
Eine gemeinsame Sprache zu sprechen ist wichtig, reicht aber nicht aus. So spricht der Sozialarbeiter oft nicht den lokalen Dialekt oder ist nicht vertraut genug mit den kulturellen Gepflogenheiten bestimmter Regionen in den Herkunftsländern. Es sei wichtig, nicht allzu zeiteffizient zu sein: man müsse sich zu den Familien setzen, an einer Mahlzeit teilnehmen, Geschenke mitbringen und empfangen. Ist das Vertrauen hergestellt, dann werde man weiterempfohlen, würde zu verschiedensten Angelegenheiten – auch außerhalb des Arbeitsauftrages – um Rate gefragt. Dies sei aber wenig stabil: das Vertrauen müsse immer wieder erarbeitet werden, insbesondere dann, wenn in der Erbringung der Dienstleistung Störungen auftauchen. Die gelegentliche Außenseiterrolle habe aber auch Vorteile: So würden einem Dinge anvertraut, die innerhalb der Familie nicht ansprechbar seien. Nicht immer könne man im besten Interesse der Person mit Demenz handeln. So werden Hilfen gerade dann abgelehnt, wenn die Person mit Demenz Verhaltensprobleme zeigt und sich die Familien dafür schämt. Dennoch müsse man gerade dann versuchen, den Kontakt zu halten.
Zu 3:
Die Kenntnis der Kultur ermöglicht, Informationen auf eine Art und Weise zu präsentieren, dass die Familien dies verstehen und annehmen könnten. So würden Chinesen in der Regel so tun, als wollten sie sich für einen entfernten Freund erkundigen, obgleich es um einen eigenen Verwandten ginge; in Notfällen könne man keine Kurzzeitpflege empfehlen, sondern müsse die Familie beraten, wie sie in der eigenen Familie oder im engeren Freundeskreis Hilfe finden könne.
Zu 4:
Die meisten Familien aus den Minoritäten sind nicht bereit, direkte Empfehlungen für die eigene Selbstpflege (z.B. Kurzzeit- oder Tagespflege) anzunehmen, da eine persönliche Entlastung als egoistisch ausgelegt werden könnte. Daher muss man den pflegenden Angehörigen andere wichtige Verpflichtungen vor Augen führen, zu deren Erledigung die Inanspruchnahme eines entlastenden Dienstes notwendig sei.
Zu 5:
Die Sozialarbeiter benötigen viel mehr Zeit, um sich den Zugang zu einer Familie und zum Klienten zu erschließen als dies im Mainstream der Gesellschaft üblich sei. In der Regel haben letztere Dienste keinen Zugang zu den Minoritäten und umgekehrt. Der Kontakt sei zugleich umfassender und unvorhersehbarer als sonst: man würde angerufen, eingeladen und mit vielerlei Problemen in Berührung gebracht, die zum Teil nur marginal den Klienten betreffen. Im Ergebnis setzen die meisten Sozialarbeiter erheblich viel Freizeit ein und arbeiten unbezahlt länger als ihre Kollegen aus den

regulären Diensten, da die notwendige Kommunikations- und Kontaktarbeit nicht finanziert werde.
Zu 6:
Zuweilen gelingt es, Mitlieder der Minoritäten mehr miteinander in Verbindung zu bringen und damit sich selbst tragende Netzwerke aufzubauen.
Zu 7:
Die Teilnehmenden positionieren sich als Bindeglied zwischen den Kommunitäten und den regulären Gesundheitsdiensten. Dabei sehen sie ihre Aufgabe darin, die Auseinandersetzung mit Alter und Demenz in den Kommunitäten zu fördern. Sie nutzen das Bild eines Navigators: sie identifizieren die Bedarfe und Bedürfnisse, die notwendigen Dienste und erkunden Wege, beide zusammenzubringen, versuchen, schwierige Klippen zu umschiffen und kulturell bedingten Missverständnissen entgegen zu wirken.

Schlussfolgerungen

Viele Befunde spiegeln Ergebnisse von multikulturell arbeitenden Personen in anderen Feldern des Gesundheitswesens wider. Die Autoren heben 3 Beobachtungen besonders hervor:

1. Die Rolle, zugleich Insider und Outsider, Vertrauter und Fremder zu sein, diese Rolle spiegelt die beständige Vermittlerfunktion wider, die erfordert, zwischen beiden Rollen hin- und herzuwechseln. So muss die Funktionsweise von Diensten und deren Finanzierung erklärt werden, dann wieder die persönlichen Nöte der Angehörigen in ihrem kulturellen Kontext verstanden werden.
2. Die Sozialarbeiter nehmen eine zentrale Rolle in der Vermittlung von Information, Wissen und Unterstützung ein. Die Vielzahl von Diensten macht es schwierig, den geeigneten Dienst zu finden – eine Aufgabe, die für Menschen aus einer anderen Kultur noch sehr viel schwieriger ist.
3. Diese Rolle wird bislang wenig unterstützt, finanziert und anerkannt. Sie erhalten in der Regel keine zusätzlichen Mittel bzw. eine Möglichkeit, ihre Arbeit den kulturellen Anforderungen entsprechend anzupassen. Die Sozialarbeiter weisen unterschiedliche professionelle Herkünfte auf, werden nicht als Gruppe mit einer spezifischen beruflichen Identität wahrgenommen und haben damit im Feld der Profession, der Altenhilfe und der Politik ein eher geringes Profil.

Quelle

Boughtwood D., Shanley C., Adams J., Santalucia Y., Kyriazopoulos H., Rowland J., Pond D. (2013). The role of the bilingual/bicultural worker in dementia education, support and care. Dementia 12(1) 7-21

15. Delir und Demenz- alle Professionen im Allgemeinkrankenhaus fühlen sich schlecht vorbereitet

Ziel/Hintergrund

Die Ergebnisse in der Behandlung von Menschen mit Demenz und/oder Delir im Krankenhaus, fallen in der Regel schlechter aus als für andere Patientengruppen. Um die Bildungserfordernisse Professioneller im Krankenhaus zu ermitteln, muss zunächst deren Bildungsbedarf eingeschätzt werden. Vorliegende Studie beschreibt die Ergebnisse einer Befragung Professioneller in einem britischen Allgemeinkrankenhaus ohne Psychiatriebereich.

