

Bachelorarbeit

**Psychotrope Medikamente (zur
Verhaltenskontrolle) bei
Personen mit Demenz in der
Pflegepraxis und mögliche
Alternativinterventionen-
ein Literaturreview**

eingereicht von:
Julia Paola Fasser

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Sen.-Scientist Dr.in rer.cur. Sandra Schüssler, BSc. MSc

Graz am 20. April 2017

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

20.04.2017 Julia Paola Fasser, e.h.

Zusammenfassung:

Hintergrund:

Demenz ist eine weltweit immer stärker zunehmende, neurodegenerative Erkrankung. Die Literatur zeigt, dass Menschen mit Demenz vermehrt Verhaltensprobleme aufweisen, was für die Pflegenden äußerst belastend sein kann. Aus diesem Grund werden diese Verhaltensprobleme oft mit psychotropen Medikamenten behandelt, welche jedoch viele Nebenwirkungen haben. Dieses Literaturreview zeigt einen Überblick der Prävalenz psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) und deren Alternativinterventionen.

Methode:

Es wurde ein narratives Literaturreview in den Datenbanken PubMed und Systematic Reviews sowie Randomized Controlled Trails in Cochrane (via Ovid) aus dem Publikationszeitraum 2006-2016 durchgeführt. Ebenso wurde eine Handsuche in Referenzlisten und Internetrecherche in Google Scholar durchgeführt.

Ergebnisse:

Es wurden 12 Studien in den Ergebnisteil miteinbezogen. Die psychotropen Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) Antidepressiva zeigten eine Prävalenz von 91,9% - 44,8%, Antipsychotika von 26,7% - 60,2% und Benzodiazepine von 8,5% - 47,6%.

Als Alternativinterventionen wurden die Musiktherapie, Lichttherapie, Tiertherapie, Bewegungstherapie, kognitives Stimulationstraining, Realitätsorientierungstraining und Validation gefunden.

Schlussfolgerung:

Die inkludierten Studien zeigen eine große Varianz der Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) von 8,5% bis 91,9%, je

nach Medikamentenklasse. Insgesamt wurden sieben Alternativinterventionen gefunden. Von diesen wurde die Musiktherapie am häufigsten untersucht.

Für die Pflegepraxis wird ein kritisches Hinterfragen im Bezug auf den Einsatz psychotroper Medikamente, eine gute Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und eine stichhaltige Dokumentation empfohlen. Als Alternativintervention kann die Musiktherapie empfohlen werden, da diese am besten untersucht wurde.

Für die Forschung werden weitere Prävalenzerhebungen zur Anwendung von psychotropen Medikation (zur Verhaltenskontrolle) bei BPSD empfohlen. Des Weiteren sollten zu allen Alternativinterventionen weitere Interventionsstudien zur Wirksamkeit durchgeführt werden.

Schlüsselwörter: Demenz, Prävalenz, psychotrope Medikamente, alternative Interventionen

Abstract

Background:

Dementia is a growing neurodegenerative disease worldwide. The literature shows that people with dementia have increased behavioral problems, which can be extremely damaging to the nursing staff. For this reason, these behavioral problems are often treated with psychotropic medications, which, however, have many side effects. This literature review provides an overview of the prevalence of psychotropic drugs (for behavioral control) and their alternative interventions.

Method:

A narrative literature review was conducted in the databases PubMed and Systematic Reviews as well as Randomized Controlled Trails in Cochrane (via Ovid) from the publication period 2006-2016. Likewise, an individualized search in reference lists and internet research in Google Scholar was carried out.

Results:

12 studies were included in the results section. The psychotropic drugs (for behavioral control) antidepressants showed a prevalence of 91.9% - 44.8%, antipsychotics of 26.7% - 60.2% and benzodiazepines of 8.5% - 47.6%.

As alternative interventions were found the music therapy, light therapy, animal therapy, movement therapy, cognitive stimulation training, reality orientation training and validation.

Conclusion:

The included studies show a large variance of the prevalence of psychotropic drugs (for behavioral control) from 8.5% to 91.9%, depending on the drug class. A total of seven alternative interventions were found. Of these, music therapy was most frequently studied.

For the nursing practice, a critical questionnaire with regard to the use of psychotropic drugs, a good cooperation between the various professional groups and a cogent documentation are recommended. As an alternative intervention, music therapy can be recommended, as this has been the most investigated.

For further research, prevalence surveys for the application of psychotropic medication (for the behavioral control) with BPSD are recommended. Furthermore, further intervention studies should be carried out on all alternative interventions.

Keywords: dementia, prevalence, psychotropic drugs, alternative interventions

Inhaltsverzeichnis:

| |
|--|
| Glossar |
| Abbildungsverzeichnis/ Tabellenverzeichnis |
| Abkürzungsverzeichnis |

1 Einleitung

- 1.1 Demenz
- 1.2 Bedeutung für die Pflege
- 1.3 Demenzsyndrome
- 1.4 Probleme der Pflegenden
- 1.5 Alternativinterventionen bei Demenz
- 1.6 Medikamentöse Demenztherapie
- 1.7 Forschungslücke und Fragestellung

2 Methode

- 2.1 Design
- 2.2 Suchstrategie
- 2.3 PubMed
- 2.4 Auswahl der Studien
- 2.5 Qualität der Studien
- 2.6 Ergebnisse

3 Ergebnisse

- 3.1 Prävalenz und medikamentöse Demenztherapie
- 3.2 Freiheitsbeschränkende Medikamente
- 3.3 Alternativinterventionen

4 Diskussion

- 4.1 Stärken und Schwächen

5 Schlussfolgerung

6 Literaturverzeichnis

7 Angang- Bewertungsbögen

Glossar

Alternativinterventionen:

Auch unter dem Begriff psychosoziale Interventionen (PI) beschrieben, sollen zur Reduktion medikamentöser Behandlung beziehungsweise Freiheitsbeschränkung von demenzspezifischen Symptomen angewandt werden und die Lebensqualität der betroffenen Menschen verbessern oder erhalten. So kann jegliche Art von Intervention, welche dem an Demenz erkrankten Menschen helfen kann, angewandt werden. Als kognitive Interventionen kann man Musiktherapie, Lichttherapie oder Bewegungstherapie bezeichnen, sich auf das Verhalten beziehende Methoden wie Validation oder Realitätsorientierungstraining zählen zu den Verhaltensinterventionen (Höfler et al 2015).

Benzodiazepines:

Benzodiazepine sind eine Gruppe von Medikamenten, die chemisch gesehen auch als Tranquilizer bekannt sind. Sie werden bei Schlafstörungen eingesetzt, da sie schlaffördernd, angstlösend, krampflösend und beruhigend wirken. Ebenso verändern sie den REM-Schlaf kaum, sowie Nebenwirkungen weniger ausgeprägt sind als bei reinen Schlafmitteln. Aufgrund der angstlösenden Wirkung ist aber eine hohe Inzidenz zur Abhängigkeit beschrieben (Plötz 1996).

Behaviour control:

Verhaltensmodifikation ist eine Therapieform. Sie passt das Verhalten durch Techniken an und nimmt hierbei die Verstärkung, also die Veränderung des gezeigten Verhaltens durch einen positiven oder negativen Reiz zur Hilfe, hier besonders, um nicht gewünschtes Verhalten auszumerzen oder durch andere, gewünschte Handlungsweisen zu ersetzen. Diese Therapieform ist überaus individuell da sowohl Reiz als auch Verhalten stark variiert (Andreasen & Black 1993).

BPSD:

Unter BPSD versteht man: „behavioural and psychological symptoms of dementia“, also jene Verhaltenssymptome, welche bei an Demenz erkrankten Menschen vorkommen und besonders in der sozialen Interaktion und Betreuung eine Herausforderung darstellen. Hierzu gehört unter Anderem Agitiertheit, Aggressionen und nächtliches Herumwandern (Höfler et al 2015).

Dementia:

Demenz ist eine nicht zu heilende, chronisch oder progressiv verlaufende, welche zum Verlust der kognitiven Funktionen durch Abbau der Hirnmasse führt. Dies äußert sich meist in Einschränkungen des Erinnerungsvermögens, der Gedächtniskraft, der Merkfähigkeit sowie Veränderungen, vordergründig einer Minderung, der Intelligenz (WHO 25.02.2017).

Kognitive Stimulation:

Als kognitive Stimulation versteht man jede Form der Therapie, die einen Effekt auf die Kognition eines Menschen hat. Hier soll sie Auswirkungen auf den Realitätsbezug sowie das Erinnerungsvermögen haben. Dies wird durch individuelle Interventionen wie Quizze, Puzzle, Kreuzworträtsel etc. trainiert (Yates et al 2015).

Medikamentöse Freiheitsbeschränkung:

Unter Medikamentöser Freiheitsbeschränkung versteht man: „ ...deliberate and incidental use of pharmaceutical products to control behaviour and/ or restrict freedom of movement, but which is not required to treat a medically identified condition“ (Mott et al 2005).

Prävalenz:

Die Anzahl an Geschehen und Umständen einer bestimmten Erkrankung, eines Zustandes oder anderer Eigenschaften, die zu einer bestimmten Zeit beschrieben werden können (Höfler et al 2015).

Non pharmacological therapy:

Als nicht medikamentöse Therapie versteht man all jene Interventionen, die nicht mittels chemischen Substanzen durchgeführt werden. Hierzu zählen jegliche Formen der Psychosozialen Behandlungsmethoden wie Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, Individuelle Psychotherapie aber auch Gruppentherapien, Familientherapien sowie das Training sozialer Fertigkeiten (Andreasen & Black 1993).

Psychosocial:

Psychosozial beschreibt die Beziehung und Handlungsweise von Menschen mit ihrem Umfeld. So erklärt die psychosoziale Forschung, in wie fern Lebensereignisse die Entwicklung der Psyche und das psychosoziale Verhalten eines Menschen beeinflussen. Hierzu zählt zum Beispiel das Erleben und Bewältigen einer Verlustsituation in diesen Bereich. Es kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Probleme in Kindesalter zu einer Störung des Verhaltens im Erwachsenenalter führen (Andreasen & Black 1993).

Psychotropic drugs, Psychotropic agents:

Als Psychopharmaka werden jene Medikamente beschrieben, welche eine auf die Psyche bezogene Wirkung zeigen. Sie wirken zentralnervös, nehmen jedoch nur auf Symptome, nicht jedoch das zu Grunde liegende Problem Einfluss. Sie können in vier Gruppen unterteilt werden, die bei unterschiedlichen geistigen Zuständen eingesetzt werden. (Neuroleptika, Antidepressiva, Lithiumsalze, Tranquillizer) (Plötz 1996).

Abbildungsverzeichnis/ Tabellenverzeichnis:

Abbildungen:

Abb. 1 Flowchart 1

Abb. 2 Flowchart 2

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1 Demenzzymptome

Tab. 2 Ein/Ausschlusskriterien

Tab. 3 Charakteristika der Studien

Abkürzungsverzeichnis:

AD= Alzheimer's disease

UK= United Kingdom, England

USA= United states of America

ANOVA= Analysis of variance

SPSS= Statistik und Analysesoftware

BDZ= Benzodiazepine

BPSD= behavioral and psychological symptoms of dementia

RCT= randomised controlled trail

WHO= world health organisation

CIT= cognitive intervention therapy

QOL= quality of live, Lebensqualität

NPI- NH: neuropsychiatric inventory- nursing home

PI= psychosoziale Interventionen

MMSE= mini- mental state examination

LOCF= last observation carried forward

CSRI= Client Service Receipt Inventory

ICER= Incremental cost- effectiveness ratio

ADAS- Cog= The Alzheimer's Disease Assessment Scale- Cognitive Plus

QOL-AD= Quality of life- AD Measure

NY= New York

ICD- 10= International Statistical Classification of Diseases and related health problems

RIS= Rechtsinformationssystem

AI= Alternativinterventionen

REM- Schlaf: Rapid eye- movement Schlaf

1 Einleitung

Hintergrund

Die Weltbevölkerung wird immer älter (Höfler et al., 2015). 2015 leben 7.3 Milliarden Menschen auf der Erde, die UNO rechnet mit einer Gesamtbevölkerungszahl der Erde von 11,2 Milliarden Menschen bis zum Jahr 2100, wobei die die Gruppe der Menschen in Asien am stärksten steigt. (UN 2015).

In Österreich zeigt sich ein ähnliches Bild, so leben 2015 8.629.519 Menschen in Österreich und es wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerungsanzahl bis 2100 auf 10.096.328 Menschen angestiegen sein wird (Statistik Austria 2016). Ebenso wird davon ausgegangen, dass die Lebenserwartung der Österreicher immer weiter steigt, so werden Männer in Österreich im Durchschnitt 78 Jahre, Frauen sogar 83,3 Jahre alt. Dies bedeutet auch, dass die Anzahl jener Menschen, die 65 und mehr Jahre alt sind, im Steigen ist, so lag diese 2015 noch bei 18,5% und soll bis 2030 bei 22,8% liegen (Statistik Austria 2017).

Die Ottawa-Charta nimmt darauf Bezug, dass die Gesundheit aller Menschen international gefördert werden soll, um ein höheres Maß an Selbstbestimmtheit und Gesundheit für jeden Menschen zu ermöglichen (WHO 2017).

Für Österreich bestehen eigens definierte Ziele für eine gesunde Bevölkerung, welche mit „Gesundheitsziele Österreich“ betitelt sind. Ein hier enthaltener Punkt ist zum Beispiel das fördern psychosozialer Gesundheit (BMGF 2017).

Unter Berücksichtigung dieser Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass auch die Krankheiten, welche mit dem Alter zunehmen, eine breitere Masse an Menschen betreffen (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Zu diesen chronischen Erkrankungen zählen z.B. Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes aber auch die Demenz (WHO 2017c).

1.1 Demenz

Die Demenz ist laut ICD 10 ein Syndrom, welches aufgrund einer permanenten, kontinuierlichen Schädigung der Gehirnmasse etliche Störungen des Cortex und dessen Funktionen mit sich bringt.

Die Symptome nehmen mit steigendem Alter und fortschreitendem Erkrankungsverlauf immer mehr zu. Diese Symptome bedeuten für Menschen mit Demenz eine Reduktion der Lebensqualität und für deren Pflegende einen Anstieg des Pflegebedarfs sowie emotionale und physische Belastungen (Enßle 2010).

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt aktuell eine Personenanzahl von weltweit 47.5 Millionen Menschen mit Demenz, jährlich wird von 7.7 Millionen neuen Fällen gesprochen. Dies bedeutet einen Anstieg von rund 16% (WHO 2017 a). Auf Österreich bezogen wird die Anzahl von dementiell Erkrankten mit 115.000 bis 130.000 Menschen beschrieben, diese Zahl soll sich bis zum Jahr 2050 auf 234.000 Menschen belaufen (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

1.2 Klassifikation der Demenzformen

Laut ICD 10 kann man Demenz in mehrere Formen unterteilen:

- Demenz und Alzheimer-Erkrankung: Hier ist die Ursache idiopathisch, das Gehirn wird in einem fortlaufenden Prozess geschädigt. Von Alzheimer-Demenz wird erst gesprochen, wenn Symptome auftreten. Diese können lange Zeit beinahe unerkant bleiben und langsam immer schlimmer werden. Meistens fallen als Erstes Störungen des Kurzzeitgedächtnis auf.
- Vaskuläre Demenz: Diese Demenzform entsteht, wenn die Gefäße des Gehirns geschädigt sind. Deshalb ist diese Form von Demenz oft bei

Menschen nach Insulten beschrieben. Hier fällt meist auf, dass die kognitive Funktion gestört ist.

- Demenzformen aufgrund anderer Erkrankungen: Hierunter fallen zum Beispiel Erkrankungen wie Morbus Pick, die Lewy Body Demenz oder auch die Parkinson-Demenz.

Morbus Pick ist hier als besondere Form zu sehen, in erster Linie wirkt sich diese Demenzform auf die Planung der Handlungen aus, Verhaltenssymptome sind vor kognitiven Problemen beschrieben.

Als Lewy Body Demenz ist jene Form der Demenz beschrieben, die primär mit kognitiven Beeinträchtigungen auffällt. Ebenso können folgende Charakteristika beobachtet werden: Veränderungen kognitiver Funktionen, Parkinsonsymptome, Veränderungen der Bewusstseinslage.

Parkinson-Demenz: Diese Form tritt bei Menschen auf, welche die Parkinson-Krankheit als Grunderkrankung aufweisen. Diese Demenzform manifestiert sich meist erst bei Menschen, bei denen die Grunderkrankung schon weiter fortgeschritten ist.

- nicht weiter definierte Demenz

(Höfler 2015).

1.3 Demenzsymptome

Generell gibt es Symptomgruppen, die in der Fachliteratur beschrieben werden.

Tab. 1 Symptome der Demenz (basierend auf Friedmann & Thau, 1987; Andreasen & Black, 1993)

| | |
|---|--|
| <p>Kognitive Symptome: Jegliche Symptome, die das Denken von Menschen mit Demenz betreffen, wie:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Störungen der Merkfähigkeit - Störungen des Altgedächtnisses - Intelligenzminderung - Störungen in räumlicher und zeitlicher Orientierung - verminderte Fähigkeit, Kritik anzunehmen - verminderte Fähigkeit, Zusammenhänge zu erkennen |
| <p>BPSD: „behavioral and psychological symptoms“, eine Mischform der Symptomgruppen:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenssymptome: <ul style="list-style-type: none"> - Agitiertheit - Aggressivität - Störungen der Sexualität - Unruhe • psychische Symptome: <ul style="list-style-type: none"> - Halluzinationen - Angstattacken - Depressionen |
| <p>Funktionelle Störungen: Jene Symptome, die sich aufgrund der Demenz auf körperliche Funktionen</p> | <p>Neurologische Ausfallserscheinungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexverminderung - Schmerzen/ Parästhesien |

auswirken:

- Schlafstörungen
- Verminderung der Mobilität
- Esstörungen und Schluckprobleme
- Inkontinenz

Besonders hervorzuheben ist BPSD, was „*behavioral and psychological symptoms of dementia*“ bedeutet und eine Kombination aus Verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen ist.

Eine weitere Symptomgruppe ist jene der kognitiven Symptome, die jegliche Ausprägungen von Veränderungen des Denkprozesses beschreiben. Auch kann sich Demenz auf den Körper und seine Funktionen auswirken, was als dritter Symptomkomplex bezeichnet werden kann (Friedmann & Thau, 1987; Andreasen & Black, 1993).

All diese Symptome führen zu Problemen, welche für Pflegende emotionale und zeitliche sowie psychische Belastungen bedeuten. Das kann zur Folge haben, dass solche Patientinnen und Patienten eher mit psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) behandelt werden als Menschen ohne dementielle Erkrankung (Hantikainen & Kappeli 2000).

1.4 Schweregrade der Demenz

Die Demenz kann nicht nur aufgrund ihrer Symptome, sondern auch mittels Schweregraden eingeteilt werden. Um diese Einteilung treffen zu können, wird außer den Demenzsymptomen auch die Mini-Mental State Examination, kurz MMSE, zu Rate gezogen. Dieser Test untersucht die kognitiven Funktionen sowie das Kurzzeitgedächtnis von Menschen und deren zeitliche und örtliche Orientierung. Zu diesem Zweck werden 30 Fragen gestellt, welche mit einem Punktesystem bewertet werden.

Meist beginnt diese Erkrankung mit leichten Problemen des Kurzzeitgedächtnis, der Merkfähigkeit und der zeitlichen Orientierung. Bei weiterem Verlauf ergänzen sich je nach Schweregrad weitere Verhaltensauffälligkeiten und Probleme.

Im Bezug auf den MMSE wird die Demenz in drei Schweregrade unterteilt:

- Leichte Demenz:

Menschen mit leichter Demenz erzielen in der Mini-Mental State Examination 21 bis 26 Punkte, die Erkrankung äußert sich durch Störungen der Merkfähigkeit und oftmaligem Suchen verlegter Gegenstände, Probleme mit der zeitlichen und örtlichen Orientierung und Schwierigkeiten, gewisse Situationen (Einkaufen, Haushaltsführung etc.) zu bewältigen. Menschen mit leichter Demenz geben nicht zu, dass etwas nicht stimmt, ihre Stimmung kann jedoch schnell umschlagen, Depressionen sind keine Seltenheit.

- Mittelschwere Demenz:

Hier wird ein Mini-Mental State Examination-Score von 12 bis 20 Punkten erzielt. Menschen mit mittelschwerer Demenz zeigen kaum noch Orientierung im Bezug auf Zeit und Ort, sie erfahren einen Verlust ihres Langzeitgedächtnisses, können sich nicht mehr selber anziehen (hier sind Probleme mit der Auswahl geeigneter Kleidungsstücke beschrieben), sich nicht mehr selbst pflegen (Körperpflege etc.) oder versorgen (Kochen etc.). Auch zeigen diese Menschen des Öfteren Verhaltenssymptome wie Aggression, Apathie oder Zwangshandlungen.

- Schwere Demenz:

Bei Menschen mit schwerer Demenz wird ein Mini-Mental State Examination-Score von 0 bis 11 Punkten beschrieben. Menschen mit schwerer Demenz haben, wenn noch vorhanden, nur mehr sehr lückenhafte Erinnerungen an ihr eigenes Leben, ihre Angehörigen werden oft nicht mehr erkannt. Sie brauchen Unterstützung bei der Körperpflege und alltäglichen Situationen wie An/Auskleiden, ebenso treten oft Inkontinenzen (Harn- und Stuhlinkontinenz) auf. Desweiteren kann ein Verlust der Fähigkeit zu sprechen beobachtet werden,

ebenso wie die Fähigkeiten zu gehen oder die Position zu verändern (aus dem Sitzen aufstehen etc.). Ganz besonders sind hier aber die Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens beschrieben (Höfler 2015).

1.5 Bedeutung für die Pflege

In der Pflege sollten die Menschenrechte besonders gewahrt werden, da diese Profession über die Vulnerabilität ihrer Patienten bescheid weiß (Bundeskanzleramt 1990).

Diese Tatsache bringt einige Probleme für Pflegende und Angehörige mit sich. So sinkt die Lebensqualität der Pflegenden durch die Verhaltensprobleme der zu betreuenden Menschen (Santos et al., 2014).

Die Anwendung psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) ist als Eingriff in die Autonomie eines Menschen zu sehen. Dies untergräbt das Recht des Menschen, selbst Entscheidungen zu treffen.

