

Bachelorarbeit

Pflegerische Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten bei Menschen mit Demenz in Bezug auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

eingereicht von

Katrin Moser

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science in Nursing (BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Univ.-Ass. Doris Eglseer, BBSoc. MSc.

Graz, am 8.3.2018

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.“

Graz, am 8.3.2018

Moser Katrin, e.h.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
TABELLENVERZEICHNIS	5
ZUSAMMENFASSUNG	6
ABSTRACT	7
EINLEITUNG	8
1.2 DEMENZIELLE ERKRANKUNGEN	9
1.2.1 <i>Definition von Demenz</i>	9
1.2.2.1 Alzheimer-Demenz	11
1.2.2.2 Vaskuläre Demenz	11
1.2.3 <i>Ursachen und Risikofaktoren</i>	12
1.2.4 <i>Prävalenz</i>	13
1.2.5 <i>Folgen der Demenz</i>	13
1.3 PFLEGE DEMENZIELL ERKRANKTER	14
1.4 MANGELERNÄHRUNG UND DEHYDRATION ALS FOLGEN VON DEMENZ	15
1.5 RELEVANZ FÜR DIE PFLEGE	17
1.6 ZIEL UND FRAGESTELLUNG	18
METHODE	19
2.1 DESIGN	19
2.2 SUCHSTRATEGIE	19
2.3 LIMITATIONEN UND EINSCHLUSSKRITERIEN	20
2.4 AUSWAHL UND QUALITÄT DER STUDIEN	20
2.5 BEWERTUNG DER EINGESCHLOSSENEN STUDIEN	21
ERGEBNISSE	22
3.1 HERAUSFORDERUNGEN BEI DER NAHRUNGS- UND FLÜSSIGKEITS-AUFNAHME	22
3.2 UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN BEI DER NAHRUNGS- UND FLÜSSIGKEITS-AUFNAHME	26
3.2.1 <i>Lob und Ermutigung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme</i>	26
3.2.2 <i>Adaption der räumlichen Umgebung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme</i>	27
3.2.3 <i>Präsentation der Speisen und Getränke</i>	27
3.2.4 <i>Orale Nahrungsergänzungsmittel und Trinknahrungen</i>	28
3.2.5 <i>Anlage einer PEG-Sonde</i>	29
3.2.6 <i>Individuelle Ernährungspläne für Menschen mit Demenz</i>	30

3.2.7	<i>Unterstützungsmöglichkeiten zur verbesserten Flüssigkeitszufuhr</i>	31
3.2.8	<i>Multikomponente Interventionen</i>	32
3.2.9	<i>Schulung und Information für professionell Pflegende</i>	33
3.2.10	<i>Schulung und Information für pflegende Angehörige</i>	34
DISKUSSION	40
4.1	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	40
4.1.1	<i>Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme</i>	40
4.1.2	<i>Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme</i>	41
4.2	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN	42
SCHLUSSFOLGERUNG	43
5.1	FORSCHUNGSEMPFEHLUNG	44
5.2	PRAXISEMPFEHLUNG.....	45
LITERATURVERZEICHNIS	46
ANHANG	51

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: FLUSSDIAGRAMM ZUM ABLAUF DER LITERATURRECHERCHE

21

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: STUDIENCHARAKTERISTIKA DER EINBEZOGENEN STUDIEN

35

Zusammenfassung

Hintergrund: Laut aktuellen Schätzungen leben in Österreich derzeit 115.000 bis 130.000 Menschen mit Demenz. Die Versorgung der Betroffenen stellt eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft dar. Hunger und Durst sind elementare menschliche Bedürfnisse. Betroffene erkennen jedoch diese häufig nicht mehr und leiden somit an einem erhöhten Risiko für Mangelernährung und Dehydration. Folgen können ein reduzierter Allgemeinzustand bis hin zur Lebensgefahr sein.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, pflegerische Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz aufzuzeigen.

Methode: Es wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche fand in den medizinischen Datenbanken PubMed und Cinahl mit den Schlüsselwörtern „caregiver“, „dementia“, „nutrition“, „malnutrition“, „dehydration“, „nursing“, „support“ und „intervention“ statt. Die identifizierten Studien wurden mit Hilfe eines standardisierten Bewertungsbogens bezüglich ihrer Qualität bewertet. Im Anschluss fand eine narrative Datenanalyse statt.