Methoden

Die qualitative Studie beruht auf Daten halb-strukturierter Interviews mit im Krankenhaus Tätigen unterschiedlicher Professionen (Ärzte, Pflegende, Pflegeassistenten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten). Die Professionellen sind in Funktionsabteilungen einer größeren Einrichtung tätig, die pro Jahr mehr als 20.000 Patienten über 75 J versorgt. Die Personen (n= 60) wurden teilweise gezielt, teilweise per Zufall ausgewählt. Die Interviews dauerten 20-70 Minuten. Beschrieben wird die Methode der qualitativen Datenanalyse.

Resultate

Die Ergebnisse werden unter drei Aspekten zusammengefasst: 1. Wissen und Fertigkeiten, 2. Interaktionen mit Patienten und Kollegen, 3. Auswirkungen auf Mitarbeiter.
Zu 1:
Einmütig stellten alle Beteiligten fest, nicht ausreichend auf die Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Personen vorbereitet zu sein. Eine arbeitsbegleitende, fallbezogene Qualifizierung wurde gewünscht. Pflegende suchten Informationen im Internet, beklagten mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten und Ressourcen. Eine große Kluft zwischen Ausbildungsinhalten und Wissenserfordernissen vor Ort wurde festgestellt: man sei sich nicht darüber im Klaren gewesen, dass ein Großteil der Patienten alte, verwirrte Personen ausmachten. Mitarbeiter, die zuvor in der Altenhilfe Erfahrungen gesammelt hatten, kamen deutlich besser mit dieser Patientengruppe und deren Angehörigen zurecht.
Zu 2:
Psychiatrisches Wissen ist nur mangelhaft vorhanden; die Phänomene von Demenz und Delir können für psychiatrisch unerfahrene Ärzte schlecht unterschieden werden. Oft wurde diesen Patienten eine geringere Dringlichkeit in der Behandlung zugeschrieben. Pflegenden widerfährt seitens der Klienten viel Widerstand in der Versorgung, wobei sich besonders die Berufsanfänger überfordert sehen, mit unvorhersehbarem, herausforderndem Verhalten zurecht zu kommen. Wissen über den Umgang mit aggressivem Verhalten hat für Pflegende Topppriorität. Auch die Kommunikation mit den Patienten stellt sich schwierig dar: weder werden die gegebenen Informationen verstanden und behalten noch könne man oft verstehen, was der Patient wolle. Mediziner be-

schrieben die Folgen mangelnder Verständigung oft mit einem „veterinär-medizinischen" Ansatz, der aufzukommen drohe. Pflegende suchen – oft vergeblich - nach Ansätzen in Kommunikation und Interaktion besonders im Kontext der Durchführung medizinischer Untersuchungen und Interventionen. Es wäre hilfreich, erfahrene Kollegen (konsultatorisch) zur Seite zu wissen – schwierig in einer Einrichtung ohne Psychiatrie. Besonders bei Delirien in der Nacht würde schnell medikamentös eingegriffen. Multidisziplinäre Konferenzen wären hilfreich, kommen aber selten zustande.
Zu 3:
Teilnehmende berichteten über viele negative Erfahrungen und Empfindungen im Umgang mit dieser Patientengruppe (ängstlich, verwirrt, demoralisiert, verwirrt, frustriert), die sich besonders bei Berufsanfängern negativ auswirken (burn-out, mehr Krankheitstage, Berufsaufgabe). Die Ärzte sind beständig in Sorge, etwas falsch zu machen oder übersehen zu haben. Alle Gruppen bekunden Mitgefühl mit dem Schicksal dieser Patienten, erleben sich aber oft als rat- und hilflos. Von unprofessionellem Verhalten wird berichtet: überfordert sein, den Patienten anschreien, schweigend versorgen, sie unversorgt liegen lassen. Mit der Zeit lerne man, ruhiger und gelassener zu werden und zuweilen sogar in den verwirrten Szenen mitzuspielen. Mitarbeiter, die das Gefühl entwickelten, die falsche Person für diesen Job zu sein, berichten von wachsender Berufsunzufriedenheit; eher erfahrene Pflegende entwickelten die Fähigkeit, genauer zu spüren und zu fühlen, was den Patienten gut tut und woran Fortschritte zu erkennen sind. Insgesamt fühlten sich alle Professionellen kompetent im Umgang mit körperlich bedingten Erkrankungen, aber schlecht vorbereitet auf das ganze Spektrum psychiatrischer Herausforderungen, die in einem hohen Maß die Behandlung und Versorgung von alten Menschen im Krankenhaus begleiten.

Schlussfolgerung

Sowohl intrapersonelle (Wissen, Fähigkeiten) als auch interpersonelle Faktoren (Interaktion mit Kollegen und Patienten) wurden als wichtige Ebenen identifiziert, auf denen an der Kompetenz zu arbeiten ist. Zu dem Bewusstsein über die eigenen Defizite, gesellte sich ein gehöriges Maß an Frustration, nicht die Qualität in Pflege und Versorgung erbringen zu können, die man für erforderlich halte.
Die Studie unterstreicht, dass alle Professionellen unter ähnlichen Defiziten leiden und vor vergleichbaren Herausforderungen stehen. Sie sind daher dem System anzulasten, nicht den einzelnen Professionen. Die Autoren ziehen Konsequenzen für die Systemverantwortlichen und die Ausbildung.

Quelle

Griffiths A., Knight A., Harwood R., Gladman J.R.F. (2013). Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. Age and Ageing, October 27, doi: 10.1093/ageing/aft171

16. Höhere Sterblichkeit von Menschen mit Demenz nach Krankenhausaufenthalten

Ziel/Hintergrund

Ungeplante Akutaufnahmen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, gehen mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko einher. Personen gleichen Alters und vergleichbarer Verfassung ohne Demenz sterben im Krankenhaus innerhalb von sieben Tagen mit einer Wahrscheinlichkeit von 8%; mit Demenz sind es 18%. Die Sterblichkeit innerhalb sechs Monaten nach einer Einweisung mit Lungenentzündung betrug ohne Demenz 13%, mit Demenz 53%. Es besteht die begründete Vermutung, dass die palliative Versorgung von Menschen mit Demenz am Lebensende vergleichsweise schlecht ist und die Überlebenswahrscheinlichkeit (und damit der kurative Ansatz) oft falsch positiv eingeschätzt wird(prognostische Ungewissheit). – Vorliegende Studie untersucht die Sterblichkeit nach ungeplanter Akutaufnahme bezüglich einer großen, repräsentativen Gruppe von Personen über 70 Jahren. Ziel ist es, festzustellen, in welchem Umfang Demenz ein unabhängiger vorhersagender Faktor (Prädiktor) für Sterblichkeit darstellt.