Negative Effekte wie Verletzungen, oft durch Sturz, bis hin zum Tod, werden oft mit chemischer Freiheitsbeschränkung in Zusammenhang gebracht (WHO b, 2017). Auch auf die Gebrechlichkeit der Patientinnen und Patienten wirkt sich die Demenztherapie mit psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) negativ aus. Ebenso stellt eine Verhaltensänderung für Patientinnen und Patienten ein enormes Problem dar, so empfinden Pflegende und vor allem Angehörige solch eine Veränderung oft als gravierenden Einschnitt in Würde und Lebensqualität dieser Menschen mit Demenz ((Wouters et al. (2014); Höfler et al. (2015)).

In Österreich werden Freiheitsbeschränkungen durch das Unterbringungsgesetz und das Heimaufenthaltsgesetz geregelt. Das Heimaufenthaltsgesetz, das seit 2005 Anwendung findet, bezieht sich auf Freiheitsbeschränkungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern, psychiatrische Einrichtungen sind davon ausgenommen. Das Heimaufenthaltsgesetz beschreibt Freiheitsbeschränkung als die Hinderung einer zu pflegenden Person ohne deren Willen, ihre Mobilität

auszuüben oder eine Ortsveränderung vorzunehmen sowie die Androhung freiheitsbeschränkender Maßnahmen (Bundeskanzleramt, 25.02.2017).

Gerade Pflegepersonen haben hierauf großen Einfluss, da sie durch den intensiven Kontakt mit ihren Pfleglingen und ihrer persönlichen Einstellung zu einer deutlichen Reduktion solcher Medikamente in der Pflegepraxis beitragen können (Hantikainen & Kappeli 2000).

1.6 Probleme der Pflegenden:

An Demenz erkrankte Menschen benötigen besondere Betreuung und Pflege, da ihre Reaktionen oft nicht vorhersehbar sind oder als adäquat erachtet werden. So kann es manchmal vorkommen, dass sich Pflegepersonen zum Verabreichen von Medikamenten behelfen müssen. Es kann weiters vorkommen, dass sich die Patienten und Patientinnen weigern, die von den Ärzten verordneten Medikamente einzunehmen. Deshalb werden diese des öfteren in Essen und Trinken verabreicht (Kirkevold & Engedal., 2004; Treloar et al, 2000).

Um Verhaltenssymptome von Demenz zu behandeln, gibt es nicht-medikamentöse Alternativinterventionen. (Martini de Oliveira et al., 2015)

1.7 Forschungsziel und Forschungsfragen:

Bisher gibt es kein Literaturreview, welches sich mit der Prävalenz psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) in verschiedenen Settings beschäftigt.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) bei Demenz in den verschiedenen Settings zu beschreiben und nicht-medikamentöse Alternativinterventionen für an Demenz erkrankte Menschen aufzuzeigen und auf deren Wirksamkeit zu beschreiben.

Zentrale Fragestellungen:

- 1) Wie ist die Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) bei dementiell erkrankten Personen in der Pflegepraxis?
- 2) Welche nicht- medikamentösen Alternativinterventionen für dementiell erkrankte Personen gibt es in der Pflegepraxis?

2 Methoden

2.1 Design

Als Design dieser Arbeit wurde ein Literaturreview gewählt, da dies zur Beantwortung der Forschungsfrage am besten geeignet ist. Im Rahmen des Literaturreviews wird eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt, welche die gesamte, für diese Fragestellung relevante Literatur beinhaltet. Jene gesammelten Quellen werden auf ihre Qualität geprüft und danach inkludiert. Ein Literaturreview stellt zum Zeitpunkt der Fertigstellung eine detaillierte Beschreibung der gesamten, aktuellen Forschungsergebnisse im Bezug auf das Forschungsthema dar, weshalb seine Aussagekraft zu diesem Zeitpunkt am stärksten ist (Polit & Beck, 2012).

2.2 Suchstrategie

Ein erster, grober Überblick zu der schon vorhandenen Literatur wurde im September 2016 mittels einer erste Literaturrecherche durchgeführt, wobei diese in verschiedenen Datenbanken, Handlisten und Büchern durchgeführt wurde. Die Recherche wurden in den Datenbanken PubMed und Systematic reviews , randomised control trails über Cochrane (via Ovid) sowie die Suchmaschine Google Scholar verwendet.

Die für das Literaturreview verwendeten Keywords lauteten "benzodiazepines", "agents, antipsychotic", "behaviour control", "prevalence", "dementia", "psychosocial", "medical", "therapy" und "intervention". Zum Verbinden dieser Suchwörter wurden sogenannte Boolesche Operatoren, konkret AND, OR und NOT verwendet.

2.3 PubMed:

Die Suchstrategie zur Beantwortung der **ersten Forschungsfrage** lautete somit (((benzodiazepine[MeSH Terms]) OR agents, antipsychotic[MeSH Terms]) OR behavior control[MeSH Terms]) AND dementia [MeSH Terms] AND prevalence [MeSH Terms] für die Datenbank PubMed.

Für die **zweite Forschungsfrage** wurde sowohl die Datenbank PubMed als auch Systematic Reviews sowie Randomized Controlled Trails in Cochrane (via Ovid) verwendet, hier lauten die Suchstrategien in PubMed wie folgt: dementia [MeSH Terms] AND psychosocial AND intervention NOT medical und für Systematic Reviews sowie Randomized Controlled Trails in Cochrane (via Ovid) recherchiert und die Strategie (dementia) AND (therapy) AND (psychosocial) NOT (medical) angewandt. Ergänzend wurde in Cochrane (via Ovid) gesucht, um randomisierte kontrollierte Studien sowie systematische Reviews mit einzubeziehen zu können.

2.4 Auswahl der Studien

Die im Folgenden aufgeführte Tabelle 2 beschreibt die Ein-, sowie Ausschlusskriterien und Limitationen der Studien, welche inkludiert werden sollten.

Eingeschlossen wurden jene Artikel, die sich mit der Prävalenz von Medikamenten bei Menschen mit Demenz und mit den verschiedenen, dazu verwendeten Medikamententypen in der Pflegepraxis befassten sowie Studien, die nicht- medikamentöse Alternativinterventionen in der Pflegepraxis aufzeigten. Ebenso wurden alle Settings sowie jegliche Demenzformen mit einbezogen.

Tab. 2: Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limitationen der Studien

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| <p>Einschlusskriterien:</p> | <p>Studien, die die Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontroll e) aufzeigen. Alle Arten von Studien.</p> | <p>Studien, welche sich mit dem Medikamentengebrauch in der Pflegepraxis beschäftigen.</p> | <p>Studien, die alternative Demenztherapien beschrieben.</p> |
| <p>Ausschlusskriterien:</p> | <p>Studien, welche sich ausschließlich mit Pflegenden oder pflegenden Angehörigen beschäftigen.</p> | <p>Jene Studien, bei welchen die Forschungsfrage nicht beantwortet wurde. Studien, die keine Erklärungen zu den psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontroll e) oder alternativen Demenzinterventionen aufzeigen.</p> | |
| <p>Limitationen:</p> | <p>Veröffentlichungszeitraum 2006-2016</p> | <p>Sprachen: Deutsch und Englisch</p> | <p>Spezies: Mensch</p> |

Die Datenbankrecherche ergab in der Datenbank PubMed für die **erste Forschungsfrage** 152 Treffer, die sich nach dem Ausschlussverfahren mit den in Tab. 2 beschriebenen Kriterien und den Duplikaten auf letztendlich 4 Studien reduzierte. Zum Nachvollziehen ist der genaue Ablauf der Recherche in Abb. 1 beschrieben.

Für die **zweite Forschungsfrage** erzielte die Datenbank PubMed mit allen oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien 193 Treffer, welche sich nach dem gleichen Hergang wie bei Frage 1 und der Suche in den Datenbanken PubMed und Systematic Reviews sowie Randomized Controlled Trails in Cochrane (via Ovid) auf 8 Treffer beschränkte, welche die Literaturrecherche mit einbezogen wurden. Letztendlich wurden insgesamt 12 Studien in die Arbeit eingeschlossen. (Abb. 2)

2.4 Qualität der Studien

Zur Bewertung der Studien wurden für die verschiedenen Designs Bewertungsbögen von Bauer (2014) und Schüssler (2014) im Rahmen des Seminars "Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen" verwendet. Die Bewertung erfolgte mittels eines Punktesystems (0-5 Punkte, wobei 0 Punkte bei absolutem nicht Vorhandensein, 5 Punkte bei einer einwandfreien Beschreibung vergeben wurden), welches, je nach Gewichtung in eigenem Ermessen angewandt wurde. Die Studien, welche inkludiert wurden, mussten 70% oder mehr aufweisen.

1. Forschungsfrage:

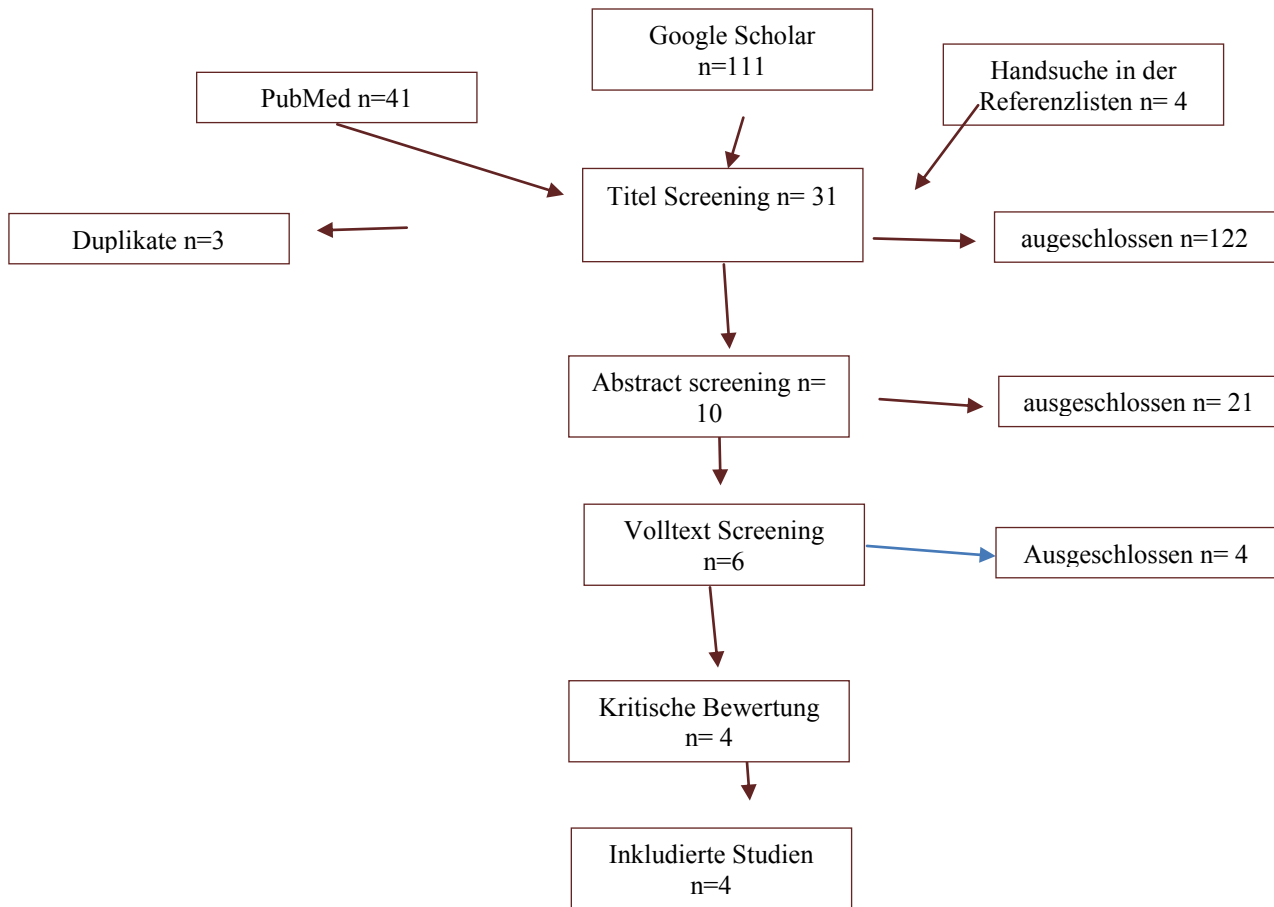


Abb.1: Flowchart 1 (basierend auf Mohrer et al. 2010)

2. Forschungsfrage:

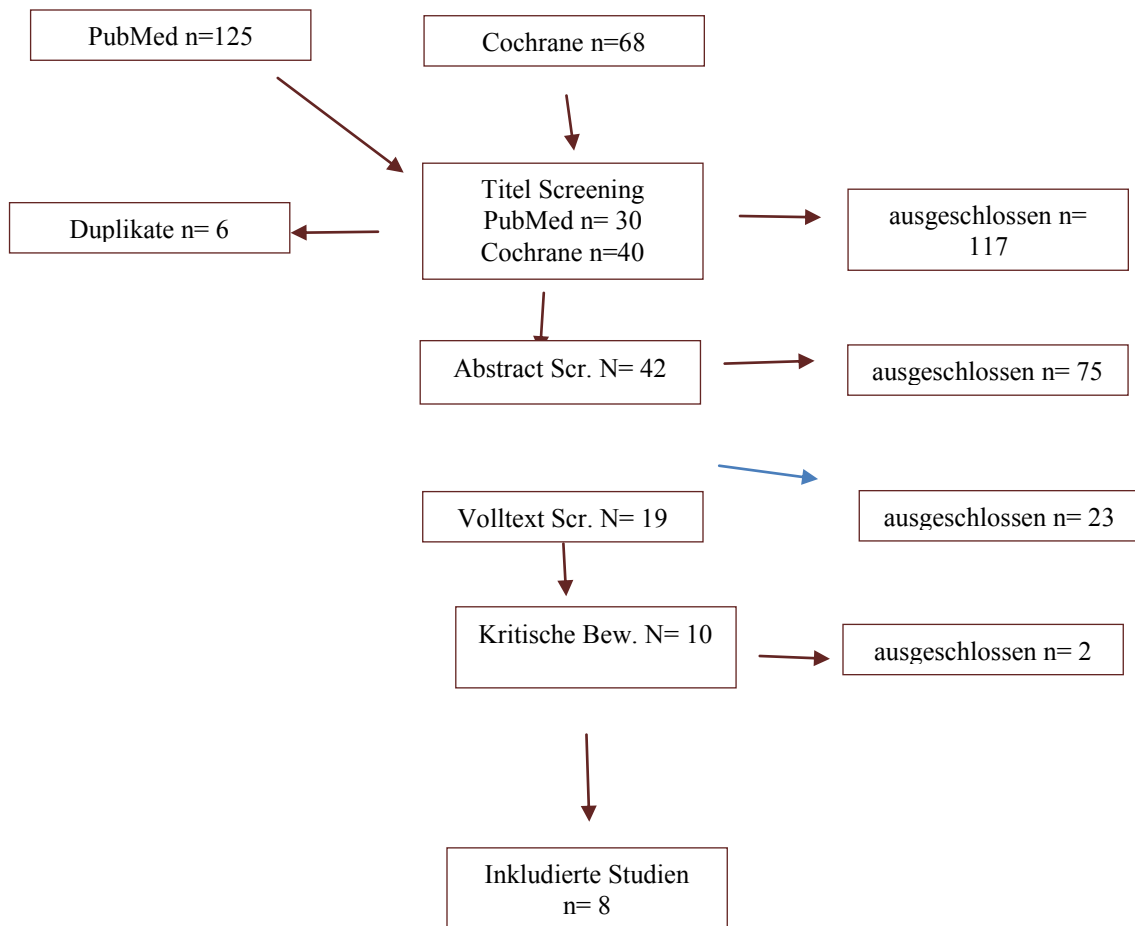


Abb.2: Flowchart 2 (basierend auf Mohrer et al. 2010)

Scr. = Screening
Bew. = Bewertung

2.5 Datenextraktion und Datensynthese

Die Daten nahmen Bezug auf den Ort, Autor, die Samplegröße, das Jahr der Veröffentlichung, Design, die Alternativinterventionen, Studienziel, das Setting, die Datensammlung, und ebenso die Ergebnisse der Studien.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden einerseits die Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) bei Personen mit Demenz aufgezeigt sowie Alternativmaßnahmen beschrieben.

3.1 Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) bei Demenz

In der qualitativen Studie von Kverno et al. (2008) war das Ziel, die Prävalenz psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) bei Menschen mit Demenz zu beschreiben. Bei dieser Studie haben 123 Bewohnern und Bewohnerinnen mit Demenz aus 3 Pflegeheimen in Maryland, USA teilgenommen. Die Prävalenzdaten wurden mittels Interviews erhoben.

Die Studie hat gezeigt, dass stimmungsbezogene Symptome wie Angst, Depression oder Apathie mit Antidepressiva, Benzodiazepinen und Stimmungsstabilisatoren behandelt, die Prävalenz lag bei 47.6%. Zur Behandlung von Verhaltensproblemen wie Agitiertheit, Aggression oder Schreien wurden in 44.8% Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine, Stimmungsstabilisatoren, Hormone und Dopamin-Antagonisten verschrieben und verabreicht. Bei psychotischen Symptomen wurden in 26.7% typische und atypische Antipsychotika verschrieben und verabreicht.

Es wurde auch beschrieben, dass die psychotropen Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) sowohl als Einzeltherapie, aber auch als Kombinationstherapie von Verhaltenssymptomen bei Menschen mit Demenz angewandt wurden.

In der Studie von Stewart et al. (2014) wurde die Prävalenz von Demenzmedikation (Acetyl- Cholinesterase Inhibitoren oder Memantinen), Antidepressiva und Antipsychotika beschrieben. Inkludiert wurden 15 Pflegeheime in England mit insgesamt 460 Bewohnern und Bewohnerinnen, bei welchen die Daten der Prävalenz zur Anwendung psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) mittels Fragebögen erhoben wurden.

75% der teilnehmenden Bewohner und Bewohnerinnen zeigten eine Diagnose der Demenz auf, wobei 24,6% eine schwache oder mittelschwere Demenz aufwiesen und 40,5% eine schwere Form der Demenz hatten. Eine rein medikamentöse Demenzbehandlung wurde bei 29,4% der Bewohner und Bewohnerinnen durchgeführt, allerdings erhielten 91,9% der an Demenz erkrankten Menschen Antidepressiva und 60,2% Antipsychotika.

Die vorherigen Studien haben alle nur das Setting Pflegeheim untersucht, in der Querschnittstudie von Andersen et al. (2011) hingegen wurden unterschiedliche Settings betrachtet.

Für diese Querschnittstudie wurden 187 Menschen mit der Diagnose Alzheimer-Demenz und 200 kognitiv gesunde Menschen in 9 ländlichen Gemeinden in Nord-Norwegen auf den Gebrauch psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) mittels Klinischer Untersuchung, medizinischer Vorgeschichte und Medikamentenauflistung untersucht.

Menschen mit Demenz, die in Pflegeheimen leben, erhielten mehr Medikation als jene, die zu Hause gepflegt wurden. So bekamen 43% der an Demenz Erkrankten angstlösende, sedierende oder stimmungskontrollierende Medikamente, wohingegen Menschen ohne eine Diagnose von Demenz solche

nur zu 12% verschrieben bekommen. Der Level von Co- Morbidität war in dieser Studie bei Menschen mit Demenz signifikant höher als bei jenen ohne, was in einer größeren Anzahl an Medikamenten, sowohl zum Anpassen des Verhaltens als auch zum behandeln körperlicher Beschwerden, für diese, an Demenz erkrankten Menschen resultiert. Die Ergebnisse zeigten, dass an Demenz erkrankte Menschen in 48% fünf oder mehrere Medikamente erhielten, wohingegen jene in der Gruppe nicht dementiell Erkrankter nur in 23% fünf oder mehr Medikamente bekamen.

In der Studie von Defranesco et al. (2015) wurde nur eine Medikamentengruppe, die Benzodiazepine, deren Einsatz und Gebrauch zur Verhaltenskontrolle, untersucht. Die Datenerhebung für dieses Literaturreview erfolgte in PubMed und MEDLINE, Insgesamt wurden 18 Artikel inkludiert.

Die Ergebnisse zeigten, dass, je weiter die Demenz fortschreitet, vermehrt Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Je nach Ausprägung und Intensität der Verhaltenssymptome konnte ein Ansteigen des Gebrauchs von Benzodiazepinen erkannt werden. So ist in dieser Studie ein Ansteigen der Prävalenz von schwacher zu mittelschwerer Demenz von 8.5% zu 20% beschrieben.

3.2 Alternativinterventionen:

Musiktherapie:

Das Ziel dieser Cluster- randomisierten, kontrollierten Studie von Hsu et al. aus dem Jahr 2015 war, die Auswirkungen von Musiktherapie auf das Verhalten von Bewohnern und Bewohnerinnen in zwei Pflegeheimen mit 74 Menschen mit Demenz zu beschreiben.

Die Intervention wurde durchgeführt, indem die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in zwei Gruppen eingeteilt wurden, eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe. Der Interventionsgruppe wurde aktive Musiktherapie in einem stillen Raum mit einem Musiktherapeuten, einer Musiktherapeutin angeboten und diese, 30-Minütige Intervention, wurde auf Video aufgezeichnet. Die Kontrollgruppe erhielt hingegen weiterhin die Standardpflege.

Erhoben wurden die Daten bezüglich des Wohlfühlfaktos und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz mittels Dementia Care Mapping, einem eigens für diese Fragen entwickelten Tool. Auch halb strukturierte Interviews wurden zur Datenerhebung durchgeführt, der physiologische Zustand der an Demenz erkrankten Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurde als Basisinformation einmalig erhoben.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass in 13.42% eine Verbesserung der Verhaltenssymptome bei Demenz, im Besonderen im Bezug auf Stimmung und emotionale Entgleisungen sowie sensomotorische Probleme sowie auf Agitation, Apathie, Angstzustände und Erinnerung erzielt werden konnte, wenn Musiktherapie in die Pflege mit einbezogen wurde.