Ergebnisse: In der vorliegenden Literaturübersicht sind elf Studien inkludiert. Diese Studien zeigen Appetitlosigkeit, veränderte Ernährungsgewohnheiten sowie fortschreitenden Verlust der kognitiven Fähigkeiten als die häufigsten Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz. Als wichtigste Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende zeigen sich eine entspannte Atmosphäre und Rituale bei den Mahlzeiten sowie das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse der Betroffenen. Zusätzliche Trinknahrung und Schulungen für Pflegende helfen, einen adäquaten Ernährungszustand der Betroffenen zu gewährleisten. Lediglich bei der Anlage einer PEG-Sonde bei moderater bis schwerer Demenz zur Sicherung des Ernährungs- und Flüssigkeitszustands zeigen Studien Diskrepanzen auf.

Schlussfolgerung: Durch Anpassung der Umweltfaktoren zu den Mahlzeiten, Schulung von Pflegenden sowie durch Verabreichung von oralen Nahrungsergänzungsmitteln kann der Ernährungs- und Flüssigkeitszustand von demenziell erkrankten Personen aufrechterhalten oder verbessert werden. Zukünftige Forschung sollte das Setting Akutbereich/Krankenhaus noch weiter beforschen, da es derzeit nur wenig Literatur dazu gibt.

Schlüsselwörter: dementia, malnutrition, caregiver, nutrition, dehydration, nursing, support, intervention

Abstract

Background: According to current estimates, 115,000 to 130,000 people in Austria currently live with dementia. Providing care for those affected is a major challenge for our society. Hunger and thirst are basic human needs. However, those affected are often no longer able to recognise them and thus suffer from an increased risk of malnutrition and dehydration. The consequences can range from a reduced general condition to the danger of death.

Objective: The aim of this work is to identify nursing challenges and support options for people with dementia regarding to food and fluid intake.

Method: A literature review was conducted. The literature search took place in the medical databases PubMed and Cinahl with the keywords "caregiver", "dementia", "nutrition", "malnutrition", "dehydration", "nursing", "support" and "intervention". The quality of the identified studies was assessed using a standardized evaluation form. Subsequently, a narrative data analysis took place.

Results: This literature review includes 11 studies. These studies show that loss of appetite, changing dietary habits, and progressive loss of cognitive abilities are the most common challenges to food and fluid intake in people with dementia. The most important support options for caregivers are a relaxed atmosphere and rituals during meals, as well as responding to the individual needs of the patients. Additional training courses for caregivers help to ensure an adequate nutritional condition for the affected persons. Studies show discrepancies only in the application of a PEG tube for moderate to severe dementia to ensure the nutritional and fluid state.

Conclusion: The nutritional and fluid state of people with dementia can be improved by adaptation of environmental factors to meals, training of nurses, and administration of oral nutritional supplements. Future research should be further explored in the setting acute area/hospital, as there is currently little literature on this subject.

Keywords: dementia, malnutrition, caregiver, nutrition, dehydration, nursing, support, intervention

1 Einleitung

Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung ist die Gewährleistung von Pflege und Betreuung älterer Menschen ein präsentenes Thema. Die Alterspyramide in Österreich hat sich in den vergangenen Jahrzehnten drastisch verändert und es stehen immer mehr ältere Menschen einer jüngeren Bevölkerung gegenüber. Aktuell leben in Europa mehr ältere Menschen als Jüngere (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Die demografische Alterung bringt einen Anstieg an chronischen Erkrankungen mit sich. Vor allem die Häufigkeit dementieller Erkrankungen nimmt zu. Weltweit leiden über 46 Millionen Menschen an demenziellen Erkrankungen – dies ist zirka das Sechsfache der österreichischen Bevölkerung. Es wird geschätzt, dass es bis zum Jahr 2050 zu einem Anstieg auf zirka 131,5 Millionen Menschen mit Demenz kommen wird. In Österreich leben laut derzeitigen Schätzungen 130.000 Personen mit Demenz (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Bis dato gilt Demenz als unheilbar (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014). Demenz ist für alle beteiligten Akteure (Betroffene, Krankenhäuser, etc.) eine große Herausforderung. Neben einer erhöhten Pflegeabhängigkeit und einer verkürzten Lebenserwartung für die Betroffenen stellt Demenz auch eine finanzielle Herausforderung dar. Die derzeitigen Gesamtkosten für Pflege von Menschen mit Demenz belaufen sich weltweit etwa auf 818 Milliarden US-Dollar. In einigen Teilen der Welt zeigt sich bereits ein vermehrtes Bewusstsein für Demenz, jedoch ist es in einer überwiegenden Anzahl von Ländern immer noch so, dass die Diagnose Demenz mit Stigmatisierung und Isolation einhergeht. Ungefähr 94% der Erkrankten werden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zuhause betreut (Prince et al., 2015).