Methoden

Die Teilnehmenden wurden im Rahmen von Aufnahmen in ein großes Hospital in London gewonnen. Patienten wurden ausgeschlossen, wenn sie innerhalb von 48 Stunden entlassen oder an einer akuten Verwirrtheit litten. Die Demenzdiagnose wurde nach DSM IV gestellt. Es werden Instrumente vorgestellt, mit denen u.a. Gebrechlichkeit (frailty, darunter: Ernährungsstatus, Decubiti, Kontinenz, Mobilität, Neurologisches), Komorbidität, die Schwere der akuten Erkrankung (APACHE II), funktionale Einschränkungen sowie die Schwere der Demenz abgebildet wurden. Todesfälle und -ursachen nach Entlassung wurden den Forschenden gemeldet. Die Analyseverfahren werden beschrieben.

Resultate

Von 805 Personen konnten die Daten von 616 ausgewertet werden. Das durchschnittliche Alter der Personen betrug 83,2 Jahre, zu 59% Frauen. 80% wohnten in der eigenen Häuslichkeit, 20 % in Heimen. 42% der Patienten litten unter einer Demenz, insgesamt ¼ unter einer Demenz mittlerer und schwerer Ausprägung. Personen aus Heimen wiesen sehr viel mehr und schwerere Demenz auf. Patienten mit Demenz wiesen eine erheblich höhere Gebrechlichkeit (frailty) auf und litten an schwereren Ausprägungen von Erkrankungen bei der Aufnahme.
Patienten mit Demenz wiesen höhere Sterblichkeitsquoten auf als Personen ohne Demenz. 12 Monate nach dem Hospitalaufenthalt waren 48% der behandelten Patienten mit Demenz, 33% der Personen ohne Demenz verstorben. Bei Personen mit schwerer Demenz betrug der Wert 50%.

Durchschnittliche Überlebenszeit betrug für Personen mit Demenz 1,1, für Personen ohne Demenz 2,7 Jahre.

Schluss-folgerungen

Die Lebenserwartung alter Menschen mit Demenz, die akut ins Hospital kommen, ist deutlich niedriger als die von Personen ohne Demenz. Eine der Hauptgründe scheinen die Faktoren zu sein, die mit Gebrechlichkeit (frailty) einhergehen. Besonders Mangelernährung, eingeschränkte Mobilität und schlechter Hautzustand. Eingeschränkte Kognition und Gebrechlichkeit bei Notaufnahme sagen demnach eine höhere Wahrscheinlichkeit baldigen Versterbens voraus. Zusätzlich mögen die klinischen Rahmenbedingungen als besonders riskant und herausfordernd gelten.
Die Autoren empfehlen, einen Hospitalaufenthalt nach Möglichkeit zu vermeiden und eine häusliche Versorgung nach Möglichkeit vorzuziehen. Anstelle intensivmedizinischer Maßnahmen sei mit der Familie die weitere Versorgung und Entwicklung zu beraten und ein möglichst palliativer Weg zu wählen. Wichtig wäre es, ein Instrument zur Beurteilung der Prognose und der weiteren Versorgungswege für Menschen mit Demenz in der Notaufnahme zu entwickeln.

Quelle

Sampson E.L., Leurent B., Blanchard M.R., Jones L., King M. (2013). Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 1015-1022

17. Umsetzung personzentrierter Pflege durch Fallbesprechungen

Ziel/Hintergrund

Auf der Basis des personzentrierten Ansatzes (PCC: person centred care, etwa: person-zentrierte Pflege) nach Tom Kitwood, entwickelte Dawn Brooker das VIPS-Modell, um den personzentrierten Ansatz praktisch umzusetzen. In diesem Akronym steht V für den absoluten Wert menschlichen Lebens unabhängig von kognitiven Funktionen, I für den Anspruch, der Einzigartigkeit und Individualität gerecht zu werden, P für das Bemühen, die Situation der Person aber auch das Handeln der Pflegenden aus der Perspektive der Person heraus zu verstehen, das S für die soziale Zugehörigkeit und das Eingebundensein in Gemeinschaft. Im VIPS-Rahmenmodell sind jeder dieser Dimensionen je sechs (insgesamt 24) Fragen zugeordnet, anhand derer Einrichtungen den Grad ihrer Personzentrierung selbst einschätzen können. Das VIPS-Modell hat Eingang in die nationalen Richtlinien Großbritanniens zur Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz gefunden.
Bisherige Studien zur Umsetzung nicht-pharmakologischer Möglichkeiten haben gemischte Resultate aufgezeigt: die Umsetzung ist abhängig von einer Vielzahl von Variablen wie Vorwissen, Führung, Mitarbeiterwechsel und Ähnlichem mehr. Vorliegende Studien präsentieren Ergebnisse einer norwegischen Pilotstudie, in welcher modellhaft das VIPS-Modell umgesetzt und die vorliegenden Erkenntnisse über Implementierung berücksichtigt wurden. Diese Umsetzung erfolgte im Kontext eines eigens entwickelten Rahmenwerks, das alle Ebenen der Institution, besonders aber die Mitglieder der Pflegeteams, umfasste (VIPS practice model = VPM, etwa: VIPS Praxismodell). Inzwischen ist dieser Ansatz online für alle interessierten Einrichtungen zugänglich: www.carefitforvips.co.uk

Das VPM-Programm

Das Programm umfasst folgende Elemente:

1. Die Einführung eines wöchentlichen Konsensustreffens in jedem Wohn- und Pflegebereich. Es handelt sich um Fallbesprechungen, in denen die Pflegebezugskraft eine Person bzw. ihr Verhalten oder Befinden vorstellt. Jede Fallsituation wird unter der VIPS-Perspektive betrachtet – ist der Umgang wertschätzend, werden Bedürfnisse wahrgenommen und berücksichtigt, wird professionelles Handeln aus der Perspektive der Person betrachtet, wird für Zugehörigkeit und Gemeinschaft Sorge getragen.
2. Eine 2-tägige Fortbildung für die Fallbesprecher (examinierte Kräfte und Pflegeassistenten) und der leitenden Mitarbeiter mit Rollenspielen und Selbsterfahrungsübungen mit anschließendem Coaching
3. Eine Fortbildung für alle Mitarbeiter