Die Studie von Martini de Oliveira et al. aus dem Jahr 2015 hat den Effekt von Musiktherapie zur Reduktion von Verhaltenssymptomen bei Demenz untersucht. Die Datenerhebung dieses systematischen Literaturreviews wurde in den Datenbanken Medline und Embase durchgeführt und ergab für Musiktherapie 4 Artikel, die inkludiert werden konnten.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass Musiktherapie, wobei hier zwischen aktiver und passiver Therapie unterschieden werden kann, eine sehr individuelle, aber durchaus gute Möglichkeit ist, bei Menschen mit Demenz Verhaltensprobleme wie Apathie, Angst und Agitiertheit zu reduzieren. In den inkludierten Artikeln wurden auch Interventionen kombiniert und verglichen. So wurde in einem Artikel die Anwesenheit von Familienmitgliedern in Kombination mit 15-minütigem Abspielen der Lieblingsmusik der Menschen mit Demenz beschrieben. Ein anderer untersuchte die Wirkung von live-Musik im Vergleich zu jener auf Tonträgern. Ein dritter Artikel untersuchte die positiven Effekte von Gruppen-Musiktherapie im Bezug auf Angst und Agitiertheit mittels einer 30-minütigen, aktiven Musiktherapie. Der vierte Artikel beschrieb, dass Musiktherapie, die aktiv durchgeführt wurde, Agitation und Angst signifikant reduzierte.

Die experimentelle Studie von Sakamoto et al. (2013) sollte untersuchen, welchen Effekt Musiktherapie, welche in den Pflegealltag integriert wurde, auf das Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen hat und ob es Unterschiede in der Kurzzeit- im Vergleich zur Langzeitanwendung gibt. Durchgeführt wurden

die Interventionen in einer speziellen Demenzeinrichtung sowie vier Gruppenheimen mit insgesamt 127 Teilnehmern .

Die dementiell erkrankten Menschen wurden in 3 Gruppen eingeteilt. Dann wurde individuell erhoben, welcher Partizipant, welche Partizipantin welche Art von Musik bevorzugt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe verbrachten Zeit mit einer Pflegeperson wie gewohnt, ohne jegliche Musikintervention. Die Gruppe der passiven Teilnehmer und Teilnehmerinnen hörte passiv Musik, die vorher individuell ausgewählt wurde, über einen CD-Player und die interaktive Gruppe bekam eine kombinierte Intervention aus dem Hören von Musik aus dem CD- Player und Aktivitäten, die mit der Musik einher gingen (klatschen, singen, tanzen).

Hier kann schon das Abspielen von Musik, die an Demenz erkrankte Menschen immer schon gerne gehört haben, im Rahmen der Pflege einen positiven Effekt zeigen. So wirkt sich Musik auf die Herzrate, Herzfrequenz, die Stimmung, das Verhalten Ängste und Phobien und Agitiertheit aus. Bei einer niedrigeren Herzrate-und Frequenz wird beschrieben, dass die Menschen hier ruhiger und entspannter waren.

Die experimentelle Studie von Okada et al. aus dem Jahr 2008 soll zeigen, welche Auswirkungen Musiktherapie auf Verhaltenssymptome bei Demenz hat. Durchgeführt wurde die Studie mit 78 Patienten und Patientinnen in einem Krankenhaus.

In dieser Studie wurden die dementiell erkrankten Menschen in zwei Gruppen eingeteilt, wobei die Musiktherapie-Gruppe einmal die Woche für 45 Minuten die Intervention (japanische Volkslieder, Hymnen oder populäre japanische Musikstücke) mit zwei erfahrenen, lizenzierten Musiktherapeuten durchführte, wohingegen die nicht- Musiktherapie- Gruppe keine Intervention erhielt.

Musik kann einen positiven Effekt auf den Bewegungsdrang von Menschen haben, da diese sich gerne zu Rhythmen bewegen, besonders, wenn diese in ihrem Leben des Öfteren getanzt haben oder oft Musik gehört haben. Auch sank die Herzfrequenz dieser Menschen mit Demenz nachweisbar und die Aktivität des Parasympathikus stieg. Dies ergab, dass jene, an Demenz erkrankte Menschen weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigten, da die Stimmung durch die verbesserten Werte besser war.

Lichttherapie:

Die Querschnittstudie von Figueiro et al. (2014) hatte das Ziel, den Effekt von Lichttherapie auf das Verhalten von Menschen mit Demenz zu beschreiben. Durchgeführt wurde die Studie mit 14 Teilnehmern und Teilnehmerinnen in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Die Intervention wurde durchgeführt, indem die Räume der Langzeitpflegeeinrichtung, welche von den teilnehmenden Menschen mit Demenz bewohnt wurden, mit verschiedenen Leuchtmitteln ausgestattet wurden. Auch ein Timer wurde angebracht und die Zeit auf die gewohnte Aufwach/Schlafenszeit der Bewohner und Bewohnerinnen eingestellt. Die Lichtquellen wurden tagsüber belassen und ein passiver Infrarot-Bewegungssensor zeichnete die Bewegungen der dementiell erkrankten Menschen auf und schaltete die Leuchtmittel ab, wenn mehr als 20 Minuten keine Bewegung registriert wurde. Die Lichtquellen hatten hierbei unterschiedliche Lichtfarben und waren unterschiedlich hell. Auch wurden bewegliche zu starren Lichtquellen unterschieden.

Lichttherapie ist am Tag wirksamer als bei Nacht. Auch die Farbe des Lichts und Intensität der Beleuchtung geben einen geringen Ausschlag. Unterschiede zwischen einer stabilen Lichtquelle und einer Beweglichen sind nicht

beschreiben. Lichttherapie kann positive Auswirkungen auf den Schlaf aber auch auf das Verhalten von Menschen mit Demenz haben, hier gehen die Forscher davon aus, dass der Grund ist, dass eine rhythmische Stimulation mit Licht in Kombination mit der Intensität die Melatoninproduktion fördert und den Tag-Nacht- Rhythmus hilft zu regulieren.

Tiertherapie:

Die qualitative Studie von Marx et al. (2010) hatte das Ziel zu beschreiben, welche hundegestützten Therapieformen in welchem Ausmaß Auswirkungen auf das Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen zeigen.

Untersucht wurden 56 Pflegeheimbewohner und Bewohnerinnen.

Tiertherapie wurde auf verschiedenen Wegen ausgeübt, zum Einen wurden drei lebende Hunde in die Pflegeeinrichtung gebracht und deren Effekt auf das Verhalten von dementiell erkrankten Menschen beobachtet und dokumentiert, des Weiteren wurde den Bewohnern und Bewohnerinnen ein Video von Hundewelpen vorgespielt. Ebenso wurde ein Roboterhund in das Pflegeheim gebracht und beobachtet, ob die Unterschiede zu lebenden Hunden sehr groß waren und wie die Akzeptanz der Menschen mit Demenz bezüglich dieser war, und als letzte Intervention wurden Hunde gezeichnet und ausgemalt.

Den besten Effekt auf das Verhalten von Menschen mit Demenz zeigte der direkte Kontakt zu den Tieren, wobei hier die alleinige Anwesenheit von Hunden schon eine positive Reaktion hervorrief, jedoch konnte auch das Zeigen von Hundewelpen in einem Video schon Lächeln und freudige Äußerungen von an Demenz erkrankten Menschen erkennen lassen. Das Zeichnen konnte laut Autor keine deutliche Evidenz erkennen lassen. Die Bewohner zeigten eine erhöhte Aufmerksamkeit und einen freundlicheren Umgang miteinander sowie eine Verbesserung der Motorik.

Bewegungstherapie und Tanztherapie:

Die randomisierte, kontrollierte Studie von Ho et al. (2015) mit dem Ziel, die Auswirkungen von Bewegungs- und Tanztherapie auf das Verhalten und die Lebensqualität von dementiell erkrankten Menschen zu beschreiben, wurde bei 201 Menschen mit beginnender und leichter Demenz in psychogeriatrischen Departments lokaler Krankenhäuser, Tageszentren für die Pflege älterer Menschen und Gemeindezentren durchgeführt.

Die Tanztherapie wurde von einem registrierten Tanz- und Bewegungstrainer oder einem, sich gerade in Ausbildung befindenden, durchgeführt. Es wurden leichte, einfache Bewegungsübungen durchgeführt, wobei ein Hauptaugenmerk auf Rhythmusgefühl und die Verknüpfung beider Körperhälften gelegt wurde. Das Denkvermögen wurde mittels einfachen Schrittfolgen stimuliert, die Erinnerung und Koordination bedurften. Auch hatten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Möglichkeit, ihrer Kreativität freien Lauf zu lassen und sich über die Bewegungen auszudrücken.

Der Autor beschreibt, dass diese Form der Therapie einen positiven Einfluss auf psychologische Probleme haben kann, so verbessert sie die non-verbale Kommunikation und die Ausdrucksweise der Menschen mit Demenz. Auch verbessert eine Gruppentanztherapie die Stimmung der an Demenz erkrankten Menschen und steigert ihr Gefühl von Integration und Zusammengehörigkeit. Ebenso wird von einer verbesserten Orientierung und Wahrnehmung von Zeit und Ort sowie ein verringertes Angstgefühl und weniger Isolation beschrieben. Menschen mit Demenz profitieren von Bewegungstherapien, da dies ihre Koordination und Präzision verbessert und ihre Lebensqualität steigern kann.

Kognitive Stimulation:

Die qualitative Studie von Yates et al. (2015) zielte darauf ab, den Effekt kognitiver Stimulation auf das Wohlbefinden und Verhalten von Menschen mit Demenz zu beschreiben.

Untersucht wurden 28 Menschen mit Demenz und 24 Pflegende Demenzkranker, wobei hier freiwillige öffentliche Einrichtungen, Informationsservices sowie ein Tageszentrum miteinbezogen wurden. Hier wurden neun Fokusgruppen geschaffen, welche immer durch eine Pflegeperson geleitet wurden und verschiedene Interventionen im Rahmen des kognitiven Stimulationstrainings ausübten. Zu Beginn wurden die Aktivitäten immer genau erläutert und die erwünschten Ziele beschrieben. Im Rahmen der Intervention erklärte eine Gruppe, dass Quizze zu verschiedenen Themen wie aktuellem Geschehen aber auch Geschichte oder Geographie eine sehr gute Möglichkeit wären, kognitive Stimulation durchzuführen und etwas zu lernen. Eine weitere Gruppe machte Gebrauch von Puzzles und Kreuzworträtseln, wieder eine andere Gruppe spielte Kartenspiele und Domino.

Das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz kann durch kognitives Stimulationstraining gesteigert werden. Der Lerneffekt gibt diesen Menschen ein gutes Gefühl, was zu einer Verringerung aggressiven Verhaltens sowie Isolation führt. Auch Pflegepersonen betonten, dass die Lebensqualität dieser, an Demenz erkrankten Menschen, durch kognitive Stimulation deutlich gestiegen wäre, was laut der Autorin einen positiven Effekt im Bezug auf das Verhalten haben kann.

Die Notwendigkeit von kognitiver Stimulation wurde sowohl von Pflegepersonen wie auch Menschen mit Demenz geäußert. An Demenz erkrankte Menschen

erklärten, dass kognitive Stimulation dabei helfen würde, am Laufenden zu bleiben.

Realitätsorientierungstraining:

Realitätsorientierungstraining ist eine Trainingsform, die sich laut dem Autor, Paul T.M. Smith, 2016 positiv auf das Verhalten von Menschen mit Demenz auswirken, da es Ängste und Aggressionen reduzieren soll. Dies ist damit begründet, dass sich Menschen, die orientiert sind, weniger verloren und besser im Stande fühlen, ihren Alltag zu bestreiten. Auch sozialer Isolation soll diese Therapieform entgegenwirken, da sie in Gruppen abgehalten wird und das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken kann. Es ist jedoch kritisch zu bewerten, da diese Form der Alternativintervention bei Menschen mit Demenz, welche nicht adäquat oder gar nicht auf die Stimulation reagieren, oft negative Effekte wie eine Abspaltung von der Gruppe oder die Entfernung aus dieser zur Folge haben kann. Daher empfiehlt sich das Realitätsorientierungstraining eigentlich nur für Menschen in anfänglichen Demenzstadien. An schwereren Demenzformen erkrankte Menschen könnten Widerstand gegen diese Intervention leisten, was dann einen gegenteiligen Effekt zeigt. Auch liegt für die Effekte dieser Therapieform zur Verhaltensregulation dementiell erkrankter Menschen keine Evidenz vor, und da es in den 50-er Jahren entwickelt wurde, sind inzwischen bessere Modelle und Therapieformen entwickelt worden, um Menschen mit Demenz den Alltag zu erleichtern und ein besseres Lebensgefühl zu geben (Paul T.M. Smith, 2016).

Validation:

Validation soll nicht der Heilung dienen, sondern Menschen mit Demenz unterstützen und ihr Wohlbefinden durch Verständnis steigern. Dies soll geschehen, indem die betreuende Person in die Lebenswelt der an Demenz erkrankten Menschen eintaucht und die Welt so sieht wie der dementiell erkrankte Mensch. An diesem Punkt sollte man die demenzkranken Menschen abholen und sie in ihrem Glauben bestätigen. Auch sollte hinterfragt werden, woher die Gefühle des an Demenz erkrankten Menschen kommen und warum diese so fühlen wie sie fühlen. Dies soll helfen, Verhaltensprobleme wie Angst, Bewegungsdrang oder Aggression zu reduzieren oder ganz auszuschalten aber auch das Selbstwertgefühl der Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zu steigern. Ein Resultat dieser Verbesserungen kann auch eine Reduktion von chemischen Freiheitsbeschränkungen sein. Die Validation kann zur Stressreduktion dementiell erkrankten Menschen führen, weil sich diese bestätigt und verstanden fühlen und kein Zwang besteht, sich den allgemein üblichen Konventionen anzupassen. Die Lebensqualität kann dadurch gesteigert werden, dass die Umgebung durch Validation zu einem vertrauensvollen Umfeld wird, in welcher der Mensch so sein darf, wie er möchte. Dies kann dabei helfen, unaufgearbeitete Probleme zu berichtigen. Auch kann gesteigertes psychisches und physisches Wohlbefinden Isolation entgegenwirken, die Kommunikation deutlich verbessern und den Übergang in das letzte Stadium der Demenz, das Vegetieren, verzögern bis verhindern (Feil & de Klerk- Rubin, 2013).

Tab. 3 Charakteristika der Studien.

| Autor Land | Design | Sample & Setting | Datenerhebungsmethode | Ergebnisse |
|---------------------------------------|----------------------|---|--|--|
| Prävalenz | | | | |
| Kverno et al., 2008 USA | Qualitative Erhebung | 126 Bewohner / Bewohnerinnen in Pflegeheimen | Interviews, ein direktes Assessment des Bewohners/der Bewohnerin und medizinische Aufzeichnungen | Antidepressiva , Benzodiazepine Stimmungsstabilisatoren: 47,6% Agitiertheit, Agression oder Schreien: 44,8% psychotische Symptome: 26,7% |
| Andersen et al., 2011 Norwegen | Querschnittstudie | 187 Teilnehmer und Teilnehmerinnen 9 ländliche Gemeinden | Klinische Untersuchung, medizinische Vorgeschichte und Medikamentenaufzählung | 43% angstlösende, sedierende oder verhaltensadaptierende Medikamente |
| Defranesco et al., 2015 | Systematic Review | 18 Artikel PubMed | Literaturreview | Prävalenz Benzodiazepine |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| Österreich | | und MEDLINE | | zwischen 8.5% zu 20%- je nach Demenzgrad |
| Stewart et al., 2014 England | Qualitative Erhebung | 113 Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen | Interviews | Antidepressiva : 41%, BPSD-kontrollierende Medikamente : 9.3% |
| Alternativinterventionen | | | | |
| Martini de Oliveira et al., 2015 | single-blind, double-blind, case-control und prospektive Studien. | 20 Artikel inkludiert. | Systematisches Review | Alternativinterventionen wie Musiktherapie, Bewegungstherapie und Lichttherapie gut geeignet, Verhalten zu adaptieren |
| Sakamoto et al., 2013 Japan | Experimentelle Studie | 39 Personen mit Demenz 1?speziellen Einrichtung für Demenzkranke und 54 Gruppenhimmeln | <u>Kurzzeiteffekt:</u> emotionale Reaktion und Stresslevel-Messung mittels autonomic nerve index und Faces scale <u>Langzeiteffekt:</u> BPSD-Veränderungen mittels Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) | Musiktherapie positiv auf Herzrate, Herzfrequenz, Stimmung, das Verhalten- vor Allem im Bezug auf BPSD, Ängste und Phobien, paranoide Episoden und Aggressivität und Aktivität |
| Hung Hsu et al., 2015 England | Randomisierter control Trail | 74 Menschen mit Demenz | Interview, Videoaufnahmen | Musiktherapie beruhigend auf Menschen mit Demenz, ausgeglichener, |

| | | | | |
|------------------------------|---|---|--|---|
| | | 2 Pflegeheime | | äußerten sich selbst positiv zu Intervention. Auch Pflegepersonen :positiver Effekt. |
| Okada et al., 2008 Japan | experimentelles Design | 87 Patienten und Patientinnen 1 Krankenhaus | Beobachtung Gruppe mit MT, Gruppe ohne MT | Musiktherapie: positiven Effekt auf Herzrate, senkt Level von Katecholaminen und Cytokinen im Blut, Demenzkranke ruhiger-Prävention zu Verhaltensauffälligkeiten |
| Figueiro et al., 2015 USA | Quantitative Studie | 14 Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen | Fragebögen | Lichttherapie: Wirkungsvoller am Tag, Farbe zeigt Effekt-weniger Aggression und Agitiertheit bei Demenzkranken |
| Marx et al., 2010 USA | Qualitative Studie | 56 Bewohner und Bewohnerinnen aus 2 Pflegeheimen | Beobachtung | Hunde: positiver Effekt auf Angst, Stimmungsschwankungen und Aggression |
| Ho et al., 2015 China | 3-armiger, Randomisierter Control Trail | 201 Teilnehmer und Teilnehmerinnen psychogeriatrische Departments örtlicher | Semi-strukturierte Interviews, kognitive funktionale Tests, Beobachtung des Verhaltens | Bewegungs- und Tanztherapie verbessert Kognition, Präzision und Koordination . Lebensqualität positiv beeinflusst-weniger |

| | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|--|--|--|
| | | Krankenhäuser, Altenpflegezentren und Gemeindezentren | | Verhaltensauffälligkeiten und psychologische Demenzsymptome |
| Yates et al., 2015 England | Qualitative Studie | 28 Menschen mit Demenz und 24 Pflegepersonen freiwillige Hilfsorganisationen, Memory Service und 1 Tageszentrum | Semi-strukturierte Interviews, Beobachtung | kognitive Stimulation positive Auswirkung auf: Verhaltens/psychologische Demenzsymptome, Lebensqualität und sozialer Isolation |

4 Diskussion

Dieses Literaturreview hatte zum Ziel, die Prävalenz psychotroper Medikation (zur Verhaltensadaption) zu beschreiben und Alternativinterventionen zu dieser medikamentösen Therapie aufzuzeigen. Über die inkludierten Studien ergibt sich eine Prävalenz des Gebrauchs psychotroper Medikamente (zur Verhaltensadaption) von 78,1% bis 9,3%, je nach Medikamentenklasse und Setting. Des Weiteren wurden die Alternativinterventionen Musiktherapie, Lichttherapie, Tiertherapie, Bewegungstherapie, kognitives Stimulationstraining, Realitätsorientierungstraining und Validation gefunden.

4.1 Prävalenz

Die Prävalenz psychotroper Medikation (zur Verhaltenskontrolle) bei Demenz zeigte in den vier inkludierten Studien eine große Varianz (von 8,5% bis 91,9%). Diese Varianz könnte auf die unterschiedlichen Samplegrößen, Charakteristiken der Stichproben, Settings und Datenerhebungsmethoden der einzelnen Studien zurückzuführen sein.

Nicht alle Studien gehen auf alle Verhaltenssymptome oder Medikamentenklassen ein, deshalb wurde im Folgenden Bezug auf die Medikamentenklassen, Verhaltensprobleme und deren Therapieeinsatz beschrieben.

BPSD- Symptome und deren medikamentöse Behandlung wurde in der folgenden Studie beschrieben.

Kverno et al. (2008) beschreibt, dass Depression, Angst und Apathie in 47,6% der Fälle bei Menschen mit Demenz mittels psychotroper Medikation (zur Verhaltenskontrolle) behandelt wird, laut Stewart et al. (2014) erhielten sogar 91,9% der dementiell Erkrankten Antidepressiva und 60,2% Antipsychotika.

Die oben untersuchte Studie zeigt keinen Vergleich verschiedener Medikamente und deren Wirkung auf Verhaltenssymptome bei Demenz, im Folgenden wird solch ein Vergleich von Menschen mit und ohne Demenz im Bezug auf den Gebrauch psychotroper Medikamente zur Verhaltenskontrolle aufgezeigt.

Wenn man Personen mit und ohne Demenz vergleicht, kann man erkennen, dass die Zahl von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) bei Menschen mit Demenz bedeutend höher (48%) als bei jenen ohne diese Diagnose (23%) ist, weil bei an Demenz erkrankten Menschen allgemein mehr Verhaltensprobleme auftreten (Andersen et al. 2011). Dies könnte sein, weil diese sich einerseits in einem veränderten Bewusstseinszustand befinden und zum Anderen auf Reize von außen manchmal anders reagieren als von den Pflegepersonen erwartet.

In der vorherigen Studie wurden an Demenz erkrankte Menschen mit nicht dementiell erkrankten Menschen verglichen, die folgende Studie bezieht sich auf das Fortschreiten der Demenz und deren Folgen für die Behandlung mit psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle).

Was Andersen et al. (2011) und Defranesco et al. (2015) aufzeigen ist, dass der Einsatz von Medikamenten, die zur Verhaltensanpassung angewandt werden, mit steigendem Krankheitsverlauf der Demenz häufiger gebraucht werden, was sich einerseits auf die Verschlechterung der Demenz, aber auch die fehlende Kooperation der dementiell erkrankten Menschen beziehen könnte (Parsons et al. 2011). Weiters beschreibt Defranesco et al. (2015), dass sich die Demenz unter rein medikamentöser Therapie verschlechtert, weil diese meist nicht auf eine Verbesserung der Demenzsymptome und eine Verzögerung des Krankheitsverlaufes, sondern eine Beruhigung oder Sedierung der dementiell erkrankten Menschen abzielt. Dass diese Medikamente gerne eingesetzt werden könnte daran liegen, dass sie als eine einfache Lösung gesehen werden, Menschen mit Demenz kooperativer zu machen. Auf lange Frist gesehen ist diese Art der Therapie weitaus schädlicher als die Anwendung gezielter

Demenzmedikamente in Kombination mit Alternativtherapien (Schulze et al 2013). Azermai (2015) beschreibt sogar eine 1,7% höhere Chance, unter psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenstherapie) bei Demenz zu sterben als jene Menschen, die diese Medikamente nicht bekommen.

