

VIDEANT Leuchtturm Projekt

Psychische und Verhaltensstörungen bei Demenz

Tomislav Majić

tomislav.majic@charite.de



Projektkoordinator: Tomislav Majić
Leiter: Dr. Dr. Michael A. Rapp
Prof. Dr. Hans Gutzmann
Gefördert vom Bundesministerium für
Gesundheit



Hintergrund

Bei Demenzerkrankungen treten häufig Störungen von Erleben und Verhalten auf.

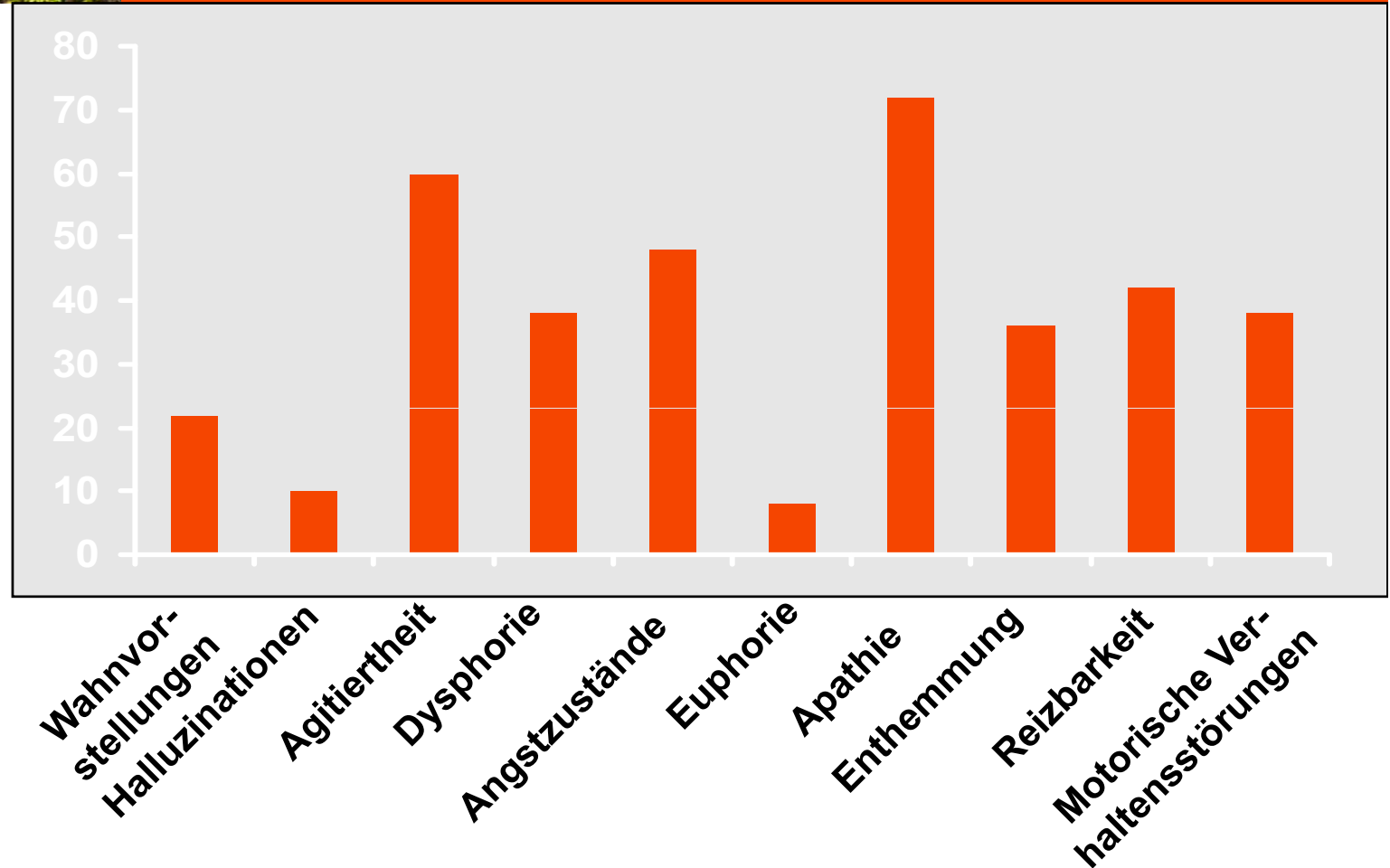
Dabei nehmen die Störungen mit fortgeschrittenen Stadien in Frequenz und Ausprägung typischerweise häufig zu.