4. Ein Handbuch mit Beispielen für personzentriertes Arbeiten, das sich an der VIPS-Gliederung (siehe oben) orientiert.

Ziel ist es, eine kontinuierliche, kollektive Reflexionspraxis einzuführen, die gemeinsames Lernen und Verändern unterstützt und die Mitarbeitenden zu aktiven Gestaltern ihrer Arbeitsprozesse macht. Es gilt, eine gemeinsam geteilte Wertebasis aufzubauen und diese Werte in die Gewohn- und Gepflogenheiten des Teams einzubetten, so dass sich Arbeitsweise und Werthaltung entspricht.

Methoden

Die Evaluation erstreckte sich über einen Implementierungszeitraum von neun Wochen. Es nahmen zwei stationäre Pflegeeinrichtungen teil, in denen ausführliche Fallbesprechungen noch nicht durchgeführt wurden. Die qualitative Auswertung erfolgte anhand von vier Fokusgruppen. An den Fokusgruppen nahmen alle Mitarbeiter teil, die im Verlauf der Implementierung eine maßgebliche Rolle spielten. Examinierte Fachkräfte (‚Registered Nurses') und Pflegehilfskräfte (‚Auxiliary Nurses') wurden dabei getrennt, um Zurückhaltungen wegen Rangunterschieden zu vermeiden. Beschrieben wird die Form der Inhaltsanalyse.

Resultate

Die Mitarbeitenden bewerteten die regelmäßigen Konsensustreffen positiv. Es sei wichtig, zu gemeinsamen Haltungen und Maßnahmen zu gelangen. Die Treffen würden dazu beitragen, sich in der Praxis konsistenter, d.h. genauer und kontinuierlicher an personzentrierte Werte zu halten. Die Werte seien zwar bekannt gewesen, ihre Beachtung aber eher bruchstückhaft erfolgt. Man würde sich nun besser auf diese Treffen vorbereiten und sei stolz, diese Struktur (der Fallbesprechung) auch einhalten zu können. Insgesamt sei es am besten, wenn die examinierte Kraft bzw. die Bereichsleitung die Besprechung moderiere: man müsse dann keine weiteren Klärungsprozesse im Nachhinein anstreben. Assistenzkräfte, welche die Konsensuskonferenzen moderierten, fühlten sich eher überfordert und benötigten mehr Unterstützung. Eine zentrale Beratergruppe erwies sich eher als überflüssig, da diese sich außerstande sah, inhaltliche Empfehlungen zu den Fallsituationen auszusprechen.

An Herausforderungen wurde benannt: Es fehlte die Zeit, das VIPS-Handbuch zu lesen. Die Dokumentation der Ergebnisse der Fallbesprechungen stellte sich mitunter als schwierig dar. In der Regel konnte der wöchentliche Rhythmus nicht gehalten werden: in neun Wochen wurden vier Konsensustreffen realisiert. Die examinierten Kräfte konnten nicht immer an den Treffen teilnehmen; dies wirkte sich teilweise irritierend und verunsichernd auf den Prozess aus.

Schlussfolgerungen

Insgesamt ziehen die Autoren ein positives Resümee. Die VIPS-Struktur gab den Konsensustreffen einen Fokus und half, eine gemeinsame Werthaltung einzuüben. Wenn Pflege-

hilfskräfte in die Moderatorenrolle gehen, benötigen sie mehr Unterstützung in ihrer Rolle. Insgesamt sei es wichtig, dass die Moderatoren aus dem Team selbst kommen und die konkrete Arbeit aus eigener Erfahrung kennen. Dies erleichtere auch Veränderungsprozesse.
Die Qualität der Konsensuskonferenzen hängt entscheidend davon ab, welche fachlichen Voraussetzungen die Teammitglieder mitbringen: Wissen, das nicht vorhanden ist, kann auch nicht angewandt werden. Die Autoren empfehlen daher, die Einführung von VIPS mit mehr wissensbasierten Trainings über Demenz zu verbinden.
Dennoch: das Teilen von Wissen, das gemeinsame Beraten und Entscheiden bildet den Königsweg, um Werte in der Praxis zu verankern und Veränderungen umzusetzen.

Quellen

Rosvik J., Kirkevold M., Engedal K., Brooker D., Kirkevold O. (2011) A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. International Journal of Older People Nursing, 6(3): 227-236

Rosvik J., Brooker D., Mjorud M., Kirkevold O. (2013) What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. Reviews in Clinical Gerontology, 1-9, doi:10.1017/S0959259813000014

18. DCM reduziert emotionale Erschöpfung im Umgang mit herausforderndem Verhalten

Ziel/Hintergrund

Die Pflege von Menschen mit Demenz wird durch herausforderndes Verhalten erschwert. Ohne Schulung und Vorbereitung stellt dies eine erhebliche Belastungsquelle für professionell Pflegende mit den möglichen Folgen von Burnout, Berufsflucht und psychischen Schäden dar. Es liegen erwiesene Zusammenhänge vor zwischen Arbeitszufriedenheit, Stress, Burnout und der Unfähigkeit, mit herausforderndem Verhalten kompetent umzugehen.
Gemäß des Ansatzes der personzentrierten Pflege nach Kitwood wirkt sich die Anerkennung und Wertschätzung der Person im Kontext positiver sozialer Erfahrungen günstig auf diese Zusammenhänge aus. DCM (Dementia Care Mapping) stellt eine Möglichkeit dar, den Entwicklungsprozess eines Teams in Richtung personzentrierter Pflege nachdrücklich zu unterstützen. In der täglichen institutionellen Realität sehen sich die Mitarbeiter mit vielen Blockaden in der Umsetzung konfrontiert. Bislang liegen wenig Erkenntnisse dazu vor, welche organisationalen Faktoren die Einführung von personzentrierter Pflege und/oder DCM erleichtern bzw. erschweren. Vorliegende Studie untersucht, ob personzentrierte Pflege und DCM Burnout der Mitarbeiter verringern, ihre Arbeitszufriedenheit erhöhen und Haltungen zu und Reaktionen auf herausforderndes Verhalten verändern.