Die Studie von Andersen et al. (2011) beschreibt, dass psychotrope Medikation (zur Verhaltenskontrolle) oft als Therapie der Wahl bei Menschen mit Demenz eingesetzt wird, noch bevor über Alternativen nachgedacht wird. Dieses vorschnelle Einsetzen jener Medikamente gerade bei Menschen, die Demenzsymptome zeigen und sich nicht immer als kooperativ gelten, kann dazu führen, dass Menschen mit Demenz diese Medikamente in Pflegeheimen durchaus des öfteren unwissentlich verabreicht bekommen, entweder ins Essen oder Trinken gemischt (Kirkevold & Engedal 2004). Diesbezüglich beschreiben Treloar, Beats & Philpot (2000), dass Pflegende deklarierten, Medikamente in Marshmallows am besten verstecken zu können, auch in der zweiten Hälfte eines vier geteilten Sandwich würden die Medikamente meist unentdeckt bleiben. Auch Kirkevold & Engedal (2004) beschreiben, dass in 95% der untersuchten Fälle das Untermischen von Medikamenten in Essen und Trinken schon in die Arbeitsroutine übergegangen war, dies aber nur in 40% der Fälle auch dokumentiert wurde.

4.2 Alternativinterventionen

Musiktherapie

Alle inkludierten Studien zu dem Thema Musiktherapie beschreiben einen positiven Effekt dieser Intervention auf Menschen mit Demenz (Hsu et al. 2015; Sakamoto et al. 2013; Martini de Oliveira et al. 2015; Okada et al, 2008). So kam Sakamoto et al. (2013) zu dem Ergebnis, dass Musiktherapie eine positive Wirkung auf die Stimmung dementiell erkrankter Menschen hat, weil diese Stress reduziert und die kognitive und emotionale Funktion verbessern kann.

Hsu et al. (2015) hingegen beschreibt, dass Agitiertheit, Angstzustände und Apathie durch Musiktherapie reduziert werden kann, weil diese die Lebensqualität steigert und störendes Verhalten reduziert werden kann.

Laut Martini de Oliveira et al. (2015) kann alleine schon das Musizieren an sich einen positiven Effekt auf die an Demenz erkrankten Menschen zeigen, da diese Apathie, Agitiertheit und Angstzustände verringern kann.

Genauere Auswirkungen werden durch Sakamoto et al. (2013) beschrieben, hier wurde ein positiver Effekt auf die Herzrate und Herzfrequenz und auf das allgemeine Verhalten und die Stimmung der Menschen mit Demenz sowie ein Rückgang von Ängsten, Phobien und Agitiertheit aufgeführt, weil diese Form der Therapie entspannend und durch die gesenkte Herzfrequenz beruhigend wirken kann.

Okada et al. (2008) betonte auch, dass ein positiver Effekt auf den Bewegungsdrang dieser an Demenz erkrankten Menschen erkannt werden konnte, weil Musiktherapie entspannend und beruhigend wirkte. Ebenso wurde beschrieben, dass es keine Unterschiede in Alter, Geschlecht oder Nebenerkrankungen gibt. Des weiteren wird beschrieben, dass die Herzfrequenz sank, während die Parasympathikus-Aktivität stieg, was auch wieder einen beruhigenden Effekt haben kann.

Was Sakamoto et al. (2013) jedoch zu bedenken gibt ist, dass die Wirksamkeit von Musiktherapie auf Menschen mit Demenz nur dann gegeben ist, wenn diese konsequent angewandt wird, da diese Interventionen bessere Effekte zeigen, wenn sie als Langzeitanwendung durchgeführt werden und Kontinuität dementiell erkrankten Menschen Halt und Stabilität geben kann.

Auch in der Anwendung sind sich die Forscher einig, dass eine Integration in den Pflegealltag gut möglich wäre, hier vor allem die passive Musiktherapie. Eine Verbesserung der sozialen Integration durch diese Alternativintervention wird auch beschrieben, allerdings kann aktive Musiktherapie nur von Musiktherapeuten durchgeführt werden, was für die Institution eine Barriere darstellen könnte (Hsu et al. 2015).

Lichttherapie

Figueiro et al. (2014) beschreiben eine Verbesserung von Verhaltensproblemen durch den Einsatz von Lichttherapie, besonders am Tag, weil die Anwendung den Tag-Nachtrhythmus regulieren kann und dies in einem verbesserten Schlafrythmus resultieren könnte. Ausgeruht zeigen an Demenz erkrankte Menschen eventuell weniger Aggression und Agitiertheit, da sie entspannter sein könnten. Auch die gesteigerte Melatoninproduktion durch verbesserte Lichtverhältnisse könnte dabei hilfreich sein, dass Menschen mit Demenz ausgeglichener und entspannter sind und deswegen eventuell weniger Verhaltensprobleme aufzeigen (Wollen KA, 2010).

Das Anpassen der Lichtverhältnisse muss jedoch gut überlegt sein, denn selbst wenn gedimmtes Licht eine Kostenersparnis darstellt, könnte es auch Probleme wie Stürze hervorrufen (Martini de Oliveira et al. 2015).

Tiertherapie

Die Studie von Marx et al. (2010) zeigt, dass allein schon die Anwesenheit von Hunden, aber auch das Zeigen eines Hundewelpenvideos die Stimmung von Menschen mit Demenz signifikant hob, weil die Menschen mit Demenz diese lieb fanden und viele sich an Gefährten erinnerten, die sie in ihrem Leben hatten.

Bei lebenden Hunden konnte auch auf die Bewegung ein positiver Effekt beobachtet werden, weil die Menschen die Tiere streicheln wollten. Daraus resultiert auch eine Reduktion aggressiven Verhaltens oder sozialer Isolation, weil sie sich einerseits gemeinsam um ein Lebewesen kümmern aber auch, weil das Streicheln von Hunden beruhigen und entspannen kann.

Mit lebendigen Hunden zu arbeiten bedeutet jedoch, professionelle Hundetrainer zu engagieren und auch, auf die Allergien der an Demenz erkrankten Menschen Rücksicht zu nehmen. Auch wird oft die Kritik angebracht, dass Hunde in Pflegeeinrichtungen aufgrund der Hygienestandards nicht zugelassen sind.

Deswegen wird in der Literatur der Einsatz von Roboterhunden diskutiert, jedoch gibt es hierzu noch wenig Daten. So hat Birks et al. (2016) den Einsatz von Roboter-Seehunden in Altenpflegeeinrichtungen als Alternative zu lebenden Tieren beschrieben, weil diese die Lebensqualität und das soziale Verständnis der betagten Menschen steigert.

Soler et al. (2015), beschreiben in ihrer Studie einen Vergleich eines humanoiden Roboters, eines Tierroboters und eines lebenden Hundes bei Menschen mit Demenz und kamen zu dem Ergebnis, dass diese Roboter gut akzeptiert wurden und den Stresslevel verringerten, das Immunsystem stärkten und die Stimmung hoben, weil sich diese dementiell erkrankten Menschen nicht mehr so alleine fühlten. Diese Roboter seien sehr lebensecht und mit Sensoren ausgestattet, um adäquate Reaktionen anbieten zu können.

Bewegung und Tanztherapie

Ho et al. (2015) hat erhoben, dass bewegungsbasierte Therapie gute Ergebnisse im Bezug auf Verhaltenssymptome bei Demenz haben kann, weil Bewegung den Endorphin- und Serotoninspiegel steigert und dies das Wohlbefinden steigern kann. Auch eine Verzögerung des Fortschreitens der Demenz kann bestärkt werden, weil sie die kognitive Funktion steigert.

Bewegungstherapie lässt sich bei frühen Formen von Demenz gut in den Alltag integrieren und verbessert möglicherweise die Koordination der an Demenz erkrankten Menschen. Inwiefern sich diese Intervention jedoch auf schwerere Formen von Demenz auswirkt, wurde nicht erhoben (Martini de Oliveira et al. 2015).

Bewegung kann aber auch negative Effekte zeigen, da sie für betagte Menschen anstrengend sein kann und auch Muskelkater ein Ergebnis sein kann. Dies kann zu einer erhöhten Anzahl an Stürzen führen und Schmerzen können wieder Verhaltensprobleme begünstigen (Ho et al. 2015).

Kognitive Stimulationstherapie

Kognitive Stimulation zeigte nach Yates et al. (2015) dass diese Intervention Menschen mit Demenz ein gutes Gefühl gibt, weil sie am aktuellen Geschehen teil haben und auch ihr Denkvermögen trainieren. Ebenso steigert kognitive Stimulation das Wohlbefinden, was Aggression und Agitiertheit reduziert, und verbessert die Lernfähigkeit. Kognitive Stimulation kann auch Spaß machen, dies könnte sein, weil es als sinnvolle Beschäftigung erachtet werden kann. Abgesehen davon wirkt sie dem kognitiven Abbau entgegen. Auch von den Pflegepersonen konnten diese positiven Effekte im Bezug auf demenztypische Verhaltenssymptome beobachtet werden.

Eine besonders beliebte Form der kognitiven Stimulation ist das veranstalten von Quiz Runden, dies macht Spaß und kann lehrreich sein. Puzzles und

Kreuzwörterrätsel, Kartenspiele und Dominos zeigten auch eine gute Wirkung (Abraha et al. 2017).

Martini de Oliveira et al. (2015) beschreiben einen positiven Effekt von kognitiver Stimulationstherapie auf BPSD, was einerseits auf die Verbesserung der kognitiven Funktion als auch eine gute Beschäftigungsmöglichkeit und Chance zur Auslastung zurückzuführen ist. Eine deutliche Verbesserung von abnormalem Verhalten konnte erkannt werden.

Die Integration kognitiver Interventionstherapie in den Pflegealltag stellt keine große Schwierigkeit dar, da diese Intervention schon mit einfachsten Mitteln durchgeführt werden können, wie zum Beispiel Kreuzwörterrätsel, die leicht zur Verfügung gestellt werden können aber ebenso Gesellschaftsspiele oder Puzzles (Yates et al. 2015).

Realitätsorientierungstraining

Realitätsorientierungstraining wird in der Literatur als eine Intervention zur Modifizierung des Verhaltens von an Demenz erkrankten Menschen beschrieben. Über viele Jahre galt diese Therapieform als eine der Standardinterventionen bei Menschen mit Demenz, inzwischen wird sie jedoch kritisch bewertet, da viele gewünschte Ergebnisse ausblieben. So zeigten manche der Patienten und Patientinnen und Bewohner und Bewohnerinnen wenig bis gar keine Verbesserung demenzspezifischer Symptome auf die Stimulation. Auch wird beschrieben, dass es manchen Moderatoren nicht leicht fallen würde, die Gruppensitzungen wertfrei zu gestalten.

Der Sinn der Therapie, Menschen mit Demenz in die Realität zurückzuholen, konnte nicht immer erfüllt werden, was eine kritische Betrachtung bestätigt. Ebenso sind gute Resultate nur bei Menschen mit einer leichten Form von

Demenz beschrieben, da Menschen mit fortgeschrittener Demenz oft nicht so kooperativ sind (Smith 2016).

Auch kritisch zu bewerten ist, dass diese Form der Therapie schon seit den 50-er Jahren ausgeübt wird, allerdings nie weiter entwickelt oder evaluiert wurde (Frank & Konta, 2005).

Validation

Validation ist eine, in der Pflegepraxis sehr weit verbreitete, Intervention. Diese Therapie ist eine Form der Kommunikation, welche auf Respekt und Empathie den an Demenz erkrankten Menschen gegenüber basiert. So soll sie diese in ihrer Situation auffangen und abholen und Pflegende und Betreuende sollten sich in ihre Lebenswelt begeben. Dies bestärkt laut der Autorin das Gefühl der dementiell erkrankten Menschen und gibt ihnen das Gefühl, von Bedeutung und verstanden zu sein. Dies könnte dazu führen, dass Verhaltensauffälligkeiten reduziert oder gar ganz verhindert werden. Führend auf diesem Gebiet ist Naomi Feil, die als die Begründerin der Validation gilt und dies im Laufe ihrer langjährigen Arbeit mit Menschen mit Demenz entwickelt und etliche Literatur dazu verfasst hat (Feil & de Klerk- Rubin, 2013) . Da bisher aber keine Studien zu dieser Intervention durchgeführt wurden, gibt es auch keine Evidenz zur Wirksamkeit der Validation. Dies könnte als Barriere betrachtet werden.

5 Schlussfolgerung

Die inkludierten Studien zeigen eine große Varianz der Prävalenz von psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle), so zeigt sich diese mit 8,5% bis 91,9%.

Diese Varianz könnte auf die verschiedenen Settings, Samplegrößen, Stichprobencharakteristika, Datenerhebungsmethoden aber auch aufgrund der verschiedenen Länder, in denen die Studien durchgeführt wurden, sein.

Insgesamt wurden sieben Alternativinterventionen zu psychotroper Medikamententherapie bei Menschen mit Demenz in diesem Literaturreview gefunden. Von diesen wurde die Musiktherapie am häufigsten untersucht.

Forschungsempfehlungen:

Die zukünftige Pflegeforschung sollte mehr Erhebungen zu dem Thema Prävalenz von psychotroper Medikation (zur Verhaltenskontrolle) und Demenzsymptome wie BPSD durchführen, um einen besseren Überblick zu den verschriebenen und verabreichten psychotropen Medikamenten (zur Verhaltenskontrolle) zu bekommen und deren Auswirkungen auf Verhaltenssymptome von Menschen mit Demenz deutlich klar zu stellen.

Von Nöten wären mehr Interventionsstudien, welche in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden müssten. Diese sollten aufzeigen, welche Alternativinterventionen im Bezug auf Menschen mit Demenz anwendbar sind und wie sich diese auf Verhaltenssymptome und die Lebensqualität auswirken.

Im Hinblick auf die Alternativinterventionen Lichttherapie, Tiertherapie, Bewegungstherapie, kognitives Stimulationstraining sowie Realitätsorientierungstraining und Validation sollten künftig mehr Interventionsstudien zur Wirksamkeit dieser durchgeführt werden.

Diese Interventionsstudien sollten auch mit großen Stichproben durchgeführt werden, da bisher alle eher klein waren. Da es einerseits wenig quantitative Studien zu diesem Thema gibt und eine große Stichprobe mehr Teilnehmer und

Teilnehmerinnen umfasst, würde dies wahrscheinlich zu einer größeren Anzahl von Ergebnissen führen.

Praxisempfehlungen:

Für die Praxis wird empfohlen, den Einsatz psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) bei Demenz kritisch zu hinterfragen. Eine kritische Haltung im interdisziplinären Team sollte auch im Bezug auf die Anwendung, Sinnhaftigkeit und die möglichen Nebenwirkungen und Gefahren psychotroper Medikamente (zur Verhaltenskontrolle) bei dementiell erkrankten Menschen bestehen. Hier sollte der bestmögliche Outcome für den Patienten und die Patientin im Vordergrund stehen. Auch wäre es wichtig, die Handhabung der Medikamente und Verabreichungsform adäquat zu dokumentieren, was über Dokumentationsrichtlinien umgesetzt werden könnte. Weiters wird eine gute interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation empfohlen, da dies zur Reduktion der psychotropen Medikation bei dementiell erkrankten Menschen beitragen könnte.

Bezüglich der untersuchten Alternativinterventionen (Musiktherapie, Lichttherapie, Tiertherapie, Bewegungstherapie, kognitives Stimulationstraining, Realitätsorientierungstraining und Validation) kann hier nur Musiktherapie empfohlen werden, da bei den restlichen Interventionen keine klare Evidenz besteht. Musiktherapie dahingegen wurde bisher am besten untersucht und zeigt einen positiven Effekt auf das Verhalten von Menschen mit Demenz.

6 Literaturverzeichnis

2015, Uno erhöht Prognose auf elf Milliarden Menschen , 27.02.2017 12:35

<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/uno-prognose-weltbevoelkerung-im-jahr-2100-11-2-milliarden-a-1045920.html>

Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch, 1986, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, viewed 27.02.2017 12:45

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Doz.in Dr.in Pamela Rendi-Wagner, 2016, viewed 27.02.2017 12:48

http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2016/12/Rahmengesundheitsziele_Langfassung_20161206.pdf

http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2016/12/Rahmengesundheitsziele_Langfassung_20161206.pdf

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, 2013, Lebenserwartung in Österreich gestiegen, viewed 27.02.2017 12:52, via <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2013/sterbetafel>

Bundesministerium für Gesundheit 2012, *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich/Endbericht*

<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/7/6/CH1104/CMS1430841729259/seniorenbericht.pdf> (27.02.2017 13:03).

[WHO, 2017, Dementia, 25.02.2017 14:45](http://www.who.int/topics/dementia/en/)

<http://www.who.int/topics/dementia/en/> (25.02.2017, 16:40) a

[WHO, 1948, 25.02.2017 14:27](http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/)

<http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> (25.02.2017, 18:15) b

[Bundeskanzleramt, 1990, Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 23.02.2017 18:50](http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe)

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe>

Bundeskanzleramt, Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz, Fassung vom 27.02.2017 14:50 b

Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231 a

Prattin Prince , Dr Matthew Prina , Dr Maelenn Guerchet, 2013, World Alzheimer Report 2013, 27.02.2017 14:55

<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>

Österreichische Alzheimer- Gesellschaft, 13.12.2016, 18:00

<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=46>

Weltbevölkerung im Jahr 2100 Uno erhöht Prognose auf elf Milliarden Menschen, 27.02.2017 12:32

<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/uno-prognose-weltbevoelkerung-im-jahr-2100-11-2-milliarden-a-1045920.html>

WHO, 2017, 27.02.2017 11:45

Chronic diseases and health promotion <http://www.who.int/chp/en/>

WHO, 2017, 27.02.2017 13:08

<http://www.who.int/chp/en/>

Höfler, S, Bengough T, Winkler P, Griebler R (Hg)., 2015: *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien.

Gitlin L., Winter L., Dennis M., Hauck W., 2007: *A non- pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: Design and methods of project ACT*, Clinical Interventions in Aging, 2007:2(4) 695- 703.

Hantikainen V., & Kappeli S., 2000: *Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making*, Journal of Advanced Nursing, Volume 32, Issue 5, Version of Record online: 25. DEC 2001.

Parsons C., Haydock J., Mathie E., Baron N., Machen I., Stevenson E., Amador S., Goodman C., 2011: *Sedative load of medications prescribed for older people with dementia in care homes*, BMC Geriatrics 2011, 1471- 2318/11/56.

Treloar A., Beats B. & Philpot M., 2000: *A pill in the sandwich: covert medication in food and drink*, Journal of the Royal Society, Vol 93, pp. 408-411

Kirkevold O. & Engedal K. 2004: *Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study*, BMJ, 10.1136/bmj.38268.579097.55.

Wouters H., Quik E., Boersma F., Nygard P., Bosman J., Böttger W., Mulder H., Maring J-G., Wijma- Vos L., Beerden T., van Doormal J., Postma M., Zuidema S., 2014: *Discounting Inappropriate Medication in Nursing Home Residents (DIM- NHR Study): protocol of a cluster randomised controlled trial*, BMJ, 2014-006082

Kverno S., Rabins P., Blass D., Hicks K., Black B., 2008: *Prevalence and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Hospice- Eligible Nursing Home Residents with Advanced Dementia*, J Gerontol Nurs. 2008 Dec; 34(12): 8–17.

Andersen F., Viitanen M., Halvorsen D., Straume B., Engstad T., 2011: *Comorbidity and drug treatment in Alzheimer's disease. A cross sectional study of participants in the Dementia Study in Northern Norway*, BMC Geriatrics, 58/ 11/ 1471- 2318.

Defranesco M., Marksteiner J., Fleischhacker W., Blaslo I., 2015: *Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature*, International Journal of Neuropsychopharmacology, 1-11, 2015.

Stewart R., Hotopf M., Dewey M., Ballard C., Bisla J., Calem M., Fahmy V., Hockley J., Kinley J., Pearce H., Saraf A., Begum A., 2014: *Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey*, Age and Ageing 2014, 43: 562- 567.

Sakamoto M., Ando H. & Tsutou A., 2013: *Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia*, International Psychogeriatrics, 25:5, 775-784.

Martini de Oliveira A., Radanovic M., Cotting Homem de Mello P., Cardoso Buchain P., Dias Barbosa Vizzotto A., Celestino D., Stella F., Piersol C., Forlenza O., 2015: *Nonpharmacological Interventions to reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review*, BioMed Research International, Volume 2015, Article ID 218980.

Hsu M., Flowerdew R., Parker M., Fachner J., Odell- Miller H., 2015: *Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study*, BMC, DOI 10.1186/s12877-015-0082-4.

Okada K., Kurita A., Takase B., Otsuka T., Kodani E., Kusama Y., Atarashi H., Mizuno K., 2008: *Effects of Music Therapy an Autonomic Nervous System Activity, Incidence of Heart Failure Events, and Plasma Cytokine and Catecholamine Levels in Elderly Patients With Cerebrovascular Disease and Dementia*, International Heart Journal, Vol. 50 (2009) No 1 P 95- 110.

Figueiro M., Plitnick B., Lok A., Jones G., Higgins P., Hornick T., Rea M., 2014: *Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long- term care facilities*, Clinical Intervention in Aging, 2014:9 1527- 1537.

Marx M., Cohen- Mansfield J., Regier N., Dakheel- Ali M., Srihari A., Thein K., 2010: *"The Impact of Different Dog- related Stimuli on Engagement of Persons With Dementia*, Am J Alzheimers Die Other Demen. 2010 February, 25(1): 37-45.doi: 10.1177/1533317508326976.

Ho R., Cheung J., Chan W., Cheung I., Lam L., 2015: *A 3-arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia*, BMC Geriatrics (2015), DOI 10.1186/s12877-015-0123-z.

Yates L., Orrell M., Spector A., Orgeta V., 2015: *Service users' involvement in the development of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCTS) for dementia: a qualitative Study*, BMC Geriatrics (2015), DOI 10.1186/s12877-015-0004-5.

J.M. Garcia-Alberca, 2015: *Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimers disease: evidence on efficacy and neurobiological correlations*, Neurologia, 2015;30(1):8—15.

Aguirre E., Spector A., Hoe J., Russell I., Knapp M., Woods R., Orrell M., 2010: *Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: A single- blind, multi- centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia*, BioMed Central, 11/1/46.