Zu den häufigsten Störungen zählen:

- a) Depression, Apathie und sozialer Rückzug
- b) Aggressivität und Unruhe, inadäquates soziales Verhalten, psychotische Symptome



Prozentsatz der Patienten, die Verhaltensstörungen aufweisen



Über 75% aller Bewohner leiden an Verhaltenssymptomen (Testad et al., 2007).



Ursachen von Verhaltensstörungen bei Demenz

Medizinisch:

Sporadische Infekte (v.a. Harnwegsinfekt und Pneumonie),
Elektrolytstörungen, Dehydrierung, Medikamente, Herz-
Kreislaufkrankungen

Situativ:

Umgebungsveränderungen, Verlust von Bezugspersonen, Interaktion
mit anderen Bewohnern/Pflegenden

Biographisch:

Umherräumen, repetitive Muster, Interaktionsmuster

Krankheitsbedingt:

Verkennungen, Orientierungsfehler, Gedächtnisstörungen



Folgen und Probleme

- 1) verminderte Lebensqualität der Bewohner (QOL)
- 2) verkürzte Zeit zu einer vollständigen Versorgungspflichtigkeit (im Mittel um etwa 2 Jahre) (Phillips 2003)
- 3) hohe Prävalenz: In Pflegeeinrichtungen die Mehrheit aller Bewohner betroffen (Testad et al. 2007)
- 4) erhöhte Belastung für Angehörige, vermutlich verminderte Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals (Devanand 1997)
- 5) vermehrter Einsatz von Psychopharmaka (Weyerer 2000), mehr stationäre Behandlungen, insgesamt eine erhöhte Belastung des Gesundheitssystems (Devanand 1997)



Verschreibung von Psychopharmaka

- zu viele Neuroleptika
- => verbunden mit Nebenwirkungen und erhöhter Mortalität
- zu wenige Antidepressiva und zu wenige Antidementiva (Pantel et al. 2005)
- Nicht-pharmacologische Interventions werden zu wenig eingesetzt
- Assessments werden nicht regelmäßig durchgeführt, keine Leitlinienadhärenz



Ziele

- Implementierung von Behandlungsleitlinien (AGS and AAGP 2003), um:
- Minderung Frequenz und Schwere der Verhaltensstörungen
- Minderung Frequenz und Dosierung der Verschreibung von Psychopharmaka
- Minderung der Häufigkeit von Hospitalisierungen
- Minderung der Belastung der Helfenden
- Verbesserung der Lebensqualität



Behandlungsleitlinien

Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaften für Gerontopsychiatrie und Geriatrie (AGS & AAGP, 2003) zur Verbesserung der Behandlung von Depressionen und Verhaltenssymptomen in Pflegeeinrichtungen:

- Expertenpanel (interdisziplinär Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Pflege, Sozialwissenschaften, Gerontopsychologie und Gesundheitsökonomie)
- Übersichtsarbeit (Snowden, 2003)
- Gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Aspekte



Leitlinien der AGS und AAGP

Klassifikation des Evidenzgrades

- I = ein oder mehrere randomisierte, kontrollierte Studien
- II = kontrollierte Beobachtungsstudien
- III = Expertenmeinung oder Fallstudien
- IV = Expertenmeinung ohne datenbasierte Evidenz



Schulung und Screening

	Massnahme	Evidenzgrad
Schulung		
1	Gezielte Schulung des Pflegepersonals hinsichtlich der individuellen Manifestationen und Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltenssymptomen	I (+ / -)
Identifikation und Screening		
2	Ein screening, welches über die Standarddokumentation hinausgeht, sollte implementiert werden, um alle Patienten mit Verhaltenssymptomen zu identifizieren	II (+ / -)