Methoden

Es handelt sich um eine cluster-randomisierte, kontrollierte Studie über 15 Monate, die mit 15 Einrichtungen in Australien durchgeführt wurde. Verglichen werden Effekte von DCM zu denen einer Schulung in personzentrierter Pflege, beides im Kontrast zu einer Kontrollgruppe. Beschrieben werden das personzentrierte und DCM-Training mit den Elementen von Schulung, Begleitung und Nachtreffen. Es kommen Fragebögen zu Anwendung vor, unmittelbar nach und vier Monate nach der Schulung sowie weitere standardisierte Testverfahren zu Burnout und Reaktionen auf herausforderndes Verhalten. Primäre Zielgrößen sind Burnout und psychische Gesundheit, sekundäre sind Belastungserleben bezüglich Verhalten und Zufriedenheit mit der organisationalen Unterstützung. Ein weiteres Beobachtungsinstrument gibt Auskunft über Quantität und Qualität der Mitarbeiter-Bewohner Interaktion.

Resultate

Daten von 124 Teilnehmenden konnten für alle drei Zeitpunkte der Befragung ausgewertet werden. Teilnehmende, die nur einmalig ausfüllten bzw. die beteiligten Unternehmen verließen, waren jünger, ohne Ausbildung, erfuhren wenig Unterstützung und zeigten ein deutlich höheres Maß an emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation.
Nur in der DCM-Gruppe verringerten sich die Werte für emotionale Erschöpfung deutlich. Andere Daten veränderten

sich in nicht-bedeutsamem Umfang oder betrafen alle drei Gruppen unterschiedslos. Weitere Ergebnisse zeigten, dass sich bei positiv wahrgenommener organisationaler Unterstützung die Werte für emotionale Erschöpfung und Depersonalisation verringerten und positive Interaktionen mit Bewohnern zunahmen.

Schlussfolgerungen

Wie erwartet nahmen Burnout-Raten in der DCM-Untersuchungsgruppe ab. Der Umstand, dass dies in der Gruppe mit personzentrierter Schulung weniger deutlich wurde wird damit erklärt, dass letztere Gruppe sehr viel mehr Aufwand betreiben musste, um über Fallbesprechungen neue Umgangsweisen zu entwickeln. Dieser Aufwand mag emotional ermüdend gewesen sein. In der DCM-Gruppe wurde dieser Prozess sehr stark durch die Berichte der Beobachter erleichtert.
Für beide Gruppen finden sich Hinweise, dass der Rückgang von Werten für Depersonalisation und emotionaler Erschöpfung mit anderen Zuschreibungen für die Ursachen herausfordernden Verhaltens einherging.
Insgesamt finden die Autoren die Annahme Kitwoods bestätigt, dass personzentrierte Pflege nur als Unternehmenskonzept gelingen kann, um Effekte auch auf der Ebene der Mitarbeiter-Bewohner Interaktion zu zeigen. DCM- Trainings oder personzentrierte Schulungen allein scheinen keine besonderen Wirkungen auf Wohlbefinden und Zufriedenheit der Mitarbeiter sowie auf Haltungen und Umgang mit herausforderndem Verhalten zu haben, wenn dies nicht organisational unterstützt wird und möglichst alle Mitarbeiter eines Teams aktiv an Schulung und Umsetzung beteiligt werden.

Quelle

Jeon Y.-H., Luscombe G., Chenoweth L., Stein-Parbury J., Brodaty H., King M., Haas M. (2011) Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care REsident Study (CADRES): A cluster randomised trial. International Journal of Nursing Studies 49, 508-518

Ergänzung

Vgl.: In einer verwandten norwegischen Studie werden DCM und das VIPS-Modell daraufhin untersucht, ob deren Einführung innert zehn Monate Agitiertheit und neuropsychiatrische Symptome reduzieren und das Wohlbefinden der Bewohner erhöhen. Ergebnisse: beide Interventionsgruppen heben sich positiv von der Kontrollgruppe ab. Für DCM und VIPS werden weniger Agitiertheit, quantitativ weniger neuropsychiatrische Symptome (einschließlich herausfordernden Verhaltens) und eine Reduktion psychotischer Symptome festgestellt. Das Wohlbefinden in der Kontrollgruppe blieb stabil (in der Kontrollgruppe nahm es ab), beim VIPS-Modell konnte eine Reduktion der Werte für Depressivität festgestellt werden. Letzteres wird darauf zurückgeführt, dass in diesem Verfahren – ähnlich wie in Fallbesprechungen – die Perspektive und das Erleben des Bewohners in besonderem Masse in den Mittelpunkt gestellt wird.

Rokstad A.M.M., Rosvik J., Kirkevold O., Selbaek G., Benth J.S., Engedal K. (2013) The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10 Month Randomized Controlled Trial. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 36, 340-353

Vgl.: In einer ähnlichen niederländischen Studie werden Effekte von DCM mit normaler Pflege von Menschen mit Demenz bezüglich Agitiertheit untersucht. Beteiligt sind 34 Wohngruppen in 11 Heimen mit spezialisierter Pflege für Menschen mit Demenz. Untersucht werden Effekte von zwei DCM Zyklen innert vier Monate. Es konnte keine Verbesserung, sondern eher eine Zunahme der Agitiertheit in der Interventionsgruppe festgestellt werden. Allerdings berichteten Mitarbeiter der Interventionsgruppe über eine Zunahme positiver emotionaler Reaktionen und einer deutlichen Reduktion negativer Reaktionen der Bewohner in diesem Zeitraum. – Die Unterschiede zu den Befunden anderer Studien (siehe oben) werden durch das Studiendesign erklärt: in den Niederlanden wurde DCM durch die Mitarbeiter allein, in Australien und Norwegen aber in Begleitung sehr erfahrener Ausbilder und Forscher durchgeführt. Daher sei zu vermuten, dass positive Effekte unter ‚natürlichen, pragmatischen' Bedingungen ohne externen Support eher weniger anzutreffen seien.