Paul T.M. Smith, 2016, Stressreduzierende Pflege von Menschen mit Demenz, 1. Auflage, Hogrefe Verlag, Bern

Naomi Feil & Vicki de Klerk- Rubin, 2013, Validation in Anwendung und Beispielen, 7. aktualisierte und erweiterte Auflage, Reinhardt Verlag, München

Hermann Plötz, 1996, Kleine Arzneimittellehre, 2. vollständig überarbeitet und erweiterte Auflage, Springer Verlag, Berlin- Heidelberg

Andreasen und Black, 1993, Lehrbuch Psychiatrie, Psychologie Verlags Union, Hemsbach

A Friedmann und K Thau, 1987, Leitfaden der Psychiatrie, 2., überarbeitet und erweiterte Auflage, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien- München- Bern.

Moher, D. Liberati, A. Tetzlaff, J. Altman, D. G. & Prisma Group. 2010, 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The Prisma statement', International Journal of Surgery, 8 (5): pp. 336-341.

Santos R., Barroso de Sousa M., Simoes- Neto J., Nogueira M., Belfort T., Torres B., Dias Loped da Rosa R., Laks J., Nascimento Dourado M., 2014: *Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia*, DOI: 10.1590/0004-282X20140155.

Schulze J., Glaeske G., van den Bussche H., Kaduszkiewicz H., Koller D., Wiese B., Hoffmann F., 2013: *Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age- matched and sex. Matched non- demented controls*, DOI: 10.1002/pds.3527

Madja Azermai, 2015: *Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview*, Psychology Research and Behaviour Management 2015:8 181- 185

Wollen KA, 2010: *Alzheimer's disease: the pros and cons of pharmaceutical, nutritional, botaniscal, and stimulatory therapies, with a discussion of treatment strategies from the perspective of patients ans practitioners*, Altern med Rev. 2010 Sep; 15(3):223-44

<http://static.onleihe.de/content/diplomica/20100407/978-3-8366-3851-7/v978-3-8366-3851-7.pdf>)

04.04.2017 23:45

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographiche_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html 05.04.2017 0:26

[United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division \(2015\). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241](#)

[Bauer S, 2014, Bewertungsbogen für systematische Reviews aus dem Seminar "Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen" des Studienganges Bachelor für Pflegewissenschaft, an der Medizinischen Universität Graz.](#)

[Schüssler S, 2014, Bewertungsbogen für cross- sectional Studien aus dem Seminar "Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen" des Studienganges Bachelor für Pflegewissenschaft, an der Medizinischen Universität Graz.](#)

[Bauer S, \(2014\), Bewertungsbogen für qualitative Studien aus dem Seminar "Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen" des Studienganges Bachelor für Pflegewissenschaft, an der Medizinischen Universität Graz.](#)

[Bauer S, \(2014\), Bewertungsbogen für quantitative Studien aus dem Seminar "Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen" des Studienganges Bachelor für Pflegewissenschaft, an der Medizinischen Universität Graz.](#)

[Anhang: Bewertungen](#)

Co- Morbidity and drug treatment in Alzheimer's disease. A cross sectional study of Partizipants in the Dementia Study in Northern Norway 59/70

Critical Appraisal "Cross-sectional study"

Title

1. The title is as short as possible. Ja, der Titel ist so kurz wie möglich.
2. The title is representative of the content of the study (not misleading).
Ja, der Titel ist repräsentativ.
3. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)). Ja, alle wichtigen Informationen sind im Titel enthalten.
4. The key information/ keywords are near to the front of the title. Ja, die Anordnung ist gut.

5 Punkte

Abstract

5. The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]). Aim und Empfehlungen sind nicht angegeben,
6. There are no discrepancies between the abstract and the text. Es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.
7. The abstract gives the same impression as the text. Ja, der Abstract spiegelt den Text wieder.
8. The abstract can be understood without reading the article. Ja, der Abstract ist gut verständlich gestaltet.

4 Punkte

Introduction

9. Is the introduction good structured (general – specific)? Ja, die Struktur ist adäquat.

10. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature? Ja, es sind 15 Studien hinzugezogen worden.
11. Do the authors define important KEYWORDS? AD= Alzheimer's disease ist beschrieben.
12. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)? 2 Studien sind älter als 10 Jahre.
13. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined? Ja, es ist in einem eigenen Absatz beschrieben.

5 Punkte

Methods

14. Is the method part good structured? Ja, subheadings zu Participants, Clinical examination, Medical history, Drug treatment, Approvals, Statistics sind angeführt.

5 Punkte

Design

15. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim? Ja, dieses Design ist angebracht.

HINT: Consider

- *Is a descriptive/cross-sectional study an appropriate way of answering the question?*
- *Did it address the study question?*

5 Punkte

Sample

16. Is the sample representative of a defined population? Ja, 187 Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind repräsentativ.

17. Is the sample clearly defined? Ja, das Sample ist genau beschrieben.

18. Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method! Durch die letter Methode, also per Post.

19. Did the study have enough participants? Ja, die Anzahl von 187 ist groß genug.

Consider:

– if there is a power calculation. This will estimate

how many subjects are needed to produce a

reliable estimate of the measure(s) of interest.

20. What is the response rate? Keine Angaben.

4 Punkte

Setting

21. What was the study setting? das Setting waren 9 ländliche Gemeinden in Nord- Norwegen. 5 Punkte

Measurements

22. Which data were collected? Which instrument(s) were used? Die ICD-10 Skala wurde verwendet, sowie das Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition.

23. Do they use standardized instruments to collect data? Keine Angaben.

24. Are the instruments described or referenced? Keine Angaben.

25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced? Keine Angaben.

2 Punkte

Process of data collection

26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)? Ja, genaue Beschreibungen sind angegeben.

5 Punkte

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data? SPSS wurde zur Auswertung verwendet, sample t- tests und Chi- Square tests ebenso.

28. Is the significance level described? 5%

5 Punkte

Results

29. Is the result section good structured? Ja, Subheadings zu Baseline characteristics, Medical history und Drug treatment sind angeführt.

30. How the results presented and what is/are the main result(s)? Die Resultate sind in Text und Tabellen angegeben. Hauptergebnisse: Der Blutdruck war bei den Menschen mit Demenz häufiger ausserhalb der Norm, der Ko- Morbiditäts- Score war bei an Demenz erkrankten Menschen höher, und auch das Risiko für Herzerkrankungen, DM, chron. Obstruktive Bronchitis und chron. Schmerz war bei diesen Menschen deutlich höher.

31. Do the results answer the research question(s) (aims)? Ja, die Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Demenz sind beschrieben.

32. Are there confidence intervals for statistical estimates included? Ja, das Konfidenzintervall ist mit 95% angegeben.

33. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately

labeled? Ja, die Tabellen sind gut gestaltet und beschrieben.

34. Do the figures and tables adequately show the important results? Ja, die Tabellen zeigen die wichtigsten Resultate auf.

35. Are the figures and tables easy to understand? Ja, sie sind sehr übersichtlich gestaltet.

5 Punkte

Diskussion

36. Is discussion good structured (spezific to broad)? Ja, die Struktur ist angebracht.

37. Are the findings discussed in relation to the original research questions? Ja, die Punkte sind sogar genau gleich betitelt.

38. Does the author compare the main findings with results from other studies? Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained)? Ja, der Bezug auf andere Studien wird angegeben und die Ergebnisse decken sich mit ihnen.

39. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)? Ja, die Interpretation ist sinnvoll.

40. Does the author note limitations of the study? Die tägliche Dosis und Anwendungslänge der Medikamente ist nicht definiert, Alters- und Geschlechtsvergleiche sind fraglich.

5 Punkte

Conclusion

41. Are the author's conclusions justified by the results found in the study? Ja, es wird auf die Resultate Bezug genommen.

42. Does the author give recommendations for further research? Die Bürde und das gesteigerte Risiko von Menschen mit Demenz, die medikamentös behandelt werden, gehört weiter erforscht.

43. Does the author give recommendations for nursing practice?Keine Angaben.

4 Punkte

References

45. Does the reference list contain errors? Es konnten keine Fehler gefunden werden.

46. Are there more references than are necessary? Es wurden 48 Studien mit eingeschlossen, dies ist in Ordnung.

5 Punkte

Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in The older adult care home sector: the South East London Care Home Survey

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Population, Konzept, Methode, Setting sind beschrieben.
- Does the title reflect the content of the whole text? Ja, der Titel gibt einen Hinweis auf den Inhalt der Studie.

5 Punkte

Abstract

56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

Background, Objective, Design, Setting, Participants, Results, Conclusion, Keywords sind alle enthalten.

57. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Ja, der Abstract ist verständlich gestaltet.

58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.

5 Punkte

Introduction

59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Es wird vom Allgemeinen ins spezifische übergegangen, die Prävalenz, Schwere und Messmethoden für den mentalen Status sind beschrieben. der Hintergrund der Forschung ist angegeben und Definitionen sowie die bisherige Literatur angegeben.

Als fehlend ist der Zweck der Studie bzw die Forschungsfrage aufgefallen.

60. What is the research problem?

Dass keine Erhebung in genau diesem Setting mit genau diesen geographischen Bedingungen und einem diagnostischen Assesment vorhanden ist.

61. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Ja, 10 Studien wurden hinzugezogen.

62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Der Großteil der Studien ist jünger als 10 Jahre.

63. Are there definitions mentioned?

Ja, Abkürzungen sind definiert

64. What are the central concepts? Ein Survey von der Prävalenz von Demenz, der Gewichtung und der Ähnlichkeit von mentalen Gesundheitsmessungen

65. What is the research gap? Die Aktualität der Studien und des Themas wird als Forschungslücke beschrieben.

66. What is the purpose of the study and/or the research questions?

Der Vergleich der Morbidität bei Menschen mit Demenz in verschiedenen Pflegeheimtypen.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Sampling, Participants and Procedures, Measures, Statistical analysis sind angegeben.

68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Ja, Methoden sind genau in dem Unterpunkt Measures beschrieben.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach?

Untersucht wurden 113 Pflegeheimbewohner und Pflegeheimbewohnerinnen, wobei keine Rücksicht auf das Alter genommen wurde, sobald das Pflegeheim offiziell ältere Menschen betreute.

70. What is the research design?

Es wurden Interviews durch 2 Forscher von Juli 2010 bis März 2012, ergänzend wurden informelle Daten durch Betreuer und Pflegeheimaufzeichnungen gesammelt durchgeführt.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, dieses Design ist für diesen Zweck gut geeignet.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 113 Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen.

73. What are the procedures for choosing the sample? Nach Sichtung der Örtlichen Datenbanken wurden jene Pflegeheime ausgewählt, die für Altenpflege registriert waren.

74. Where are the participants recruited? In Pflegeheimen im UK.

75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Es sind keine Verzerrungen beschrieben.

76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

Ja das Sample war adäquat, jedoch vielleicht etwas klein.

5 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Ja, durch die South East London Research Ethics Committee.

78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Informed consent und, wenn möglich, persönliche Zustimmung wurde eingeholt.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Pflegeheime im UK, ja das Setting war angebracht weil jene inkludierten Pflegeheime für die Altenpflege registriert waren.

5 Punkte

Data collection

80. What is the data collection method? Daten wurden durch Interviews und, wenn möglich ergänzende Informationen durch Angehörige, Pflegende oder Patientendaten gesammelt.

81. Is the data collection method trustworthy? Ja, diese Methode ist sehr genau.

82. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, die Methode ist sehr individuell und daher gut geeignet.

83. Does the data collection method bias the results? es sind keine Verzerrungen beschrieben.

84. How are the data recorded? Die Interviews wurden aufgezeichnet, die restlichen Daten lagen schriftlich vor.

Data analysis

85. What methods are used to analyze the data? Stata version 11 wurde zum Clustern verwendet, ANOVA wurde verwendet, um die Unterschiede sichtbar zu machen.
86. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Keine Angaben.
87. Is data saturation reached? Keine Angaben.
88. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Methode ist gut geeignet um die spezifischen Fragen zu beantworten.

4 Punkte

Results

89. What are the main findings? Antidepressiva waren die vorherrschende Therapie in allen untersuchten Pflegeheimen. Die meisten untersuchten Menschen mit Demenz hatten mehr als 1 neuropsychiatrisches Symptom und es ist kein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der Clinical Dementia Rating Scale und antipsychatrischer Medikation beschrieben.
90. Are the results organized in a way that is easy to understand? Es sind sehr viele Zahlen angegeben, diese jedoch gut aufgelistet.
91. Are the tables and figures easy to understand? Ja, die Tabellen sind gut verständlich gestaltet.
92. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, die Resultate beziehen sich auf das Forschungsziel.

5 Punkte

Discussion

93. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Die Forschungsergebnisse sind vom Speziellen zum Allgemeinen diskutiert, die Prävalenz ist beschrieben, Bezug auf andere Studien genommen. Sehr gut: es gibt einen eingetragenen Unterpunkt Key points.
94. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, die Vergleiche mit anderer Literatur sind beschrieben.
95. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Studienergebnisse bestätigen die Conclusion.
96. Does author give implications for nursing practice? Keine Angaben.
97. Does author give implications for further nursing research? Keine Angaben.
98. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Der Autor beschreibt keine Schwächen. Meine Meinung: Das Sample könnte größer sein, die Forscher beschrieben nicht, welche Rolle sie im Datensammelungsprozess gespielt haben, es ist nicht ersichtlich, ob Datensättigung erreicht wurde.
99. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Der Autor gibt keine an. Meine Meinung: Das Design ist sehr gut für diesen Zweck geeignet. Die Beschreibungen der Resultate ist sehr genau. Ein eigener Unterpunkt Key points fasst alles kurz noch einmal zusammen.

3 Punkte

Reference list

100. Is there a consistent reference style? Ja, der Stil ist konsistent.

5 Punkte

Using research results

101. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Die Studie zeigt auf, inwiefern sich die medikamentöse Therapie bei Menschen mit Demenz auswirkt und welche Patientengruppe eher welche Medikamente bekommt. Es ist auch beschrieben, welche Pflegeheime am ehesten eine Prävalenz zu schwerer Demenz haben, dies könnte Vorteile für die Pflegepraxis bringen.

102. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones. Die

Vorteile sind indirekt, da sie keine Interventionen beschreiben, jedoch Prävalenz untersucht haben.

4 Punkte

Prevalence and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Hospice-Eligible Nursing Home Residents with Advanced Dementia

66

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Das Design ist nicht angegeben.
- Does the title reflect the content of the whole text? Ja der Titel gibt einen Überblick über den gesamten Text.

4 Punkte

Abstract

- 56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Background, Methods, Results und Conclusion sind angegeben, Keywords fehlen.**
- 57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, es ist nicht nötig den Text zu lesen um den Abstract zu verstehen.**
- 58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.**

4 Punkte

Introduction

- 59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Ein genereller Überblick, Definition der Symptome, Behandlungsgrundlagen, das Ziel der Studie.**
- 60. What is the research problem? Die Prävalenz und Behandlung von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz soll beschrieben werden.**
- 61. Does the introduction contain a recent review of the literature? Es sind 14 Studien angegeben.**
- 62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? Ja, die Literatur ist aktuell.**
- 63. Are there definitions mentioned? Ja, Abkürzungen sind definiert.**
- 64. What are the central concepts? Die Prävalenzerhebung und Behandlung von Menschen mit Demenz beschrieben.**
- 65. What is the research gap? Es gibt noch keine Erhebung zur Prävalenz und Behandlung von NPS bei Menschen mit schwerer Demenz.**

66 What is the purpose of the study and/or the research questions? Die Prävalenz und Behandlung von NPS bei schwerer Demenz beschrieben.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Participants, Data collection, NPS Categorization, Diagnosis and Severity of Dementia, NPS- Targeted Treatments, Data Analysis sind beschrieben.

68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, die Replikation wäre möglich, da die Methode gut beschrieben ist.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Die Prävalenzerhebung und Behandlungsuntersuchung von menschen mit Demenz.

70. What is the research design? Es wurde ein baseline surrogate interview und ein direktes Assessment durchgeführt.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, das Design ist angebracht da diese Daten qualitativ genauer und individueller erhoben werden können.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 126 Bewohner und Bewohnerinnen aus drei Pflegeheimen in Maryland, USA.
73. What are the procedures for choosing the sample? Jegliche Bewohner und Bewohnerin mit Demenz, welche Hospiz oder Palliativpflege erhalten oder unter Hospiz/ Palliativpflegekriterien fallen wurden ausgewählt. Der Rechtsvertreter dieser Menschen wurde um Erlaubnis gebeten.
74. Where are the participants recruited? In 3 Pflegeheimen in Maryland, USA.
75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Es sind keine Verzögerungen beschrieben.
76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? 126 Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind für qualitative Forschung eine angebrachte Samplegröße.

5 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Ja, die Studie wurde durch die Institutional Review Boards of the John Hopkins Medical Institutions and the University of Maryland and by the research review committees at the three study sites geprüft.
78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Schriftliche Zustimmung wurde durch die gesetzlichen Vertreter eingeholt.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? 3 Pflegeheime in Maryland, USA.

80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, 3 Pflegeheime zu untersuchen erhöht die Chance auf mehrere unterschiedliche Daten.

5 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Daten wurden durch das CareAD Forschungsteam eingeholt. Ein baseline surrogate interview und ein direktes Assessment wurden durchgeführt.

82. Is the data collection method trustworthy? Ja, diese Methode ist vertrauenswürdig, da die Basiserhebung einen guten Überblick bieten und das Assessment spezifische Daten erhebt.

83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, die Erhebungsmethode geht mit dem Design konform.

84. Does the data collection method bias the results? Es sind keine Verzerrungen beschrieben.

85. How are the data recorded? Die Interviews wurden mittels Notizen festgehalten, das Assessment auch.

5 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Pearson chi square Analyse wurde durchgeführt, SPSS zur Auswertung verwendet.

87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Keine Angaben.

88. Is data saturation reached? Ja, $p < 0.001$.

89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Methode ist für den Zweck angebracht.

4 Punkte

Results

90. What are the main findings? Die Bewohner und Bewohnerinnen konnten aufgrund ihrer demographischen Daten und Diagnosecharakteristika eingeteilt werden. Meistens erhielten diese Menschen mit Demenz pharmakologische Behandlung. Diese zielten auf Stimmungs- und Verhaltenskontrolle ab. Auch nicht-pharmakologische Interventionen und deren Kombination mit medikamentöser Therapie ist beschrieben.

91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Ja, die Unterteilung ist sehr übersichtlich.

92. Are the tables and figures easy to understand? Ja, die Tabellen sind verständlich gestaltet.

93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.

5 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Die Ergebnisse werden beschrieben, die Prävalenz, die Medikamentöse Therapie und deren Vor- und Nachteile. Welche Therapie auf was abzielt, und welche Therapie wann angewandt wird. Auch nicht

- pharmakologische Therapien und die Kombination mit medikamentöser Behandlung sind beschrieben.
95. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, Vergleiche sind angegeben.
96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Resultate untermauern die Schlussfolgerung der Autoren.
97. Does author give implications for nursing practice? Keine Angaben.
98. Does author give implications for further nursing research? Ja, ein Pflegemodell sollte durch weitere Forschungsergebnisse gestaltet werden.
99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Die chart- review ist retrospektiv, MDS war nicht vollständig verfügbar, die Pflegequalität konnte nicht erhoben werden.
100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Die erhobenen Daten über die Prävalenz der psychiatrischen Symptome bei Pflegeheimbewohnern und Pflegeheimbewohnerinnen war aussagekräftig und höher als erwartet.

4 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Ja, der Harvard- Stil ist durchgehend verwendet.

5 Punkte

Using research results

102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Da die die Prävalenz von Symptomen und Behandlungen höher als erwartet ist, könnte man in der Praxis überlegen, wie dies reduziert werden könnte.

103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Indirekte, da die Erhebung Daten aufzeigt, welche zu einer Entwicklung eines Modelles führen könnten.

5 Punkte

Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature

Checklist: Systematik Reviews

1. Wie wird die Relevanz dieses Systematische Reviews herausgearbeitet? Einige Studien haben bisher die Verbindung von Alzheimerdemenz und der Verwendung von Benzodiazepinen erforscht, sowie die Auswirkungen auf Verhalten und psychologische Symptome. Es besteht aber immer noch Unstimmigkeit, ob Benzodiazepine herkömmlichen Antipsychotika vorgezogen werden sollten.
2. Was ist die Lücke in der bisherigen Literatur? Eine genaue Empfehlung für die adäquate Anwendung von Benzodiazepinen bei Patienten und Patientinnen mit Demenz ist bisher nicht beschrieben.

3. Was ist die Forschungsfrage und ist diese explizit und klar? Keine Angaben.
4. Was ist das Design dieser Studie? Ein Literaturreview wurde durchgeführt.
5. Mit welchen Suchbegriffen wurde die Literatursuche durchgeführt und sind diese angemessen? Alzheimer Disease (MeSH), Benzodiazepines (MeSH), Hypnotics and Sedatives (MeSH), Anti-anxiety agents (MeSH) und tranquillizing agents.
6. Wo wurde nach Literatur gesucht und ist das ausreichend? Zur Literaturrecherche wurden die Datenbanken PubMed und MEDLINE hinzugezogen. Es hätten mehrere sein können da der Zeitraum sehr lang ist.
7. Wurde die Suche auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt? 01/1983- 01/ 2015.
8. Wann fand die Suche statt? 2015
9. Was sind die Ein- und Ausschlusskriterien für gefundene Studien und sind diese angemessen für die Forschungsfrage?
Einschlusskriterien: original research papers with prospective or retrospective design, eine Diagnose musste unter bestimmten Kriterien gestellt sein, Sprache: Englisch, Spezies: Mensch, Veröffentlicht: in einem peer-reviewed journal oder als Volltext verfügbar.

Ausschlusskriterien: eine fehlende Demenzdiagnostik, Demenzdiagnose über die falschen Kriterien und wenn Symptome psychologischen Distress aufgetreten waren.

10. Ist der gesamte Vorgang in der Literatursuche (Suchbegriffe, Jahr, Datenbank, etc.) nachvollziehbar? Nein. Die Suchwörter, Jahresangaben und Datenbanken sind beschrieben, aber nicht genau welches Kriterium wo und wie angewandt wurde.