Medizinisch-pflegerisches Assessment

	Massnahme	Evidenzgrad
Assessment und Diagnose		
3	Mögliche medizinische Gründe für Verhaltenssymptome sollten erfasst werden, insbesondere bei neu auftretenden Verhaltenssymptomen (z.B. Konstipation, medikamentöse Nebenwirkungen, Infektionen, Dehydrierung, Schmerz, Delir, Verletzungen)	II-III



Nichtmedikamentöse Behandlungen

Massnahme	Evidenzgrad
Nicht-Pharmakologische Interventionen durch geschultes Pflegepersonal oder andere geriatrisch geschulte professionelle Personen	
Sensorische Therapien	II (+ / -)
Bewegungstherapie	I (+ / -)
Individuelle Anpassung von pflegerischer Unterstützung bei basalen Alltagsaktivitäten (Activities of Daily Living – ADLs)	I (-)
Modifikation der Umgebung	II
Verhaltenstherapie / Kontingenzmanagement	II (+ / -)

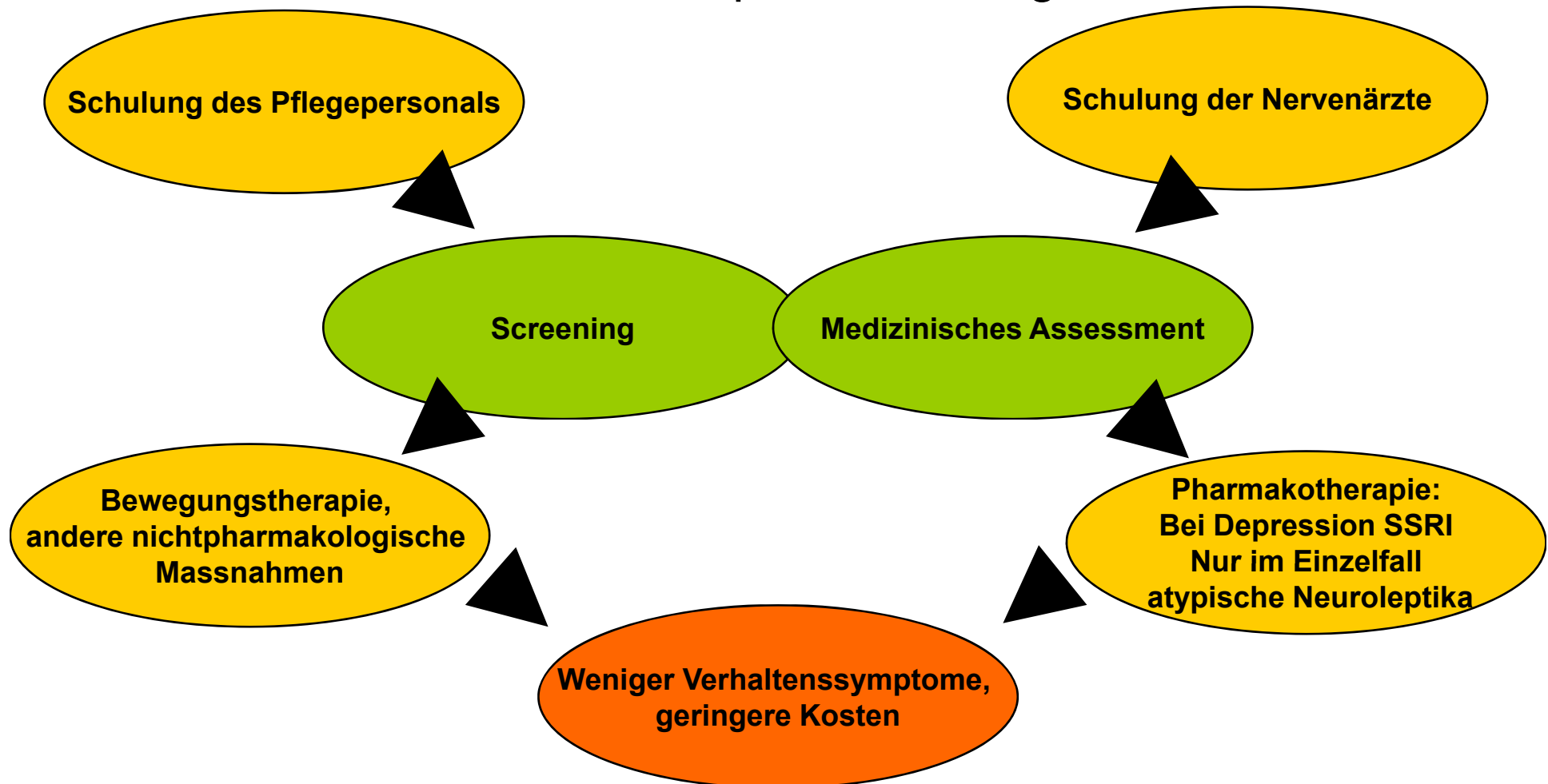


Medikamentöse Behandlungen

Massnahme	Evidenzgrad
Pharmakologische Interventionen	
<p>Bei Patienten mit schweren Verhaltenssymptomen und psychotischen Merkmalen wie Halluzination und Wahn sind atypische Antipsychotika zu erwägen. Folgende Medikamente eingesetzt sollten bei diesen Patienten <i>nicht als Medikamente erster Wahl</i> werden: Konventionelle Antipsychotika Antikonvulsiva Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer Benzodiazepine mit kurz- oder mittelfristiger Wirkung</p>	<p>I I (-) I (+ / -) I (-) II (+ / -)</p>
<p>Bei Depression sind Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer zu erwägen. Andere Antidepressiva sollten nicht als Medikamente erster Wahl eingesetzt werden.</p>	<p>I (-) II (+ / -)</p>



Leitlinienimplementierung:





Hypothesen:

Die Implementierung ärztlicher und pflegerischer Leitlinien in Pflegeheimen:

- vermindert die Ausprägung von Verhaltenssymptomen und Depression bei Demenzkranken
- senkt die Psychopharmakaverschreibungen
- senkt die Hospitalisierungsraten
- vermindert die Belastung der Pflegenden