Van de Ven G., Draskovic I., Adang E., Donders R., Zuidema S., Koopmans R., Vernooij-Dassen M. (2013) Effects of Dementia Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial. PLoS ONE 8(7): e67325.doi:10.1371/journal.pone.0067325

19. Multisensorische Stimulation hat kurzfristig Effekte auf Verhalten und Stimmung

Ziel/Hintergrund

Seit 1990 werden multisensorische Stimulationen (MS) als nicht-pharmakologische Intervention bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Häufig wird angenommen, dass Personen mit Demenz sensorisch-anregende und sensorisch-beruhigende Aktivitäten nicht mehr in eine angemessene Balance bringen können (auch Sensoristasis genannt). Angemessene Stimulationen helfen der Person, diese Balance wieder herzustellen. Besondere Merkmale dieser Intervention sind die 1:1 Zuwendung, der nicht-direktive Ansatz, die Ermutigung zum Erkunden und Ausprobieren, die geringe geistige Anforderung. – Vorliegender Review fasst die wichtigsten Ergebnisse bislang vorliegender Studien zu diesem Thema zusammen.

Methoden

Beschrieben wird die Suchstrategie der systematischen Literaturanalyse. Berücksichtigt wurde Literatur von 1990 bis 2012. Insgesamt entsprachen 18 Studien der Suchstrategie.

Resultate

Es werden Ergebnisse für die Dimensionen Verhalten, Stimmung/Affekt, Kognition, Kommunikation und Interaktion und funktionaler Status vorgestellt.
Verhalten:
In einer Reihe von Studien wird – im Unterschied zur Kontrollgruppe - von positiven Effekten während und kurz nach der Intervention berichtet. Die Intervention wird 1 bis 3 mal wöchentlich zur Anwendung gebracht. Verbesserungen im Verhalten konnten bis 12 Wochen nach Beendigung des Programms beobachtet werden, insbesondere eine Reduktion von Agitiertheit. In einer anderen Studie konnte nach 15 Monaten kontinuierlicher Anwendung eine deutliche Reduktion von Apathie, Anstandsverlust und Aggressivität festgestellt werden. – Andere Studien konnten diese Effekte nicht bestätigen, insbesondere dann, wenn die Mitglieder der Kontrollgruppe 1:1 Zuwendungen erhielten, z.B. in Form von Freizeitgestaltung.
Stimmung:
Verbesserungen der Stimmung stellten sich im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Intervention ein. Auch Reduktionen von Depressivität bis zu 3 Wochen nach Beendigung der Studie wurden beobachtet. Erhielten die Personen 1:1 Zuwendung in der Kontrollgruppe, dann ist kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe festzustellen.
Kognition:
Multisensorische Anwendungen bei Menschen in der Frühphase der Demenz zeigten deutliche und länger anhaltende Auswirkungen in Form von besseren kognitiven Leistungen als bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz.

Kommunikation/Interaktion:
MS bietet willkommene Anlässe für bedeutsame Kommunikation, Spontaneität, Humor und Augenkontakt. Angehörige berichten davon, dass nach einer MS-Intervention die Personen viel aufgeschlossener, kontaktfreudig waren, man sich besser verstand und vermehrt eine gute Zeit miteinander haben konnte. Integriert in den Prozess der Morgenpflege konnte mehr Augenkontakt, Lächeln und weniger Ärger und Widerstand festgestellt werden. Wiederum aber: erhält die Kontrollgruppe eine kommunikativ gleichwertige, nicht aber sensorische orientierte Zuwendung, dann können keine Unterschiede festgestellt werden.
Funktionaler Status:
Einige Studien zeigen im Ergebnis einer mehrwöchigen Anwendung von MS-Interventionen, dass sich Unabhängigkeit und Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens deutlich erhöhte.

Schluss-folgerungen

Die Autoren kommentieren kritisch die Qualität der Studien: die MS-Anwendungen erfolgten oft über einen recht kurzen Zeitraum, die Vergleichs- und Interventionsgruppengruppen waren recht klein, Kontrollgruppen fehlen häufig. Die Autoren fordern, Langzeitstudien mit streng kontrolliertem Design anhand größerer Gruppen durchzuführen, um aussagefähige Daten zu erhalten. Vorläufig lässt sich festhalten, dass MS zumindest kurzfristig einen positiven Effekt auf Verhalten und Stimmung aufweist.

Quelle

Sanchez A., Millan-Calenti J.C., Lorenzo-Lopez L., Maseda A. (2013). Multisensory Stimulation for People With Dementia: A Review of the Literature. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 28(1) 7-14

20. Tanzen verbessert Stimmung und Gemeinschafts-erleben

Ziel/Hinter-grund

Geeignete Aktivitäten für Heimbewohner mit Demenz zu finden und erfolgreich zu implementieren stellt eine nicht geringe Herausforderung dar. Soziale Aktivitäten, verbunden mit Musik, Erinnerung und Beteiligung von Angehörigen schätzen Menschen mit Demenz als eine sinnvolle Tätigkeit ein. – Vorliegende Studie fasst vorhandene Evidenzen für das Tanzen zusammen. Tanzen wird mit Verbesserungen der physischen Gesundheit, mit mehr erfreulichen sozialen Kontakten, Verringerung herausfordernden Verhaltens und verbesserter Selbstachtung in Verbindung gebracht. Ziel des Reviews ist es, die Qualität der Evidenzen für diese Annahmen zu untersuchen.

Methoden

Beschrieben wird die Suchstrategie und die Auswahlkriterien.

Resultate

Es konnten sieben qualitative und drei quantitative Studien identifiziert werden. Die Intervention Tanzen wird unterschiedlich beschrieben: Tanztherapie, Tanz- und Bewegungstherapie, therapeutischer Tanz, soziales Tanzen und psychomotorische tanzbasierte Übung. Diese Programme sind unterschiedlich, teils eher kreativ-spielerisch, teils mehr funktional gesteuert akzentuiert. Die Studien berichten über Interventionen unterschiedlicher Länge (von 12 Tagen bis 16 Monaten) und Frequenz mit einer jeweiligen Dauer von rund 30 Minuten.
Insgesamt machen die Studien Aussagen über 100 Personen mit Demenz. Die Studien enthalten nur zum Teil Angaben zur Diagnose oder Schwere der Demenz. Auch neuropsychiatrische und verhaltensbezogene Symptome sowie die Medikation werden nur teilweise berichtet. Alle Studien basieren auf kleinen Fallzahlen und weisen vielfache methodische Schwächen auf.
Fünf Studien berichten von einer Verringerung herausfordernder Verhaltensweisen. Positive Ergebnisse werden vorgestellt zu Emotion, Kognition, Gemeinschaft, Mobilität und Familie. In der methodisch besten Studie wird von einer deutlichen Verbesserung der visuell-räumlichen Fähigkeiten berichtet. Mitarbeiter scheinen sich mitunter schwer zu tun, sich auf das Tanzen mit Bewohnern einzulassen. Verstärkte Verwirrtheit, Irritierbarkeit und Ängste scheinen beim Tanzen nicht aufzutauchen.