11. **Wie viele Studien wurden ursprünglich gefunden? 657 Artikel.**
12. **Wie viele Duplikate wurden ausgeschlossen? Keine Angaben.**
13. **Wie viele Volltexte wurden gelesen? 46**
14. **Wie viele Studien wurden inkludiert und welches Design haben die inkludierten Studien? 8 Artikel wurden inkludiert, 5 Studien waren prospektiv, 3 cross-sectional.**
15. **Wurde die Auswahl der Studien von 2 ReviewerInnen durchgeführt? Ja.**
16. **Wurden die Qualität der gefundenen Studien kritisch bewertet und womit wurde das gemacht? Keine Angaben.**
17. **Wurde die kritische Bewertung der Qualität der Studien durch 2 ReviewerInnen durchgeführt? Keine Angaben.**
18. **Wie wurden die Daten aus den Studien extrahiert und war dies angemessen? Keine Angaben.**
19. **Welche Informationen wurden aus den inkludierten Studien herausgefiltert? Keine Angaben.**
20. **Wie wurden die Daten aus den Studien zusammengefasst und war dies angemessen? Keine Angaben.**
21. **Wurde eine Metaanalyse durchgeführt? Keine Angaben.**
22. **Wie ist die methodologische Qualität der inkludierten Studien? Keine Angaben.**
23. **Welche Interventionen wurden in den inkludierten Studien untersucht? der Effekt von BZD auf kognitive Funktionen und BZD bei BPSD und Schlafproblemen.**
24. **Wie wurde das Outcome in den inkludierten Studien gemessen?**
25. **Inwieweit kamen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen mit**

fortgeschrittenen Krebserkrankungen nützlich sind? Kann nicht beantwortet werden.

26. Was sind die Stärken und Schwächen der Studie? Die verschiedenen Kriterien zur Demenzdiagnose, bei der Datenbanksuche könnten Studien nicht gewählt worden sein, welche nicht in den 2 verwendeten Datenbanken zu finden waren und es wurden keine anderen Sprachen miteinbezogen.

27. Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die AutorInnen gemacht und leiten sich diese aus den Ergebnissen ab? Eine klinische Notwendigkeit der Behandlung von BPSD bei Menschen mit Demenz, es konnte keine Evidenz bezüglich der Auswirkung von BZD auf Agitation gefunden werden.

28. Hat dieser Systematische Review einen Nutzen für die Pflegepraxis? Er zeigt, dass die Behandlung von BPSD mit Benzodiazepinen nicht immer von Vorteil ist und man auf die Nebeneffekte achten muss.

A 3-arm randomized controlled trial on the effects of dance movement intervention and exercises on elderly with early dementia

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Das Setting fehlt.
- Does the title reflect the content of the whole text? Ja, der Titel beschreibt das Design der Studie, das Sample, die Intervention und gibt einen guten Einblick in das untersuchte Thema.

5 Punkte

Abstract

56.

What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Background, Methoden/Design, Discussion, trial registration und Keywords sind angeführt. Resultate/ Conclusion könnte ein eigener Unterpunkt sein.

57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, er ist sehr gut verständlich geschrieben.

58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Nein, es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.

5 Punkte

Introduction

59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Background, Effectiveness of physical activity on dementia, Benefits of dance movement therapy in dementia treatment, Salivary cortisol levels and dementia, Research objectives.

60. What is the research problem? Das psychologische Wohlbefinden von Menschen mit Demenz wird oft nicht als vorrangig gesehen, wobei die Effektivität konservativer Therapie jedoch begrenzt ist, diese zeigt jedoch mehr Nebenwirkungen und steigert die mortalität. Es gibt aber zu wenig Literatur zu nicht- medikamentöser Demenztherapie.

61. Does the introduction contain a recent review of the literature? 13 Studien wurden angeführt.

62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? 3 Studien sind älter als 10 Jahre.

63. Are there definitions mentioned? Ja, Abkürzungen sind definiert.
64. What are the central concepts? Die Effektivität von physischer Aktivität auf Demenz beschreiben, die Vorteile von Bewegungstherapie bei Demenz, der Speichel- Cortisol Level bei an Demenz erkrankten Menschen und die Forschungsziele.
65. What is the research gap? Einen Zusammenhang zwischen Bewegung und dem Cortisollevel von Menschen mit Demenz zu finden.
66. What is the purpose of the study and/or the research questions? Den Zusammenhang des Cortisollevels und neuropsychiatrischen, kognitiven und täglichen Funktionen zu erforschen.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Research design, Participant eligibility and recruitment, exclusion criteria, Sample size determination, Intervention groups, Measurements.
68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, es ist beschrieben, wie die Untersuchung gemacht wurde, wer ein- und ausgeschlossen wurde und welche Wertungskriterien angewandt wurden.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach?

70. What is the research design? Eine 3- Strängige RCT mit wartelisten-Kontrollgruppe.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, 3 Interventionsgruppen sind gut untersucht und da Randomisierung durchgeführt wurde ist das Design angebracht.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 131 Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind beschrieben.

73. What are the procedures for choosing the sample? Multi- regression modeling wurde angewandt.

74. Where are the participants recruited? Keine Angaben.

75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Nein, die Auswahl resultiert in keiner Verzerrung.

76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Da ein Signifikanzlevel von 0,05 angegeben ist, ja.

5 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Ja von dem Institutional Review Board of the University of Hong Kong/ Hospital Authority Hong Kong West Cluster.

78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Ja, written consent wurde eingeholt.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? psychogeriatrische outpatient departments örtlicher Krankenhäuser, Altenpflegezentren und Gemeindezentren.
80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, es umfasst eine große Anzahl an Teilnehmern und Teilnehmerinnen und nimmt genau auf die erforderte Gruppe Bezug.

5 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Nach der Sammlung und Sichtung der Basisdaten wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen computer- generiert randomisiert und in eine von 3 Gruppen aufgeteilt.
82. Is the data collection method trustworthy? Ja, da Randomisierung vorgenommen wurde.
83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, aufgrund der Basisdaten zu unterscheiden ist eine gute Möglichkeit.
84. Does the data collection method bias the results? Es sind keine Verzerrungen beschrieben.
85. How are the data recorded? 4 wiederholte Assessments wurden durchgeführt, diese wurden niedergeschrieben.

5 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Mittels SPSS und MPlus.
87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? In einem eigenen Unterpunkt ist angegeben, welcher Forscher welchen Beitrag geleistet hat.
88. Is data saturation reached? Es ist ein Signifikanzlevel von 0,05 angegeben.
89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Methode ist angebracht.

5 Punkte

Results

90. What are the main findings? Obwohl gut untersucht ist, dass Bewegungstherapie Menschen mit demenz helfen kann, ist nicht klar, inwiefern sich dies auf frühe Demenzstadien auswirkt. Auch sollen die ergebnisse helfen, ein Modell für die Praxis zu gestalten.
91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Ja, die Resultate sind kurz und prägnant beschrieben.
92. Are the tables and figures easy to understand? Es ist nur eine Tabelle angegeben, diese ist gut verständlich.
93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, die Forschungsziele sind durch die Resultate beschrieben.

5 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing?
Allgemeine Vorteile von Bewegungstherapie bei Demenz, Beschreibung der durchgeführten Studie, Den Zusammenhang zum Cortisol- Spiegel.
95. Does the author compare his main findings with results from literature? Keine Angaben
96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, obwohl diese sehr kritisch gestaltet ist.
97. Does author give implications for nursing practice? Keine Angaben.
98. Does author give implications for further nursing research? Es sollten weitere Untersuchungen, wenn möglich mit größeren Sample-Sizes, durchgeführt werden.
99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Beide: etwas kleine Samplegröße, Zusammenhang ist nicht so gut herausgearbeitet, bei leichter Demenz keine eindeutigen Ergebnisse.
100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Beide: Ethisch einwandfrei, bei mittelschwerer bis schwerer Demenz gute Ergebnisse.

4 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Es konnten keine Fehler gefunden werden.

5 Punkte

Using research results

102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
Ja, Bewegungstherapie ist leicht in die Pflegepraxis implementierbar.

103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?
Direkt, da sie direkte Auswirkungen auf die Menschen mit Demenz haben.

5 Punkte

Cognitive intervention therapy as treatment for behaviour disorders in Alzheimer disease: evidence on efficacy and neurobiological correlations

Checklist: Systematik Reviews

- 1. Wie wird die Relevanz dieses Systematischen Reviews herausgearbeitet? BPSD bringt Probleme wie Apathie, Angst, Depression, Halluzinationen, Schlafprobelme, Essstörungen oder unangebrachte Euphorie mit sich. Dies schränkt die Lebensqualität dieser Menschen stark ein, was sich auch auf die Pflegenden auswirkt. Dies führt oft zu einer früheren Einweisung dieser Menschen in Pflegeheime. Auch die Kosten für die Pflege von Menschen mit Demenz steigt weiter. Viele Studien haben gezeigt, dass die Kombination von medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlung dieser Symptome eine gute Behandlungsstrategie darstellt, die Effektivität von CIT (cognitive intervention therapy) als Behandlung von BPSD aber noch keine evidenzbasierten Ergebnisse gezeigt hat. Dieses Literaturreview soll die Vorteile dieser Therapie herausarbeiten und als Behandlungsoption aufzeigen.**
- 2. Was ist die Lücke in der bisherigen Literatur? Dass es keine Evidenz für CIT als Behandlung für BPSD gibt und was zu CIT gehört.**

3. Was ist die Forschungsfrage und ist diese explizit und klar? Ob CIT eine geeignete Behandlungsform für BPSD darstellt und welche Probleme sie reduzieren/ verzögern kann. Nein, die Forschungsfrage ist nicht explizit angeführt.
4. Was ist das Design dieser Studie? Es wurde ein Literaturreview von 87 Studien gemacht.
5. Mit welchen Suchbegriffen wurde die Literatursuche durchgeführt und sind diese angemessen? Alzheimer disease, behavioural and psychological symptoms, cognitive stimulation, non-pharmacological treatment, efficiency evaluation, psychosocial therapies. Diese Suchbegriffe sind adäquat.
6. Wo wurde nach Literatur gesucht und ist das ausreichend? Es wurden die elektronischen Datenbanken Medline, PsychINFO, Embase und Cochrane verwendet und diese sind ausreichend.
7. Wurde die Suche auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt? Hierzu wurden keine Angaben gemacht.
8. Wann fand die Suche statt? Es ist kein Anfangszeitpunkt angegeben, aber Studien, welche bis zum 15.02.2012 veröffentlicht wurden konnten mit einbezogen werden.
9. Was sind die Ein- und Ausschlusskriterien für gefundene Studien und sind diese angemessen für die Forschungsfrage? Einschluss: Studien über Menschen mit Demenz und neuropsychiatrischen Symptomen. für ein Literaturreview angemessen.
10. Ist der gesamte Vorgang in der Literatursuche (Suchbegriffe, Jahr, Datenbank, etc.) nachvollziehbar? Nein, der Vorgang ist nicht komplett replizierbar, da die Suchbegriffe sowie der Beginnzeitraum nicht angegeben sind, es ist aber beschrieben dass die Suche in 2 Phasen absolviert wurde.

11. **Wie viele Studien wurden ursprünglich gefunden? Es sind keine Zahlen angegeben.**
12. **Wie viele Duplikate wurden ausgeschlossen? Auch hierzu wurden keine Angaben gemacht.**
13. **Wie viele Volltexte wurden gelesen? Keine Angaben.**
14. **Wie viele Studien wurden inkludiert und welches Design haben die inkludierten Studien? Es wurden 87 Studien inkludiert. In Phase 1 wurden review Artikel gesucht, in der 2ten Phase wurden Forschungsartikel gesucht, welche die neurobiologischen und epidemiologischen Zusammenhänge zwischen CIT und BPSD aufzeigen.**
15. **Wurde die Auswahl der Studien von 2 ReviewerInnen durchgeführt? Ja, 2 Reviewer wurden erwähnt.**
16. **Wurden die Qualität der gefundenen Studien kritisch bewertet und womit wurde das gemacht? Eine Bewertung ist angegeben, nicht aber das verwendete Tool.**
17. **Wurde die kritische Bewertung der Qualität der Studien durch 2 ReviewerInnen durchgeführt? Ja, durch 2 Reviewer.**
18. **Wie wurden die Daten aus den Studien extrahiert und war dies angemessen? Geht aus dem Text nicht hervor.**
19. **Welche Informationen wurden aus den inkludierten Studien herausgefiltert? Dass die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz durch CIT steigen, Probleme wie Verhaltensprobleme, emotionale Kontrolle und abnormales Verhalten sowie soziale Isolation verringert werden und auch die Pflegenden davon profitieren, es aber zu wenig Daten gibt.**
20. **Wie wurden die Daten aus den Studien zusammengefasst und war dies angemessen? Wird nicht angegeben.**

21. Wurde eine Metaanalyse durchgeführt? Geht aus dem Text nicht hervor.
22. Wie ist die methodologische Qualität der inkludierten Studien? Hierzu wurden keine Angaben gemacht.
23. Welche Interventionen wurden in den inkludierten Studien untersucht? CIT (cognitive intervention therapy) und CIT, um psychosoziale Symptome der Alzheimerdemenz zu reduzieren.
24. Wie wurde das Outcome in den inkludierten Studien gemessen? Geht aus dem Text nicht hervor.
25. Inwieweit kamen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen nützlich sind? In diesem Review geht es um Menschen mit Demenz.
26. Was sind die Stärken und Schwächen der Studie? Stärken: werden keine genannt. Schwächen: zu wenig RCT, um die Effektivität zu bestätigen, es müssen mehr Studien durchgeführt werden, die Verhaltensbereiche bestimmen.
27. Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die AutorInnen gemacht und leiten sich diese aus den Ergebnissen ab? Es sollten mehr Studien durchgeführt werden, die unser Verständnis von neurobiologischen Zusammenhängen und neuropsychosozialen- und Verhaltensvorteilen im Bezug auf CITs maximieren sowie Interventionsprogramme zu entwickeln, die auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abzielen.
28. Hat dieser Systematische Review einen Nutzen für die Pflegepraxis? Ja, sie zeigt die Vorteile der Anwendung von CITs und inwiefern dies sich positiv auf das Verhalten von Menschen mit Demenz auswirkt, und inwiefern dies in den Pflegealltag integriert werden könnte.

Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly with severe dementia

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Nein, das Setting fehlt.
- Does the title reflect the content of the whole text? Ja der Titel gibt den Text wieder.

4 Punkte

Abstract

56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Alle wichtigen Elemente sind vorhanden: Background, Methode, Resultate, Zusammenfassung und die Auflistung der Keywords.
57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, der Abstract ist ein sehr guter Überblick über den gesamten Text.
58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Nein, es konnten keine Unterschiede gefunden werden.

5 Punkte

Introduction

- 59. What parts can be read out of the introduction? What is missing?**
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle, es wird Bezug auf die verschiedenen Interventionen genommen, auf deren Wirkung auf die Demenzerkrankung und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz, auf bisher gefundene Literatur. es wird beschrieben dass wenig systematische und objektive Literatur vorhanden ist. In dieser Studie wird untersucht, in wie fern sich Kurzzeit- und Langzeitanwendungen von Musiktherapie bei Menschen mit Demenz auswirken und in wie fern sich aktive und passive Musiktherapie anwenden lässt. Fehlt:??
- 60. What is the research problem?** Die Unterschiede von Langzeit und Kurzzeitanwendungen der Musiktherapie und der passiven und interaktiven Anwendung bei individualisierter Musik. Auch wird meist nicht beschrieben, wie sich Musiktherapie bei schwerer Demenz auswirkt.
- 61. Does the introduction contain a recent review of the literature?** Ja, es wurden 12 Studien angegeben.
- 62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?** Es wurde auch ältere Literatur verwendet. (2002, 1987, 2000), der größte Teil ist jedoch jünger als 10 Jahre.
- 63. Are there definitions mentioned?** Ja, QOL, BPSD sind definiert.
- 64. What are the central concepts?** Dass Musiktherapie Stress reduziert, positive Emotionen hervorruft das autonome Nervensystem aktiviert wird und dass dies wichtig ist um individualisierte Musiktherapie anwenden zu können.
- 65. What is the research gap?** Die Auswirkung auf Menschen mit schwerer Demenz ist noch wenig erforscht.
- 66. What is the purpose of the study and/or the research questions?** Der Zweck ist, die Unterschiede von Kurzzeit- und Langzeitmusiktherapie

zu beschreiben und die Auswirkung auf Menschen mit schwerer Demenz zu erforschen, sowie die Frage zu beantworten, ob passive Musiktherapie weniger positive Auswirkung auf demenzkranke Menschen hat als aktive.

Punkte: 4

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing?

Es wird Bezug genommen auf: die Teilnehmer der Studie, das Design, Musikstimulation, wie verfahren wurde, die Evaluierung der Effekte, Kurzzeit- und Langzeiteffekte sowie die statistische Auswertung.

68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, es ist genau beschrieben, vor allem unter dem Punkt participants. Und study design.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Ein Vergleich von non-interventional Control group, passive music intervention group and Interactive music intervention group.

70. What is the research design? Ein experimentelles Design wurde gewählt.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, es zeigt sehr gut die Unterschiede auf und ein direkter Vergleich kann gezogen werden.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 127 Teilnehmer, die an Demenz erkrankt sind in einer Einrichtung, die auf Demenzkranke spezialisiert ist sowie 4 Gruppenheimen in Kobe City. 39 der Teilnehmer erfüllten alle Kriterien und konnten miteinbezogen werden.
73. What are the procedures for choosing the sample? Die 127 Teilnehmer wurden auf spezifische Kriterien untersucht.
74. Where are the participants recruited? In Kobe City, Japan.
75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Nein, für die erforderten Kriterien wurde keine Verzerrung beschrieben.
76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Die Forscher geben an, dass die Samplegröße nicht ideal war, jedoch ausreichend.

4 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Die Studie wurde über die Declaration of Helsinki geleitet und vom ethic committee of Kobe University Graduate School/School of Medicine, Japan genehmigt.
78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Wurde nicht angegeben, da es aber qualitative Forschung ist könnte informed consent mündlich eingeholt werden.

3 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? Das Setting war der jeweilige Lebensraum der Teilnehmer.

80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, gerade bei Menschen mit Demenz ist die Umgebung sehr wichtig, ebenso kann man hier die Auswirkungen besser beobachten.

4 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Daten wurden gesammelt, indem man die verschiedenen Gruppen, in welche man die Teilnehmer eingeteilt hatte, verglich.

82. Is the data collection method trustworthy? Ja, die Zuteilung in die Gruppen erfolgte randomisiert und geblinded, der Ausführungszeitraum betrug 10 Wochen 1mal wöchentlich.

83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, es wurde darauf geachtet, keinen Teilnehmer zu bevorzugen, die Datensammlungsmethode ist sehr gut geeignet, solch eine vulnerable Gruppe zu untersuchen.

84. Does the data collection method bias the results? Nein, die Zuordnung der Moderatoren war ausgeglichen und um deren Vorlieben und Meinungen zu minimieren und um einem potentiellen bias entgegenzuwirken befragte keiner die selben Teilnehmer mehrmals.

85. How are the data recorded? Ein Forscher führte die Intervention aus, ein Forscher beobachtete die Teilnehmer.

4 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Das Instrument (ANOVA) wurde angegeben aber nicht beschrieben.
87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Ja, es ist ein eigener Unterpunkt.
88. Is data saturation reached? Ja, wurde sie.
89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Daten konnten mittels dieser Methode gut gesammelt und beantwortet werden.

3 Punkte

Results

90. What are the main findings? Musiktherapie kann sich auf die Herzrate, Herzfrequenz, die Stimmung, das Verhalten, vor allem im Bezug auf BPSD, Ängste und Phobien, paranoide Züge und Aggressivität und Aktivität haben.
91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Die Resultate wurden in Tabellen dargestellt.
92. Are the tables and figures easy to understand? Ja, die Tabellen sind gut besvhrieben und auch adäquat gewählt.
93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, es konnten Unterschiede von Langzeit- zu Kurzzeitanwendungen erkannt werden und die verschiedenen Gruppen verglichen werden.

4 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Die Kurzzeit-und Langzeiteffekte sowie Limitationen und Stärken der Studie sind beschrieben.

95. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, verschiedene Literatur wurde für die Vergleiche herangezogen.

96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionen sehr hilfreich sein können.

97. Does author give implications for nursing practice? Nein, Empfehlungen für die Pflegepraxis sind nicht angegeben.

98. Does author give implications for further nursing research? Es wurde vorgeschlagen, die selbe Forschung bei Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz anzuwenden. Ebenso sollte die Länge der Anwendungen in weiterer Forschung variieren.

99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Lt. Autor: der geeignetste Zeitpunkt wurde vorher nicht bestimmt, ebenso die Länge der Anwendung. Auch wurden keine Vergleiche der Effekte von individueller Intervention und Gruppenintervention gezogen. Auch die eher kleine Samplegröße könnte man bekritlein.

Meine Sicht: die Samplegröße sollte berücksichtigt werden und die Interventionen

sollten in der Anwendungslänge und dem Anwendungszeitraum variieren.

100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Lt. Autor: Die Studie hat quantitative Ergebnisse geliefert, die darauf Bezug nimmt, dass Musiktherapie BPSD reduzieren kann.

Meine Sicht: Das Ergebnis.

4 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? ja

5 Punkte

Using research results

102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, Musiktherapie kann aktiv in die Pflegepraxis mit einbezogen werden.

103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

Direkte, da sie direkt und aktiv miteinbezogen werden können.

5 Punkte

Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study

© Sandra Schüssler 2015 basierend auf Burns & Grove 2011, Davis & Logan 2008, Crowe 2013, Mayer & Mitterer 2014, Provenzale & Stanley 2005; Velany Rodrigues 2013, Weiss Roberts et al. 2004

Kritische Bewertung für „Mixed Methods Studies“.

Beantworten sie jede Frage und begründen Sie Ihre Antworten. Für jeden Part (z.B. Title, Abstract, usw.) können sie 1-5 Punkte vergeben (5 Punkte =

sehr gut; 1 Punkt = nicht gut). Es können insgesamt 85 Punkte erreicht werden.

Title

- 1. Is the title as short as possible? Ja, um alle Punkte zu beinhalten ist der Titel so kurz als möglich.**
- 2. Is the title representative of the content of the study (not misleading)? Der Titel spiegelt genau weiter, was in der Studie untersucht wurde.**
- 3. Does the title include all relevant information (e.g. setting)? Das Setting ist nicht angegeben.**
- 4. Are the key variables at the beginning of the title? Ja, die Schlüsselvariablen stehen am Beginn.**

Points: 4

Abstract

- 1. Is the abstract complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice])? Aim und Forschungs/ Praxisempfehlungen fehlen.**
- 2. Are there discrepancies between the abstract and the text? Nein, es konnten keine Diskrepanzen gefunden werden.**
- 3. Can the abstract be understood without having to read the article? Ja, der Abstract ist verständlich geschrieben.**

Points: 3

Introduction

1. Is the introduction well-constructed (general à specific)? Ja, sie geht vom Generellen ins Spezifische.
2. Is the introduction complete? Ja, es wird eine generelle Übersicht beschrieben, die dann spezifisch wird, Literatur wird angeführt und die Effekte aufgezeigt.
3. Do the authors provide a rationale for performing the study (research problem)? Weil es kaum Literatur zu Alternativinterventionen bei Demenz gibt, die vorherrschende Behandlungsstrategie ist medikamentös. Die Untersuchung soll den Effekt von Musiktherapie auf neuropsychiatrische Symptome von Menschen mit Demenz zeigen.
4. Do the authors give definitions of the important keywords? Nein, es sind keine Definitionen angegeben.
5. Do the authors inform the reader about the research gap? Ja, es soll erklärt werden, wie Musiktherapie in die Pflegepraxis miteinbezogen werden kann.
6. Are the aim(s) and/or research question(s) clearly defined? Ja, die Ziele sind klar definiert.