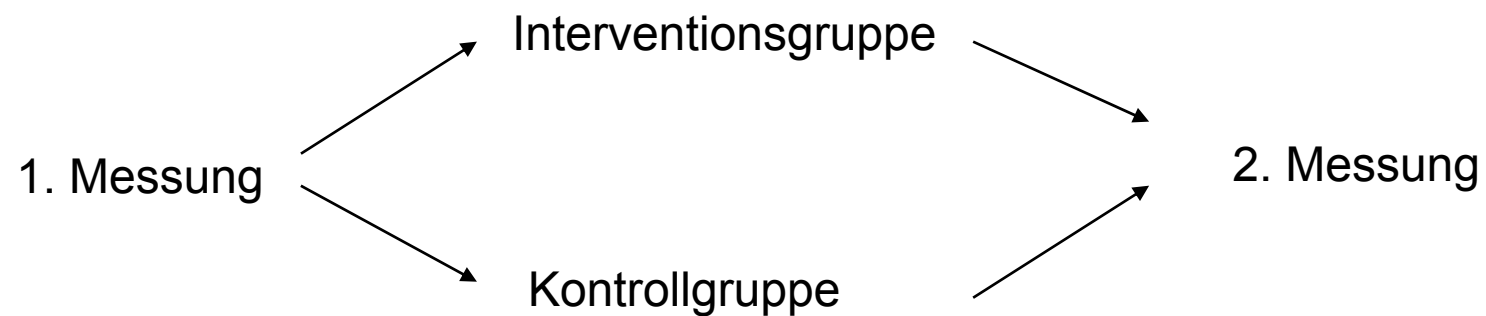


Intervention

- *Schulung des Pflegepersonals* und der behandelnden *Ärzte* hinsichtlich der Formen und Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltenssymptomen,
 - ⇒ unter anderem: „Drei R“: *Repeat, Reassure, Redirect*;
 - ⇒ „ABC“ der Verhaltensanalyse: *Antecedents, Behavior, Consequence*.(nach Weiner 2003);
 - ⇒ *biographische Anamneseerhebung*
- Systematisches *Screening* durch standardisierte Assessmentbögen
- *Ergotherapiegruppe* (zweimal wöchentlich für jeweils 60 Minuten) in Pflegeheimen
- Ärztlicher und Pflegerischer *Telefonlionsdienst*



Untersuchungsablauf (Schema)





Stichprobe

Insgesamt N = 326 Bewohner in 18 Heimen in verschiedenen Berliner Bezirken, Bewohner je mit leichten, mittelschweren bis schweren Demenz

Soweit eine Demenzdiagnose nicht erhältlich war, wurde diese anhand der Ergebnisse von MMST und FAST-stage ergänzt

je 9 Pflegeheime, die nach Größe und sozio- demografischen Daten gematcht sind in Kontroll vs Interventionsheime





CHARITÉ CAMPUS MITTE

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie





Was wurde gemessen? 1. Querschnitt

- 1) Demographische Daten
- 2) Prävalenz und Schweregrade von kognitiven und Verhaltenssymptomen
 - Agitation => CMAI (Cohen-Mansfield et al., 1989)
 - Apathy => AES (Marin et al. 1991)
 - Depression => DMAS (Sunderland et al., 1988)
 - BPSD => NPI (Starkstein et al. 1985)
 - Severity of cognitive and functional decline (MMST; FAST)
- 3) Anzahl der verschrieben Psychopharmaka
- 4) Anzahl der Krankenhauseinweisungen



Was wurde gemessen? 2. Leitlinienadhärenz

- ⇒ Zur Sicherung einer Leitlinien-gerechten Pharmakotherapie bei den in den Pflegeheimen der Interventionsgruppe tätigen Ärzten
- ⇒ Zur Sicherung des leitliniengestützten Versorgung durch Pflegepersonal, insbesondere hinsichtlich des Einsatzes von Assessment-Instrumenten bei Verhaltensstörungen



Was wurde gemessen? 3. Belastung der Pflege

- In der Interventions- und der Kontrollgruppe:
Die Belastung der Pflegenden in den untersuchten Pflegeheimen, gemessen mittels der PSS (Knoll & Rieckmann, 2007)
- Fokusgruppen mit Vertretern der Pflegeheime (je drei Fokusgruppen mit je acht Teilnehmern, vier Stunden) in 2008 und 2009.



Was wird gemacht (1)?

In der Interventionsgruppe:

Schulung des Pflegepersonals und der behandelnden
Ärzte hinsichtlich der Formen und Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltenssymptomen

Implementierung eines systematischen *Screenings*
durch standardisierte Assessmentbögen

Biographische Anamneseerhebung

Ergotherapiegruppe (zweimal wöchentlich für jeweils 60
Minuten) in Pflegeheimen

Ärztlicher und Pflegerischer *Telefonlaidienst*



Was wird gemacht (2)?

In der Kontrollgruppe:

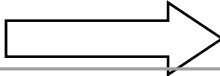
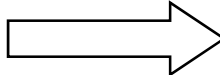
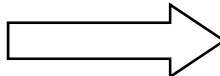
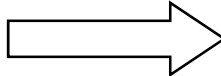
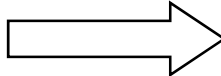
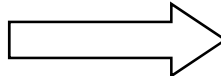
Schulung des Pflegepersonals hinsichtlich der Formen und der Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltenssymptomen in 2009

Implementierung eines systematischen *Screenings* durch standardisierte Assessmentbögen in 2009