Schluss-folgerungen

Die vorhandenen Studien geben erste Hinweise auf mögliche positive Effekte bezüglich Verhalten, Stimmungsverbesserung, Kognition, Kommunikation und Gemeinschaftserleben. Tanzen scheint der Gefahr von Isolierung und Einsamkeit entgegen zu wirken. Von einem therapeutischen Effekt kann weniger ausgegangen werden,

eher von einer allgemeinen, eher unspezifisch, sozial positiven Wirkung.
Tanzen scheint die implizit erlernten, prozeduralen motorischen Programme zu reaktivieren und damit an Gedächtnisinhalten anzuknüpfen, die lange erhalten bleiben. Dadurch werden funktionale Fähigkeiten wiederbelebt, Erinnerungen wachgerufen und positiven Stimmungen evoziert. Verbindungen zu Effekten der Erinnerungstherapie und Musiktherapie werden gezogen. Gelegentlich scheint das Tanzen auch die Beziehungen zu professionell Pflegenden und Angehörigen zu verbessern.
Die Qualität der bisherigen Studien wird kritisch bewertet und Vorschläge für bessere Studien unterbreitet. Viele der genannten Effekte sind eher ‚anekdotisch' und bedürfen erheblich besserer Evidenzen. Letztere wird insgesamt als nicht ausreichend, unklar und mehrdeutig beschrieben.

Quelle

Guzman-Garcia A., Hughes J.C., James I.A., Rochester L. (2013). Dancing as a psychosocial intervention in care homes. A systematic review of the literature. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 914-924

21. Ein enges Zusammenleben sagt Inanspruchnahme von Beratung voraus

Ziel/Hintergrund

Eine Reihe von nicht-medikamentösen therapeutischen und pflegerischen Möglichkeiten zeigen in kontrollierten Studien positive Ergebnisse auf. Doch werden diese Interventionen in der Regel unter idealen Bedingungen eingeführt, die der klinischen Realität oft wenig entsprechen. Welche Faktoren bestimmen die Akzeptanz von Interventionen, wenn sie angeboten werden? Bisherige Studien lassen vermuten, dass zusammenlebende Personen mit funktionalen Einbrüchen häufiger Hilfen in Anspruch nehmen als alleinlebende Personen. Auch die Überzeugung der Hauptpflegeperson, keine weitere Hilfe zu benötigen, spielt eine Rolle. Interventionen, die sowohl für Personen mit Demenz wie für die Hauptpflegeperson (HPP) ausgerichtet sind, müssen bei der Frage der Akzeptanz oder Nachfrage neben Merkmalen der beteiligten Personen auch die Beziehung zwischen beiden berücksichtigen. – Vorliegende Studie geht der Frage nach, welche Faktoren mit der Akzeptanz eines Angebotes assoziiert sind.

Methoden

In der an mehreren Einrichtungen einer Gesundheitsregion durchgeführte, (cluster) randomisierte, kontrollierte Studie aus den USA (18 Kliniken) nahmen 229 Paare (Person mit Demenz und Hauptpflegepersonen) an der Intervention teil, die ein umfassendes Pflegemanagement umfasste (Beratung, Unterstützung, Begleitung). Vorhersagende Faktoren („Prädikatoren") wurden aus der Literatur entnommen (bürgerlicher Status, Alter und Geschlecht der Hauptpflegeperson, Zusammenleben, Selbstwirksamkeit der Hauptpflegperson), ergänzt um Daten zur Schwere und Art der Demenz, der Komorbidität, Lebensqualität und Verhalten. Weitere Parameter betrafen Daten zur Hauptpflegeperson und zu den in Anspruch genommenen Diensten.

Resultate

Von den 229 Paaren (Person mit Demenz und HHP) nahmen 80% das angebotene Pflegemanagement in Anspruch. Im Vergleich zu den Personen, die das Angebot nicht in Anspruch nahmen, ergaben sich hinsichtlich

- der Patienten folgende Tendenzen: eher jünger mit weniger schwerer Demenz aber
  höherer Komorbidität und bislang keiner Nutzung ambulanter Pflege,
- der Hauptpflegeperson folgende Tendenzen: eher mit Person mit Demenz zusammenlebend mit einem höheren Grad an gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei gleichzeitig höherem zeitlichen Aufwand für Pflege und Betreuung.

Schlussfolgerungen

Der aussagefähigste Faktor für die Inanspruchnahme war das Zusammenleben mit dem Patienten. Hauptpflegepersonen von Personen mit fortgeschrittener Demenz haben sich

schon mehr auf ein Leben mit einer Person mit Demenz eingestellt und scheinen geringeren Unterstützungsbedarf bezüglich eines Pflegemanagements zu haben. Keine Zusammenhänge konnten zu den mit der Pflege und Betreuung assoziierten gesundheitlichen Belastungen oder der Selbstwirksamkeit der HPP hergestellt werden. Ein enges Zusammenleben mit einer Person mit Demenz in der Frühphase der Erkrankung scheint am ehesten das Bedürfnis entstehen zu lassen, sich über Pflege und Betreuung beraten und begleiten zu lassen.