Points: 4

Method section in general

1. Is the method section well-structured (e.g. headings, subheadings; everything in its right place and in the right order)? Ja, der Methodenteil ist sehr gut strukturiert und unterteilt.

Points: 5

Design

- 1. Which specific mixed methods design was used? Eine feasibility studie, als cluster controlled trail designt.**
- 2. Was the reason for using a mixed methods design described? Weil qualitative und qualtitative Daten erhoben werden sollten.**
- 3. Was the design clearly described in the manuscript (see article by Mayer & Mitterer [2014])? Ja, es wird genau beschrieben, welche Daten wie und wann erhoben wurden.**
- 4. Which specific design was used for the quantitative part of the mixed method study? Datensammlung über Basisdaten und demographische Daten.**
- 5. Which specific design was used for the qualitative part of the mixed method study? Interviews und observations sowie semi- structured interviews.**
- 6. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim? Ja, da eine größere Menge an Daten erhoben werden konnte.**

Points: 5

Sample

- 1. What was the sample size?**

Es wird kein Unterschied in qualitativer und quantitativer Erhebung beschrieben.

Samplesize: 74

Qualitative:

Quantitative:

- 2. Was the sample size appropriate?**

74 Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind eine angebrachte Samplegröße, um die Forschungsfrage zu beantworten, jedoch konnten nur 14 Datensätze vollständig ausgewertet werden, da nicht alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen bis zum Ende der Erhebung teilgenommen haben.

Qualitative:

Quantitative:

3. What were the inclusion and exclusion criteria of the sample?

Hier wird zwischen Menschen mit Demenz und deren Pflegepersonen unterschieden.

Einschlusskriterien:

Menschen mit Demenz:

Sie mussten in einer der Abteilungen leben, die in die Untersuchung mit eingebunden waren, die Diagnose Demenz haben, wenigstens 2 neuropsychiatrische Symptome zeigen, mindestens 40 Jahre alt sein und keine signifikanten gesundheitlichen Probleme aufweisen.

Pflegende:

Sie sollten als Pflegeperson in einer der untersuchten Abteilungen arbeiten, wenigstens 3 Monate Arbeitserfahrung haben und regelmäßig arbeiten.

Qualitative:

Quantitative:

4. Is the sample representative of a defined population? Ja, das Sample ist repräsentativ, es sind mehrere unterschiedliche Stationen mit eingeschlossen worden. (2 Pflegeheime)

Qualitative:

Quantitative:

5. What was the sampling method? Die Methode ist nicht genau beschrieben, es ist nur aufgeführt dass sie ausgewählt wurden.

Qualitative:

Quantitative:

6. Was the sampling method appropriate? Keine Angaben.

Qualitative:

Quantitative:

7. How were the participants recruited? Die teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden nach den Einschlusskriterien ausgewählt.

Qualitative:

Quantitative:

8. What was the response rate? Keine Angaben.

Qualitative:

Quantitative:

9. Was data saturation reached? Keine Angaben.

Qualitative:

Quantitative:

Points: 2

Setting

1. What was the setting for data collection? 2 Pflegeheime, hiervon verschiedene, unabhängige Stationen.

Qualitative:

Quantitative:

**2. Was the setting appropriate for answering the research questions (aim)?
Ja, da manche Stationen als Kontrollgruppe herangezogen wurden und auf die Autonomie dieser Wert gelegt wurde.**

Qualitative:

Quantitative:

Points: 5

Ethical principles

1. Was the approval by an ethical commission obtained? Keine Angaben.

Qualitative:

Quantitative:

- Was informed consent obtained (written, oral)? If no, would it have been possible? Die Befragten wurden vor jeder Sitzung um Zustimmung gebeten.

Qualitative:

Quantitative:

Points: 3

Data collection 14

1. Which variables respectively concepts were collected with which instrument(s)? Die Interviews wurden mit NPI- NH durchgeführt, die Messzeitpunkte beliefen sich auf 4 Mal. Auch beobachtungen wurden durchgeführt.

Qualitative:

Quantitative:

2. Were the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced? Keine Angaben.

Qualitative:

Quantitative:

3. Was the data collection method trustworthy? Ja, die Methode kann als vertrauenswürdig bezeichnet werden.

Qualitative:

Quantitative:

4. Were the data collection methods described in detail or referenced? Das Prozedere und der Ablauf sind in einem eigenen Unterpunkt beschrieben.

Qualitative:

Quantitative:

5. Were the data collection methods appropriate for the research design? Ja, die Methode war angebracht, es wurde sehr genau auf die Teilnehmer und Teilnehmerinnen eingegangen, und viel Zeit aufgewandt. Auch wurden Videokameras installiert und die Interviews bzw. Das Verhalten während der Therapie aufgezeichnet.

Qualitative:

Quantitative:

6. Did the data collection methods bias the results? Es ist keine Verzerrung beschrieben.

Qualitative:

Quantitative:

7. Was the procedure of data collection clearly described (time of data collection, setting, by whom, training of data collectors). Ja, dies wurde in einem eigenen Unterpunkt sehr genau beschrieben.

Qualitative:

Quantitative:

Points: 4

Analysis

1. Which analysis methods were used? Deskriptive Analysen sowie folgernde statistische Analysen wurden durchgeführt, wobei die wiederholte Analysen mittels ANOVA bewerkstelligt wurden. SPSS wurde bei jeder Auswertung hinzugezogen.

Qualitative:

Quantitative:

2. Was the data analysis method appropriate for the design? Die Samplegrösse war sehr klein, weswegen manche statistischen Erfordernisse nicht erfüllt werden konnten.

Qualitative:

Quantitative:

3. Was the significance level described? Nein, kein Signifikanzlevel wurde angegeben.

Qualitative:

Quantitative:

Points: 4

Results

1. Is the result section well-structured (e.g. headings, subheadings, paragraphs)? Ja, dieser Punkt ist sehr übersichtlich gegliedert.

2. What are the main findings? Durch Musiktherapie wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ruhiger, ausgeglichener und sie selbst äußerten sich

positiv zu der Intervention. Die Pflegepersonen waren auch dafür, erklärten die Umsetzung in die Pflegepraxis für möglich und genossen die verbesserte Lebensqualität ihrer Bewohner und Bewohnerinnen.

3. Were the results presented objectively? Ja, die Objektivität ist gewahrt.

Points: 5

Figures/Tables

1. Is there an appropriate number of tables/figures? Es sind 6 Tabellen bei 19 Seiten Studie, dies ist durchaus angebracht.

2. Explain shortly what the tables/figures show you (e.g. table 1 shows the sample characteristics in numbers and percentages) Tabelle 1 zeigt die Eigenschaften zum ersten Erhebungszeitpunkt, Diagramm 1 zeigt den Teilnehmerfluss, Tabelle 2 beschreibt den Gruppendurchschnitt und die Prozente dessen, was die Musiktherapie im Vergleich zur Standardpflege verstärkt, Diagramm 2 beschreibt die Durchschnittswert der Demenzsymptome bei Musiktherapie und ohne diese, Diagramm 3 führt die Durchschnittswerte von Wohl fühlen bei Musiktherapie und Standardpflege an, Tabelle 3 macht die Veränderungen mit Musiktherapie im Vergleich zur Standardtherapie deutlich.

3. Are the tables/figures self-explanatory (I understand figures/tables without the text)? Ja, die Tabellen sind gut ausgewertet und leicht verständlich beschrieben.

4. Do the tables/figures and the text complement each other (not all the information in the figure/table should be repeated exactly in the text)? Ja, es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.

5. Is there consistency between values and/or details (e.g. names, abbreviations) in a table/figure and in the text? Ja, es wurden keine Inkonsistenzen gefunden.

6. Is the labeling of the tables/figures appropriate (Does it reflect the content of the respective table/figure)? Ja, die Beschreibungen sind adäquat.

7. Are the table/figure legends appropriate (if applicable)? Ja, die Legenden sind gut und korrekt beschrieben.

Points: 5

Discussion

1. Is the discussion well-structured? Der Diskussionsteil ist gut strukturiert, beginnt mit den Findings und zeigt auch Limitationen.

2. Is the discussion complete, i.e. does it include all the elements which should be included in a discussion section (e.g. limitations, comparison of results from previous studies, ...). Limitationen ist ein eigener Unterpunkt, Auch auf andere Studien wird Bezug genommen. Show 1 or 2 examples for every element! Limitationen: kleine Settinggröße, Probleme mit der Randomisierung.

Vergleichende Studien: dass die Implementierung von psychosozialen Interventionen (PI) in der Pflegepraxis und die tägliche Pflege nur durch gut motivierte und geschulte Mitarbeiter gewährleistet werden kann.

3. Did the authors answer the original questions/aims? Ja, das Ziel wird beschrieben.

4. Are the results consistent with previous research or not (If not, were the inconsistencies explained)? Ja, die Ergebnisse decken sich mit der vorhandenen Literatur.

5. Does the interpretation of results make sense (theoretically and clinically)? Ja, die Beschreibung ist klar und sinnvoll.

6. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Beide: Die Samplegröße, Probleme mit der Randomisierung, dass es keine Garantie gibt, dass die Mitarbeiter nicht trotz der Aufforderung trotzdem Informationen auf die anderen Stationen getragen haben und dass die punktuelle Erhebung nicht garantieren kann, dass das Wohlbefinden der Teilnehmer und Teilnehmerinnen die ganzen 7 Monate gewährleistet war.

7. What are the major strengths of the study (from the authors' point of view and from your point of view)? Keine Angaben.

Points: 4

Conclusion

1. Are the authors' conclusions justified by the results? Ja, die Zusammenfassung basiert auf den Studienresultaten.

2. Does the author give recommendations for nursing practice? Es wird beschrieben, dass es durchaus möglich wäre, Musiktherapie in die Pflegepraxis miteinzubeziehen und dies helfen kann, neuropsychiatrische Symptome zu reduzieren. So wird die Implementierung empfohlen.

3. Does the author give recommendations for further nursing research? Ja, weitere Forschung sollte sich möglichst um ähnliche ökologische Validität bemühen, wobei weitere wissenschaftliche Untersuchung bei Musiktherapie gefordert wird. Dies soll den klinischen Nutzen klar aufzeigen.

Points: 5

References

1. Does the reference list contain errors? Nein, der Stil ist durchgehend und es wurden keine Fehler gefunden.
2. Is there a consistent reference style? Ja, siehe oben.
3. Is the used literature current (5-10 years)? Einige Quellen sind durchaus älter als 10 Jahre.
4. Do you think there are too many or too few references? Es sind 77 Quellen angeführt, so viel ist nicht notwendig.
5. Was international literature used (not mainly national literature)? Sofern ersichtlich ja.

Points: 5

Other aspects

1. Is the number of co-authors appropriate? 3 Co- Autoren sind angebracht.
2. Does the manuscript include information about the contribution of each author? Ja, in einem eigenen Absatz.
3. Is there information about funding? Nein, keine Informationen angegeben.
4. Is there information about a possible conflict of interest? Es besteht kein Interessenkonflikt.

Points: 4

Using research results

1. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion) Ja, da Musiktherapie ein einfach umzusetzendes Konzept ist.

2. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones? Direkt, da sie direkt auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz abzielen.

Points: 5

Erreichte Punkte (85 können erreicht werden): 72!!!!!!

Title

Abstract

Introduction

Methods General

Design

Sample

Setting

Ethic

Data collection

Analysis

Results

Figures/Tables

Discussion

Conclusion

References

Other thinks

Text presentation

Using results

Summe erreichte Punkte:

Summe in % (Anzahl der erreichten Punkte ÷ 85 x 100):

Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: A single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting) Nein, Population und Setting fehlt.
- Does the title reflect the content of the whole text? Er schafft einen groben Überblick, könnte aber genauer beschreiben worum es geht, wenn die fehlenden Punkte miteinbezogen würden.

3 Punkte

Abstract

56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Background, Methoden/Design, Discussion sind beschrieben, Resultate und Keywords fehlen
57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, der Abstract steht für sich und ist gut verständlich.
58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Nein, es konnten keine gefunden werden.

3 Punkte

Introduction

59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Die Einleitung beginnt mit einem groben Überblick der dann spezifisch wird, das Design wird kurz angegeben, es wird Bezug auf die Evidenz von CST genommen, der Unterschied zwischen Realitätsorientierung und CST wird erklärt, die Rolle des MMSE beschrieben und die Notwendigkeit einer Langzeitanwendung sowie die Kosten aufgezeigt.
60. What is the research problem? Es soll essentielle Evidenz erhoben werden um die Rolle von Langzeit- CST alleine und in Kombination mit Cholinesterase- Inhibitoren und die Kosten zu beschreiben.
61. Does the introduction contain a recent review of the literature? Ja, es wurden 12. Studien aufgezeigt.
62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? Ja, beinahe alle Studien sind jünger als 10 Jahre.
63. Are there definitions mentioned? Ja, alle Abkürzungen sind definiert.
64. What are the central concepts? Die CST und die Cholinesterase-Inhibitor- Therapie wird beschrieben sowie deren Anwendungszeitraum und die Kosten aufgezeigt.

65. What is the research gap? Eine Langzeitanwendung von CST und die Kosteneffektivität soll aufgezeigt werden.

66. What is the purpose of the study and/or the research questions? Einen RCT zu CST und Cholinesterase- Inhibitoren und eine Literaturzusammenfassung zu machen und die Kosten zu beschreiben.

4 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Teilnehmer, Randomisierung, Blinding, Intervention, Rekrutierung und das Training der Moderatoren, gewöhnliche Pflege, Risiko und erwartete Vorteile für die Teilnehmer, Zustimmung, Outcome Anayksen, ökonomische Evaluierung.

68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, es wird genau beschrieben, wie der RCT angelegt war und er wäre replizierbar.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Der Vergleich von RCT CST Gruppen für Demenz gegen betreute CST Gruppen.

70. What is the research design? Eine single- blind, multizentrische randomisierte controlled- trail studie.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, ein single- blind, multi- centre randomisierter control Trail ist angebracht.

4 Punkte

Sample

72. What is the sample? 50% der Teilnehmer sind aus der Gemeinschaft, die andere Hälfte aus Pflegeheimen.
73. What are the procedures for choosing the sample? Potentielle Zentren wurden auf Kriterien geprüft und dann eingeschlossen oder exkludiert.
74. Where are the participants recruited? In Tageszentren, Pflegeheime oder über die Gesundheitsbetreuer (Health Teams).
75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Nein, die Resultate werden durch das Sample bestätigt.
76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Teilnehmer befinden sich im leichten bis mittelschweren Stadium der Demenz und sind somit gut geeignet.

4 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Ja, von der British Psychological Society.
78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Ja, informed consent wurde, sofern von den Teilnehmern ermöglicht und auch Angehörige wurden hinzugezogen.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? Tageszentren, Pflegeheime oder die Gesundheitsbetreuer (Health Teams) werden als Setting genannt.
80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, das Setting deckt eine breite Masse ab und nimmt

Bezug auf mehrere verschiedene Einrichtungen was ein breiteres Spektrum an Ergebnissen ermöglichen kann.

5 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Es wurde zu erst LOCF (last observation carried forward) angewandt, weiters dann, aus Kostengründen, auf CSRI (Client Service Receipt Inventory) übergegangen.
82. Is the data collection method trustworthy? Konnte aus dem Text nicht erkannt werden.
83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, da die untersuchte Gruppe vulnerabel ist ist eine qualitative Datensammlungsmethode angebracht, auch, dass auf die Kosten Rücksicht genommen wurde ist nachvollziehbar.
84. Does the data collection method bias the results? Nein, es ist keine Verzerrung beschrieben.
85. How are the data recorded? Es wurde beobachtet und Notizen gemacht.

3 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? LOCF (last observation carried forward), Beobachtung, multi- level modelling, clustern der randomisierten Gruppen, ICER, ADAS- Cog, QOL-AD etc.
87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Ja, es wird im Punkt Author's contributions beschrieben.

88. Is data saturation reached? Ja, Datensättigung konnte erreicht werden.

89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, es wurde auf verschiedene Gesichtspunkte eingegangen und ist somit eine gute Analysemethode.

5 Punkte

Results

90. What are the main findings? CST steigert die Lebensqualität, ,fördert die Kommunikation und steigert die Aufmerksamkeit.

91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Nein, die Unterüberschriften geben keine eindeutigen Hinweise darauf, dass hier Resultate beschrieben werden.

92. Are the tables and figures easy to understand? Die Tabellen sind sehr groß (A4) und dadurch gut und übersichtlich gestaltet.

93. Do the results answer the research questions (purpose)? Der Vergleich wird nicht direkt beschrieben, es wird eher auf die Analysen und Evaluationen eingegangen.

3 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Es sind die Ergebnisse zusammengefasst, Erklärungen dazu werden abgegeben, Empfehlungen für zukünftige Guidelines und Forschung werden aufgezeigt.

95. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, Literatur ist aufgezeigt.

96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Resultate spiegeln die Conclusion wieder.

97. Does author give implications for nursing practice? Ja, inwiefern CST und Antidementiva in der Praxis zusammenspielen können.

98. Does author give implications for further nursing research? Es werden Empfehlungen für Guidelines gegeben.

99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Lt. Autor: keine Angaben

Eigene Meinung: zu kurzer Erhebungszeitraum, bessere Beschreibung der Bedeutung für die Pflegepraxis.

100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Lt. Autor: keine Angaben

Eigene Meinung: die Internationalität, die sehr genaue und ausführliche Analyse, alle Demenztypen wurden mit einbezogen.

3 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Ja, Vancouver- Style wurde gewählt.

5 Punkte

Using research results

102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
Ja, CST wäre in der Praxis umsetzbar und durch die Vergleiche, die

internationalität der Studie und die genaue Analyse könnte es gut umgesetzt werden.

103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?
Direkt, wenn es von den PP auch aktiv angewandt wird.

5 Punkte

Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic Review

Checklist: Systematik Reviews

1. Wie wird die Relevanz dieses Systematischen Reviews herausgearbeitet? Nicht medikamentöse Interventionen sollen Medikamente zur Behandlung von BPSD ablösen oder diese gravierend reduzieren, da diese Medikamente unvorhersehbare Nebenwirkungen haben und die Prognose der an Demenz erkrankten Menschen deutlich verschlechtert. Der Stellenwert von Alternativinterventionen soll höher rücken. Das Ziel dieser Review war daher, die vorherrschenden, nicht- pharmakologischen Interventionen zu eruieren und zusammenzufassen.
2. Was ist die Lücke in der bisherigen Literatur? Eine aktuelle Untersuchung (Nicht älter als 10 Jahre; Veröffentlichungszeitraum 2015) zu den Vorteilen von alternativen Interventionen bei BPSD im Vergleich zu medikamentöser Behandlung.
3. Was ist die Forschungsfrage und ist diese explizit und klar? Welche nicht- medikamentösen Interventionen bei BPSD gibt es und welche Vorteile zeigen diese im Vergleich mit medikamentösen Therapien?;

- Die Forschungsfrage war nicht explizit angeführt, ging aber aus dem Text hervor.
4. Was ist das Design dieser Studie? Es wurde eine systematische Review durchgeführt.
 5. Mit welchen Suchbegriffen wurde die Literatursuche durchgeführt und sind diese angemessen? Die Suchwörter waren: non-pharmacological interventions, behavioral symptoms, psychological symptoms und Demenz. Die Suchbegriffe waren angemessen.
 6. Wo wurde nach Literatur gesucht und ist das ausreichend? Es wurden die Datenbanken Medline und Embase verwendet, es hätten mehr Datenbanken durchsucht werden können.
 7. Wurde die Suche auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt? Die Studien mussten aus dem Zeitraum 2005- 2015 sein.
 8. Wann fand die Suche statt? Keine Angaben
 9. Was sind die Ein- und Ausschlusskriterien für gefundene Studien und sind diese angemessen für die Forschungsfrage? Einschlusskriterien: Die Studien mussten auf englisch, spanisch oder portugiesisch verfasst sein, das Studiendesign musste gut beschrieben sein. Ausschlusskriterien: zu kleine Samplegrösse. Es hätten mehr Ausschlusskriterien angegeben worden sein.
 10. Ist der gesamte Vorgang in der Literatursuche (Suchbegriffe, Jahr, Datenbank, etc.) nachvollziehbar? Keine Angaben.
 11. Wie viele Studien wurden ursprünglich gefunden? 33
 12. Wie viele Duplikate wurden ausgeschlossen? Keine Angaben
 13. Wie viele Volltexte wurden gelesen? 20
 14. Wie viele Studien wurden inkludiert und welches Design haben die inkludierten Studien? 20; single- blind, double- blind, case- control and prospective Studien.