Biographische Anamneseerhebung in 2009



Zeitplan

	Zeitplan (22 Monate)			
<i>Meilensteine</i>	Monat 1-2	Monat 3-6	Monat 7-18	Monat 19-22
Studienprotokoll, Planung, Ethikkommission.				
Ratertraining, Aufsetzen der Datenbasis, Fokusgruppen zu Implementierungshemmnissen				
Erster Quantitativer und Qualitativer Messzeitpunkt; Fokusgruppen; Assessment der Verhaltenssymptome, Demographisches Assessment; subjektive Belastung der Pflegenden				
Beginn der Intervention; Pflegeschulung, Assessment Training, Ärzteschulung. In der Kontrollgruppe Erfassung von Schulungsteilnahmen und Assessmentnutzung				
Leitlinienadhärenz, Pflegeliaison, Ärzteliaison, Datenerhebung in Krankenakten in Kontroll- und Interventionsgruppe				
Zweiter Quantitativer und Qualitativer Messzeitpunkt; Fokusgruppen; Assessment der Verhaltenssymptome, Demographisches Assessment; subjektive Belastung der Pflegenden				
Manuelerstellung, Auswertung der Daten, Dissemination				

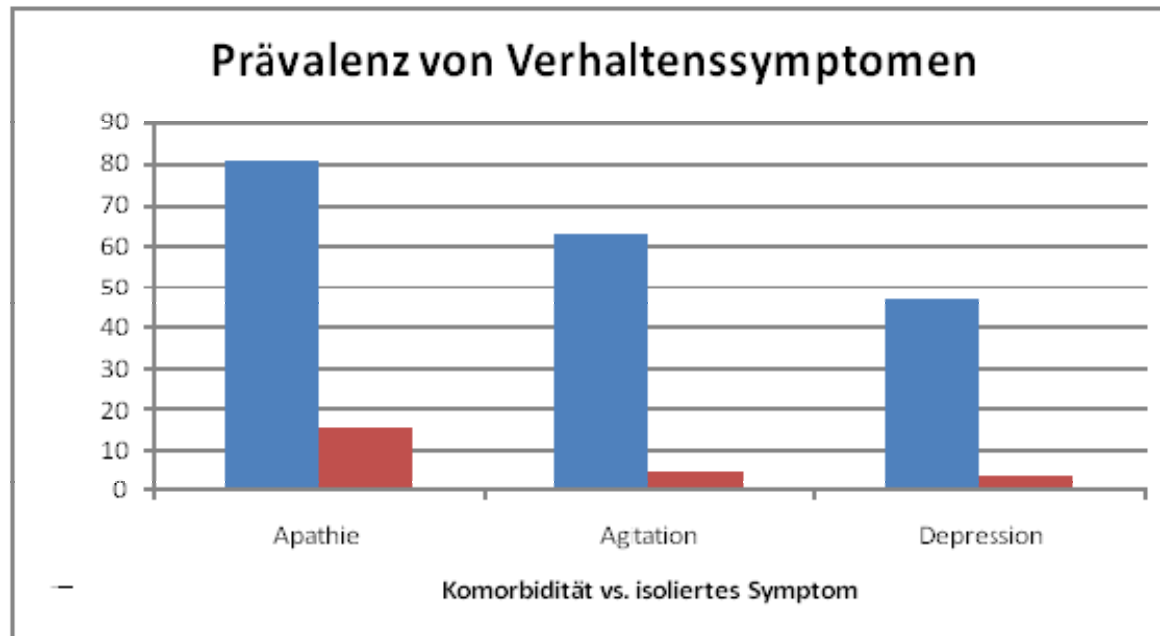


Erste Ergebnisse (t0)

- Einstellung und Problembewusstsein der Pflegenden
- Prävalenz von Verhaltenssymptomen
- Verhalten der Ärzte hinsichtlich Pharmakotherapie