Quelle

Kaisey M., Mittman B., Pearson M., Connor K-I., Chodosh J., Vassar S.D., Nguyen F.T., Vickrey G. (2012). Predictors of acceptance of offered care management intervention services in a quality improvement trial for dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 27: 1078-1085

22. Ungünstiger Copingstil geht mit mehr neuropsychiatrischen Symptomen einher

Ziel/Hintergrund

Herausforderndes Verhalten wird zumeist verstanden als Interaktion zwischen neurobiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Zu den letzteren gehören unerfüllte Bedürfnisse, geringere Stresstoleranz, Auslöser der Umwelt und Rückmeldungen von und Interaktionen mit anderen. Zumeist werden psychosoziale Ursachen einseitig an der Person mit Demenz und ihren Charakteristika festgemacht. Wenige Studien haben bislang untersucht, inwieweit Bewältigungsstrategien der Hauptpflegepersonen für herausforderndes Verhalten der Person verantwortlich sind. Diese Bewältigungsstrategien können vorhandene Ressourcen übersteigen und beispielsweise den Kontrollverlust einleiten. – Vorliegende Studie untersucht, ob Bewältigungsstrategien der Hauptpflegeperson mit dem Auftreten herausfordernden Verhaltens der Person mit Demenz assoziiert sind. Die leitende Hypothese lautet: Patienten, die von Hauptpflegeperson mit ungünstigen Bewältigungsstrategien (Problemvermeidung, Wunschdenken, überzogene Selbstkritik, sozialer Rückzug) versorgt werden, zeigen mehr und häufiger herausforderndes Verhalten als Personen, die günstige (problemlösende) Strategien anwenden.

Methoden

Die Untersuchung ist Teil einer größeren Studie über Personen mit Demenz und Pflegende Angehörige in Malaga/Spanien. Teilnehmende wurden in Hinblick auf Repräsentativität gezielt ausgewählt und über Gesundheitsdienste und niedrigschwellige Angebote gewonnen. Instrumente für die Datenerhebung werden beschrieben: kognitiver und funktionaler Status, Stadium der Demenz, neuropsychiatrische Symptome - für Personen mit Demenz , Belastungsinventar, Depressivität, Ängstlichkeit, Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) - für die Hauptpflegeperson. Die statistischen Analyseverfahren werden beschrieben.

Resultate

Insgesamt konnten 80 Hauptpflegepersonen befragt und deren Angehörige mit Demenz untersucht werden.
Die Hauptpflegepersonen waren überwiegend weiblich, Töchter oder Ehefrauen, lebten mit der Person mit Demenz zusammen und bekundeten eine gute Gesundheit. 56,6% wiesen Eine signifikante Ängstlichkeit, 53,7% eine signifikante Depressivität auf.
Personen mit Demenz waren durchschnittlich 77 Jahre alt, 62% der Personen waren Frauen mit einer moderaten bis schweren Demenz. 95% wiesen neuropsychologische Symptome auf: Apathie (92%), Irritierbarkeit (63%), Depression (58%) und Agitiertheit (50%).
Es konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Copingstil der Hauptpflegeperson und den neuropsychologischen Symptomen der Personen mit Demenz aufgewiesen

werden. Geringes Alter, weiblich, mit der Person zusammenlebend, geringe Bildung, Anzahl der Pflegestunden pro Tag- und ein hoher Belastungswert auf Seiten der Hauptpflegeperson erwies sich als assoziiert mit deutlich höheren Werten für neuropsychiatrische Symptome auf Seiten der Person mit Demenz.

Schluss-folgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass ungünstige Bewältigungsstile seitens der Hauptpflegeperson einhergehen mit einer erhöhten Häufigkeit und Schwere neuropsychiatrischer Symptome seitens der Person mit Demenz. Die Untersuchung bestätigt bisherige Studien, die einen Zusammenhang zwischen negativen Emotionen und hoher Belastung bei Pflegenden und Irritierbarkeit, Agitiertheit und disruptivem (sozial störendem) Verhalten bei Personen mit Demenz aufzeigten. Hauptpflegepersonen mit geringer Ängstlichkeit und Depressivität zeigten mehr günstige Bewältigungsstile von Stress und deren Angehörige mit Demenz vergleichsweise weniger neuropsychiatrische Symptome. Die Autoren diskutieren einen Teufelskreislauf, bei dem die Überzeugung, die Belastung sei nicht zu verändern, zu ungünstigen Einstellungen mit erhöhter Ängstlichkeit, Depressivität und Resignation führt, die wiederum auf Seiten der Person mit Demenz neuropsychiatrische Symptome erzeugt, welche die Überzeugung umfassender Vergeblichkeit bestätigt. Daraus ergeben sich folgende Möglichkeiten der Einwirkung: Hauptpflegepersonen mit ungünstigen Pflegestilen früh identifizieren; sie über den Zusammenhang ungünstiger Bewältigungsstile und neuropsychiatrischer Symptome bei Personen mit Demenz informieren; Hilfestellungen geben, um andere Einstellungen und Haltungen zu gewinnen und einzuüben.

Quelle

Garcia-Alberca J.M., Cruz B., Lara J.P., Garrido V., Lara A., Gris E., Gonzalez-Herero V. (2013). The experience of caregiving: the influence of coping strategies on behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease. Aging & Mental Health, 17(5) 615-622
Vgl. Monitor 7,8

Ergänzung

Vgl.: Hanson C.D., Clarke C. (2013) Is expressed emotion related to estimates of ability made by older people with cognitive impairments and their partners? Aging & Mental Health, 17(5): 535-543
Es ist bekannt, dass Personen mit Demenz ihre kognitiven Fähigkeiten in der Regel positiver beurteilen als die Hauptpflegeperson, iin der Regel ein Angehöriger. Diese Diskrepanzen sind zumeist geringer, wenn die Person zusätzlich höhere Werte für Depressivität aufzeigt; es wird vermutet, dass die Person mehr Einsicht in ihren Niedergang besitzt und daher ihre Fähigkeiten eher realistisch beurteilt.
Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen beschriebenen Diskrepanzen und Expressed Emotions der Hauptpflegeperson: darunter werden kritische, feindselige

oder emotional übertriebene Haltungen und Einstellungen zum Kranken verstanden.

Die Studie bestätigt diesen Zusammenhang: je größer die Diskrepanz in der Beurteilung der kognitiven Fähigkeit, desto mehr zeigt die Hauptpflegeperson eine kritische, ärgerliche Haltung gegenüber der Person mit Demenz. Dies zeigt, dass die affektive Umgebung für die Person mit Demenz eher ungünstig ist. Klinisch würde dies bedeuten, beim Vorliegen hoher Diskrepanzen am Verständnis der Demenz und ihrer Entwicklung seitens der Hauptpflegeperson verstärkt zu arbeiten, um Expressed Emotions möglichst zu reduzieren.