15. Wurde die Auswahl der Studien von 2 ReviewerInnen durchgeführt?
Keine Angaben
16. Wurden die Qualität der gefundenen Studien kritisch bewertet und womit wurde das gemacht? Keine Angaben
17. Wurde die kritische Bewertung der Qualität der Studien durch 2 ReviewerInnen durchgeführt? Keine Angaben
18. Wie wurden die Daten aus den Studien extrahiert und war dies angemessen? Keine Angaben
19. Welche Informationen wurden aus den inkludierten Studien herausgefiltert? Alternativinterventionen sind ein Nebeneffektarmer Weg, Menschen mit BPSD zu behandeln, 10 von 20 Studien beschrieben den positiven Effekt auf Agitation. Agitation wiederum vermindert die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In der Praxis ist eine Behandlung von BPSD durch Pharmatherapie noch immer vorherrschen. Auch sind Alternativinterventionen auf lange Zeit gesehen als kosten- effektiver beschrieben.
20. Wie wurden die Daten aus den Studien zusammengefasst und war dies angemessen? Jede untersuchte Intervention wurde genau beschrieben, dies wurde sehr gut gemacht.
21. Wurde eine Metaanalyse durchgeführt? Keine Angaben
22. Wie ist die methodologische Qualität der inkludierten Studien?
Keine Angaben
23. Welche Interventionen wurden in den inkludierten Studien untersucht? Aktivitätenbezogene Interventionen, Musiktherapie, Aromatherapie, Lichttherapie, Berührungstherapie, Kombination verschiedener Aktivitäten, kognitive Rehabilitation.
24. Wie wurde das Outcome in den inkludierten Studien gemessen?
Keine Angaben

25. Inwieweit kamen die AutorInnen zum Schluss, dass nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Behandlung von PatientInnen mit BPSD nützlich sind? Diese sind bedeutend ärmer an negativen Auswirkungen, auf Dauer weniger kostenintensiv und oft leichter umzusetzen/ von den Menschen angenommen.
26. Was sind die Stärken und Schwächen der Studie? Keine Angaben
27. Welche Empfehlungen für Forschung und Praxis haben die AutorInnen gemacht und leiten sich diese aus den Ergebnissen ab? Keine Angaben
28. Hat dieser Systematische Review einen Nutzen für die Pflegepraxis? Ja, sie gibt einen guten Überblick über die Möglichkeiten, Menschen mit Demenz, hier vor Allem BPSD, zu therapieren, ohne Medikamente anwenden zu müssen. Die meisten dieser Alternativinterventionen zeigen auch einen deutlich besseren Zuspruch der zu Behandelnden, was in der Pflegepraxis durchaus von Wert ist.

Service users' involvement in the development of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) for dementia: a qualitative study

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Das Setting fehlt.
- Does the title reflect the content of the whole text? Der Titel gibt den Text wieder, man bekommt ein Gefühl dafür, worum es in der Studie geht.

4 Punkte

Abstract

- 56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Alle Punkte, Background, Methods, Results, Conclusion, Trail registration un Keywords sind vorhanden.**
- 57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, ist sehr übersichtlich gestaltet.**
- 58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Es konnten keine Differenzen gefunden werden.**

5 Punkte

Introduction

- 59 What parts can be read out of the introduction? What is missing? Es wird ein allgemeiner Überblick gegeben, der sich dann spezifiziert, die Intervention wird erklärt, die Studie wird beschrieben.**
- 60. What is the research problem? Es soll beschrieben werden inwiefern Pflegepersonen an der iCST (individual Cognitive Stimulation Therapy) mitwirken können und diese sich auf Menschen mit Demenz auswirkt.**
- 61. Does the introduction contain a recent review of the literature? Es wurden 11 Studien hinzugezogen.**
- 62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? Ausser 2 Studien sind alle jünger als 10 Jahre.**
- 63. Are there definitions mentioned? Ja, alle verwendeten Abkürzungen und Fachtermini sind beschrieben.**

64. What are the central concepts? Um CTS für an Demenz erkrankte Menschen zu entwickeln und zu evaluieren.
65. What is the research gap? Es gibt noch keine Evidenz und Evaluation von iCTS für Menschen mit Demenz.
66. What is the purpose of the study and/or the research questions? iCTS für an Demenz erkrankte Menschen zu entwickeln und zu evaluieren, mentale Stimulation in ein Interventionsprogramm einzubringen und ein Manual, eine Arbeitsgrundlage zu schaffen.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Design, Sample, Procedure, Ethical considerations und Analyses sind angeführt.
68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, es wurden semi- strukturierte Interviews und Fokusgruppen ausgesucht um qualitative Forschung durchführen zu können. an Demenz erkrankte Menschen und Pflegepersonen wurden miteinbezogen, aber separat konsultiert, um Objektivität zu gewähren. Ein Diskussionsleitfaden wurde zuvor entwickelt, vor allem um eine Grundlage bei der Durchführung der Inerventionen zu haben.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt um die Machbarkeit des iCTS Programmes zu überprüfen.

70. What is the research design? Es wurden semi- strukturierte Interviews durchgeführt, wobei die Teilnehmer in Fokusgruppen eingeteilt wurden.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, das Design ist sehr gut gewählt da individuell auf die Partizipanten eingegangen werden konnte und die Interventionen gleich ausprobiert wurden. Auch die Objektivität wurde gewahrt.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 28 Menschen mit Demenz und 24 Pflegepersonen wurden ausgewählt, der Mini- mental score und die Kommunikationsfähigkeit der Befragten wurden mit einbezogen.

73. What are the procedures for choosing the sample? Das Forscherteam forcierte die Zusammenarbeit mit voluntary sector organizations, memory services und einem Tageszentrum in Nordost London und einer local authority organization.

74. Where are the participants recruited? Die Organisationen stellten den Kontakt zu den potentiellen Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Studie her, das Forschungsteam kontaktierte in Folge jene, die zuvor ausgesucht wurden.

75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Nein, es wurde keine Verzerrung beschrieben.

76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, das Sample ist adäquat, es wurden 2 Gruppen untersucht.

5 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Das Multi- centre Research Ethics Committee wurde zu Rate gezogen.

78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Eine schriftliche Einverständniserklärung wurde am ersten Erhebungstag eingeholt, Weiters wurden alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen laufend darüber informiert, dass sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme beenden können. Ebenso wurde jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin um Erlaubnis von Tonaufnahmen gefragt.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? Als Setting werden voluntary sector organizations, memory services und einem Tageszentrum in Nordost London genannt.

80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, verschiedene Settings ermöglichen eine Größere und umfassendere Stichprobe.

5 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Es wurden semi- strukturierte Interviews geführt, welche auch auf Tonband aufgenommen wurden, auch die Interventionen wurden direkt angewendet.

82. Is the data collection method trustworthy? Ja, die Methode ist vertrauenswürdig da individuell auf die Partizipanten und Partizipantinnen eingegangen werden konnte und bei Unklarheiten nachgefragt wurde.

83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, die Methode ist angebracht.

84. Does the data collection method bias the results? Nein, es sind keine Verzerrungen beschrieben.

85. How are the data recorded? Die interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet sowie ergänzend handschriftliche Notizen gemacht.

5 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Die transkriptierten Interviews wurden mit den Feldnotizen ergänzt und folgend unabhängig von 2 Forschern nach Kategorien ausgewertet und in eine Kalkulationstabelle übertragen. Es wurde keine spezielle Software verwendet.

87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Die Forscher wurden nicht namentlich erwähnt, ihre Rollen jedoch beschrieben.

88. Is data saturation reached? Hierzu wurde keine Angabe gemacht.

89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Methode ist sehr individuell und geht gut auf die Gruppe der Befragten ein, ausserdem konnte bei Unklarheiten nachgefragt werden. +

4 Punkte

Results

90. What are the main findings? Menschen mit Demenz betont die Wichtigkeit der mentalen Stimulation und deren Auswirkung auf das Wohlbefinden, Pflegende erkannten Vorteile für diese Patienten und Patientinnen. Beide Gruppen, an Demenz Erkrankte und Pflegepersonen schlugen Quizzes zur mentalen Stimulation vor.

Auch kann Isolation entgegengewirkt werden. Menschen mit Demenz äusserten aber Bedenken, wer das Programm mit ihnen durchführen würde, wenn sie alleine leben.

- 91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Ja, die Resultate sind sehr gut und verständlich strukturiert und beschrieben.**
- 92. Are the tables and figures easy to understand? Ja, die Tabellen sind gut beschrieben und nicht überladen.**
- 93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, die Forschungsfragen werden durch die Resultate beantwortet.**

5 Punkte

Discussion

- 94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Das Ziel der Studie, Aktivitäten zur mentalen Stimulation, dsa zur Verfügung stellen eines Programmes zur Mentalstimulation zu Hause, die Zeitressourcen, die Bürde der Pflegenden, Familiendynamik, Basis der Fähigkeiten, Struktur der Sitzungen, Stärken und Schwächen der Methode und die Entwicklung von iCST im Kontext mit vorhandenen Forschungsergebnissen werden beschrieben.**
- 95. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, in einem eigenen Unterpunkt werden die Ergebnisse verglichen.**
- 96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Schlussfolgerung wird durch die Resultate bestätigt.**
- 97. Does author give implications for nursing practice? Nein, Pflegepraxisrelevante Empfehlungen werden nicht beschrieben.**

98. Does author give implications for further nursing research? Es wird eine Feldtestung des Programmes im Rahmen eines großen RCT empfohlen.

99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Forscher: Dass das Setting, in dem die Testung statt gefunden hat, keine Ähnlichkeit zur beabsichtigten Intervention hatte, dass es manchmal schwer fiel, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen auf das Thema fokussiert zu halten, und die Erfahrung mit dem Thema.

Eigene Meinung: Der Fokus war manchmal schwer zu halten, viele Punkte wurden von vielen Befragten bekräftigt.

100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Forscher: Die Fokusgruppen wurden ergänzend gewählt, so konnten Daten von Pflegenden und Betreuten gewonnen werden, eine Kombination verschiedener qualitativer Methoden konnte eine akkurate und reliablere Antwort zu den Forschungsfragen erhalten werden.

Eigene Meinung: Die Fokusgruppen wurden ergänzend gewählt, so konnten Daten von Pflegenden und Betreuten gewonnen werden, eine Kombination verschiedener qualitativer Methoden konnte eine akkurate und reliablere Antwort zu den Forschungsfragen erhalten werden.

5 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Nein, es wurden keine Unstimmigkeiten gefunden.

5 Punkte

Using research results

102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

Ja, ein iCTS Programm kann in die Pflegepraxis eingeführt werden.

103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones? Die

Vorteile sind direkt weil eine aktive Teilnahme an dem Programm die Lebensqualität beider befragten Gruppen steigern kann.

5 Punkte

68 Punkte

Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long- term care facilities

61

Qualitative studies

Title

- Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Ja, alle Informationen sind vorhanden.
- Does the title reflect the content of the whole text? Ja, der Titel spiegelt den Text gut wieder.

5 Punkte

Abstract

56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Background, Methods, Results, Conclusion und Keywords sind angegeben.

57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, der Abstract ist gut verständlich und bedarf keines Volltextlesens.

58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.

5 Punkte

Introduction

59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins spezifische, Lichttherapie wird beschrieben, Der Vergleich zu anderer Literatur ist angegeben, die Effekte werden erläutert, Vorschläge zur Implementierung abgegeben und die aktuelle Studie beschrieben.

60. What is the research problem? Der Effekt von Lichttherapie auf an Demenz erkrankte Menschen soll beschrieben werden.

61. Does the introduction contain a recent review of the literature? Es wurde viel Literatur untersucht (22 Studien).

62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? 14 Studien sind älter als 10 Jahre.

63. Are there definitions mentioned? Ja, Definitionen sind vorhanden.

64. What are the central concepts? Es soll beschrieben werden, ob Licht, hier meist weisses Licht, zu unterschiedlichen Tageszeiten, einen Einfluss auf das Verhalten von Menschen mit Demenz hat. Hier sind Agitation, der Schlafrythmus und die Aktivität vordergründig gelistet. Auch unterschiedliche Lichtquellen wurden untersucht.

65. What is the research gap? Die Aktualität der Literatur.

66. What is the purpose of the study and/or the research questions? Zu untersuchen, ob rhythmische Stimulation bei moderaten Lichtlevels einen Effekt hat und zu welcher Uhrzeit Lichttherapie den besten Effekt erbracht hat.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Sample und Setting, Lichtintervention, Zielparameter, Beleuchtung, Schlafanalysen und standardisierte Fragebögen.

68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, die Vorgehensweise ist beschrieben.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Die Auswirkungen von Lichttherapie auf Menschen mit Demenz erforschen und welche Lichtanwendung am effektivsten ist.

70. What is the research design? Es wurden 4 standardisierte Fragebögen ausgegeben.

71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, dieses design ist angebracht.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? 14 Partizipanten und Partizipaninnen.

73. What are the procedures for choosing the sample? Der Mental Status Score war ausschlaggebend.

74. Where are the participants recruited? Die Rekrutierung fand in Langzeitpflegeeinrichtungen in Albany,USA statt.

75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Es sind keine Verzögerungen beschrieben.

76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Sie Samplegröße ist etwas gering.

4 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Ja, durch das Institutional Review Board at Rensselaer Polytechnic Institute, Troy, NY.

78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible? Ja, die Angehörigen wurden gebeten, informed consent in Bezug auf die Declaration of Helsinki zu geben.

5 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? Langzeitpflegeeinrichtungen in Albany, NY, USA.

80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, zu diesem Thema sind solche Einrichtungen gut geeignet.

5 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Keine Angaben.
82. Is the data collection method trustworthy? Keine Angaben.
83. Is the data collection method appropriate for the research design? Keine Angaben.
84. Does the data collection method bias the results? Keine Angaben.
85. How are the data recorded? Die Fragebögen wurden und dann beantwortet.

1 Punkt

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Keine Angaben.
87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? Ja, es wurde hierzu ein eigener Absatz gestaltet.
88. Is data saturation reached? Das Signifikanzlevel ist mit $p < 0.05$ beschrieben.
89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Keine Angaben.

2 Punkte

Results

90. What are the main findings? Lichttherapie am Tag wurde als weitaus wirkungsvoller beschrieben als jene bei Nacht. Unterschiede zwischen IS (interdaily stability) und IV (interdaily variability) konnten kaum gefunden werden.

91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Ja, es sind viele Unterüberschriften und Tabellen zum Verständnis eingefügt.
92. Are the tables and figures easy to understand? Ja, die Diagramme und Tabellen sind übersichtlich und verständlich gestaltet.
93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, die Forschungsfrage wird beantwortet.

5 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Die Ergebnisse werden kritisch bewertet und der Fragebogen erklärt. Die Beleuchtung wird beschrieben und die Lichtlevels erklärt und diskutiert. Dann wird bezug auf die aktuelle Studie genommen.
95. Does the author compare his main findings with results from literature? Ja, die Ergebnisse werden mit schon vorhandener Literatur verglichen.
96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Bewertung ist sehr kritisch.
97. Does author give implications for nursing practice? Ja, Lichttherapie kann positive Effekte auf Orientierung, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen haben.
98. Does author give implications for further nursing research? Ob es geschlechterspezifische Unterschiede gibt und inwiefern sich diese auf Depression auswirken.
99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Eine grössere Samplegröße und einen längeren Erhebungszeitraum.

100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Die positiven Auswirkungen konnten nachgewiesen werden.

4 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Nein, der Vancouver- Style ist konsistent.

5 Punkte

Using research results

**102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
Ja, Lichttherapie ist leicht zu implementieren und kann positive Auswirkungen auf Aufmerksamkeit, Orientierung und Erinnerungsvermögen haben.**

**103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?
Direkt, da sie direkt am Patienten angewandt werden und auch direkte Ergebnisse zeigen.**

5 Punkte

The Impact of Different Dog- related Stimuli on Engagement of Persons With Dementia

Qualitative studies

Title

- **Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods. setting) Nein, das Design der Studie und das Setting sind nicht beschrieben.**
- **Does the title reflect the content of the whole text? Ja, es geht im Allgemeinen um die Stimulation von Menschen mit Demenz durch Hunde.**

3 Punkte

Abstract

- 56. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing? Es sind Objective, Methods, Results, Conclusions und die Keywords angegeben.**
- 57. Can the abstract be understood without reading the whole text? Ja, der Abstract ist prägnant und verständlich beschrieben.**
- 58. Are there inconsistencies between abstract and the text? Es konnten keine Unstimmigkeiten gefunden werden.**

5 Punkte

Introduction

- 59. What parts can be read out of the introduction? What is missing? Eine allgemeine Beschreibung der Auswirkungen von Demenz, die Wirkungen, die Hunde auf diese Menschen haben, was die bisherige Literatur zu diesem Thema schreibt, es wurde auf Alternativen eingegangen- hier werden Roboterhunde erwähnt, es wird auch erwähnt, dass andere Tiere, hier Katzen, einen Effekt haben, die aktuelle Studie wird beschrieben, das Setting ist angegeben, sowie welche Hunde- bezogenen Stimuli angewandt wurden.**

60. What is the research problem? Der Einfluss von Hunden auf das Verhalten von Menschen mit Demenz.
61. Does the introduction contain a recent review of the literature? Es wurden 13 Studien für die Einleitung verwendet.
62. Is the used literature up-to-date (5-10 years)? Die meisten Studien der Einleitung sind älter als 10 Jahre.
63. Are there definitions mentioned? Ja, Definitionen sind vorhanden.
64. What are the central concepts? Die kognitive Funktion von Menschen mit Demenz im Bezug auf Hunde- basierte Stimulation zu untersuchen und welche dieser hierfür am besten geeignet ist.
65. What is the research gap? Die Aktualität evidenzbasierter Forschungsergebnisse.
66. What is the purpose of the study and/or the research questions? Eine Möglichkeit zu finden, Hunde- assistierte Therapie in den Alltag von an Demenz erkrankten Menschen einzubinden und damit ihre Lebensqualität zu steigern.

5 Punkte

Methods

67. What parts can be read out of the method section? What is missing? Es gibt Subheadings zu: Participants und Assessments, letztere sind in Subsubheadings unterteilt: Background assessment, Observational Measurement of Engagement, Interrater reliability, Procedure, Engagement Stimuli, Systematic observations of engagement und Analytic approach, es fehlt nichts.
68. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study? Ja, die Assessment- Tools und Measurements sowie das Procedure sind genau beschrieben.

5 Punkte

Design

69. What is the research approach? Der Ansatz war, den Stimulus zu erforschen, den Hunde auf Menschen mit Demenz ausüben.
70. What is the research design? Die Forschung ist qualitativ, es wurde ein engagement Trail gemacht, im Rahmen dessen wurden Beobachtungen gemacht und mittels einer 5- Punkte Skala bewertet.
71. Is the design appropriate for the research questions (purpose)? Ja, Beobachtung ist hier angebracht, da die Auswirkungen untersucht werden sollen.

5 Punkte

Sample

72. What is the sample? Es wurden 56 Bewohner aus 2 Pflegeheimen in Maryland beobachtet.
73. What are the procedures for choosing the sample? Hintergrunddaten wurden durch einen Forschungsassistenten unter Berücksichtigung der Patientenakten ausgewertet, und nach Limitationskriterien ausgewählt.
74. Where are the participants recruited? In 2 Pflegeheimen in Maryland.
75. Does the procedures for choosing the sample bias the results? Nein, es wurden keine Verzerrungen beschrieben.
76. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)? Ein Sample von 56 Teilnehmern und Teilnehmerinnen ist angebracht für diese Forschung.

5 Punkte

Ethical considerations

77. Is there an approval of the ethical commission? Keine Angaben.
78. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?
Ja, informed consent wurde von den inkludierten Teilnehmern und teilnehmerinnen und/ oder deren Angehörigen eingeholt.

3 Punkte

Setting

79. What was the setting for data collection? 2 Pflegeheime in Maryland wurden hinzugezogen.
80. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)? Es hätten mehrere verschiedene Pflegeheime untersucht werden können.

4 Punkte

Data collection

81. What is the data collection method? Daten wurden anhand der Patientenakten vorausgewählt und die inkludierten Menschen mit Demenz wurden mittels Beobachtung und eines Bewertungssystemes untersucht.
82. Is the data collection method trustworthy? Ja, diese Methode ist vertrauenswürdig da sie sehr individuell ist.
83. Is the data collection method appropriate for the research design? Ja, Befragung und Beobachtung ist angebracht.
84. Does the data collection method bias the results? Nein, es wurde keine Verzerrung beschrieben.

85. How are the data recorded? Mittels direkter Beobachtung wurden die Daten auf einem Tablet mittels einer speziellen Software in Form einer 5 Punkte Skala aufgezeichnet.

5 Punkte

Data analysis

86. What methods are used to analyze the data? Abhängige Messvariablen waren Dauer und Verhalten. Wenn ein Teilnehmer, eine Teilnehmerin einen Stimulus verweigerte, wurde dies als 0 verzeichnet und in der Analyse als negativ verzeichnet.

87. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process? keine Angaben.

88. Is data saturation reached? Ja, Datensättigung wurde erreicht.

89. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)? Ja, die Methode ist für den Zweck gut geeignet.

4 Punkte

Results

90. What are the main findings? Dass echte Hunde am ehesten den Stimulus hervorrufen, aber auch videos von Hundewelpen einen guten ZUspuck verzeihen können. Menschen mit Demenz verändern sich in ihrem Verhalten in Anwesenheit von Hunden. Hier wurden kleine bis mittelgroße Hunde am besten angenommen. Auch sprachen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit den Hunden, selbst wenn diese im Alltag vorwiegend schwiegen.

91. Are the results organized in a way that is easy to understand? Ja, der Resultate- Teil ist gut verständlich und angenehm gegliedert.

92. Are the tables and figures easy to understand? Ja, sie hätten nur etwas größer gestaltet worden sein.
93. Do the results answer the research questions (purpose)? Ja, das Verhalten von Menschen mit Demenz unter Hunde- basierten Stimuli wurde gut beschrieben.

5 Punkte

Discussion

94. What parts can be read out of the discussion? What is missing? Die Studienergebnisse wurden beschrieben, die Haltung dieser an Demenz erkrankten Menschen gegenüber Hunden aufgezeigt, die positiven Effekte aufgezeigt. Es konnte nicht erforscht werden, ob Größe und Rasse wirklich einen Unterschied machten, wobei mehr Zuspruch auf die kleineren Hunde, alle von der selben Rasse, beobachtet wurde. Auch die Vorteile der Forschung sind aufgelistet.
95. Does the author compare his main findings with results from literature? Nein, hier wurde ausschließlich auf die aktuellen Studienergebnisse Bezug genommen.
96. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study? Ja, die Schlussfolgerungen nehmen direkten Bezug auf die Forschungsergebnisse.
97. Does author give implications for nursing practice? Allgemein sind die Auswirkungen positiv, jedoch sollte auf Allergien und Angst Rücksicht genommen werden und das Verhalten der Hunde mittels eines anwesenden Hundetrainers kontrolliert werden. Auch könnte man Welpenvideos oder Roboterhunde in Betracht ziehen.
98. Does author give implications for further nursing research? Weitere Forschung sollte eine größeres Sample umfassen.

99. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Die Grösse des Samples.

100. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)? Dass die Hundetrainer zustimmten, die Besuche in den Pflegeheimen kostenlos abzuhalten.

4 Punkte

Reference list

101. Is there a consistent reference style? Nein, der Vancouver- Stil ist durchgehend.

5 Punkte

Using research results

**102. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)
Ja, sie zeigt, dass Tierassistierte Therapie einen positiven Effekt auf Menschen mit Demenz hat.**

**103. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?
Diese sind direkt, da die Auswirkungen direkt auf die Menschen mit Demenz einwirken.**

5 Punkte