Prävalenz von Verhaltenssymptomen

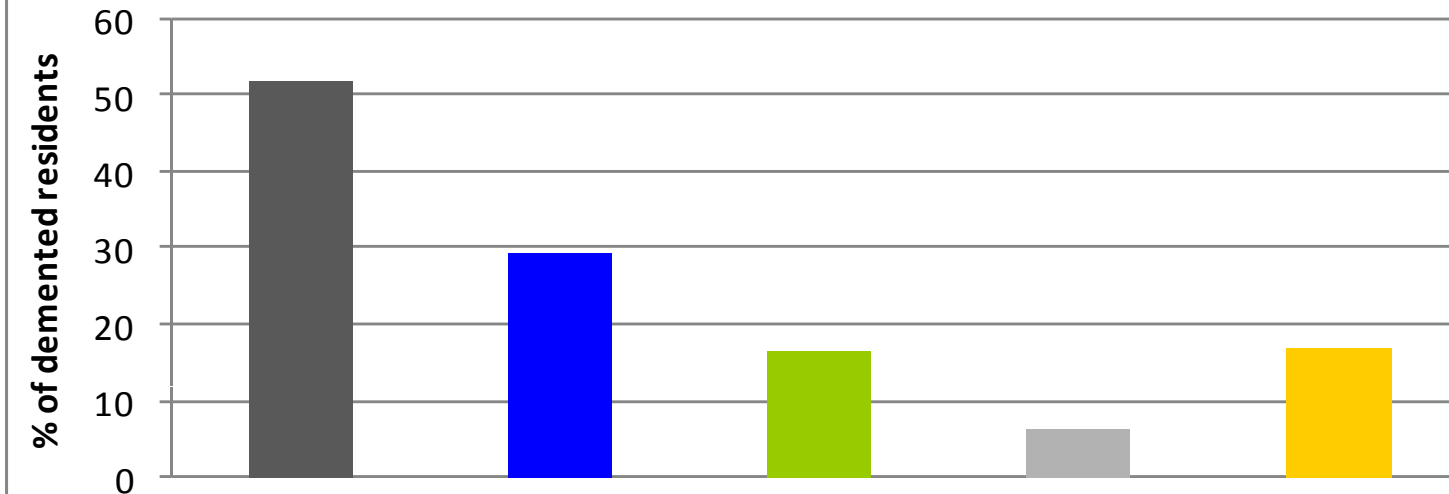


agitation (62.6 %),
depression (46.3 %)
and apathy (80.4%).

Die Prävalenz von Verhaltenssymptomen wurde anhand vordefinierter Schwellenwerte für jede einzelne Skala bestimmt, untersuchte Verhaltenssymptome: Apathie (AES), Agitation (CMAI) und Depression (DMAS)



Psychopharmaka Verschreibungen



52,1% Neuroleptika (NL), 26% Benzodiazepine (BZD), 6,4% Antidepressiva (SSRI), 16,6% Antidementiva (AD), 16,9% Antikonvulsiva.



Schlussfolgerungen und Ausblick

Die hohe Prävalenzrate von Verhaltenssymptomen bei demenzkranken Bewohnern stellt ein signifikantes Versorgungsproblem dar. Durch eine leitliniengerechte Behandlung könnte der Schweregrad der Verhaltenssymptome gemildert werden.

Hier sind insbesondere von Bedeutung:

- Assessments zur Verlaufsbeurteilung
- Schulungen der Ärzte hinsichtlich Pharmakotherapie
- Gezielter Einsatz nichtpharmakologischer Interventionen (Biographiearbeit, Ergotherapie)
- Tandemkommunikation (Arzt/Pflege - Telefonliaisondienst)



Mitarbeiter

Sandra Bärwald
Anne Decker
Thomas Duch
Hans Gutzmann
Andreas Heinz
Daniela Jerosch
Tomislav Majić
Thomas Mell
Mechthild Niemann-Mirmehdi
Jan-Paul Pluta
Michael Rapp
Anja Stugis
Yvonne Treusch

Kooperationen

Uni Witten Herdecke
(Sabine Bartholomeyczik,
Daniela Hardenacke)

Institut f. Medizinische
Soziologie der Charité
(Adelheid Kuhlmeier, Thomas Fischer,
Johanna Nordheim)

VU Amsterdam
Wilco Achterberg

www.charite.de/psychiatrie