Gerade für demenziell erkrankte Menschen ist es aufgrund des stetigen Orientierungsverlustes von großer Wichtigkeit, trotz steigenden Pflegebedarfs in ihrer bekannten Umgebung bleiben zu können (Hörl; Kolland; Majce, 2009).

Angehörige zeigen eine hohe Bereitschaft dafür, Pflegearbeit zu leisten (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014). Expertinnen und Experten gehen jedoch davon aus, dass in den nächsten Jahren immer weniger Angehörige für eine informelle Pflege zuhause zur Verfügung stehen werden. Einer der Gründe dafür ist, dass die Menschen immer später in Pension gehen werden und länger im Arbeits- und Berufsleben stehen werden. Den Beruf mit der informellen Pflege zu vereinbaren wird somit noch schwieriger. Ob und wie lange demenziell erkrankte Menschen zuhause gepflegt werden können, hängt von vielen Faktoren ab: unter anderem von zeitlichen, finanziellen und persönlichen Ressourcen der Pflegenden (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Alltägliche Tätigkeiten wie Essen, Trinken, sich Anziehen oder der Gang auf die Toilette sind von Erkrankten nur mehr schwer oder gar nicht mehr alleine zu schaffen. Ein Gewichtsverlust bei den Betroffenen kann schon im frühen Stadium einer Demenz beziehungsweise bereits vor der Diagnose eintreten (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Die zunehmende Desorientierung und Verhaltensänderung äußert sich bei den Betroffenen auch oftmals in Aggression, was für pflegende Angehörige, aber auch für professionell Pflegende eine Herausforderung ist. Nach wie vor ist die Pflege von Menschen mit Demenz sowohl einzigartig als auch gleichermaßen herausfordernd (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

1.2 Demenzielle Erkrankungen

1.2.1 Definition von Demenz

Der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Definition der Demenz nach ICD-10 zugrunde gelegt.

„Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen,

Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.“ (vgl. WHO, 2008)

1.2.2 Arten von Demenz

Der Begriff Demenz ist ein Überbegriff für eine große Anzahl an Erkrankungen. Derzeit findet man zirka 50 Krankheiten, die zu einer Demenzerkrankung führen können (u.a. Morbus Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose, Gehirntumore, Morbus Alzheimer, etc.). Demnach gibt es unterschiedliche Arten der Demenz, die in Ursache und Prävalenz große Abweichungen zeigen (Gleichweit & Rossa, 2009).

Alle Arten der Demenz werden in primäre und sekundäre Demenzen eingeteilt, wobei eine primäre Demenz durch eine Schädigung des Gehirns ausgelöst wird, bei einer sekundären Demenz die Ursache jedoch nicht zwangsweise primär im Gehirn liegt (u.a. Stoffwechselerkrankungen, Medikamente, Alkohol, etc.) (Maurer, Ihl, & Frölich, 2013). Primäre Demenzen, wie beispielsweise die Alzheimer-Demenz und die vaskuläre Demenz, sind die häufigsten Arten der Demenz und machen 90% aller Demenzerkrankungen aus (Kurz et al., 2016).

Des Weiteren lassen sich die Demenzen auch in degenerative (fortschreitende) und nicht degenerative (nicht fortschreitende) Demenzen einteilen. Hier hängt es davon ab, ob der Demenz eine einmalige Schädigung des Gehirns zugrunde liegt oder ob der kognitive Abbau kontinuierlich stattfindet (Gleichweit & Rossa, 2009).

In den nachfolgenden Kapiteln werden die häufigsten Arten der Demenz näher erläutert:

1.2.2.1 Alzheimer-Demenz

Der Begriff der Alzheimer-Demenz stammt von dem deutschen Psychiater und Neuropathologen Alois Alzheimer, der 1906 als Erster das Krankheitsbild der Demenz beschrieb (Pearce, 2000). Laut ICD-10 wird die Alzheimer Demenz als eine „primär degenerative, zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie“ bezeichnet (vgl. WHO, 2008). Epidemiologisch sowie klinisch ist die Alzheimer-Demenz die häufigste Art von demenziellen Erkrankungen, welche letztendlich zum Tod führt. Personen, die an Alzheimer-Demenz erkrankt sind, sterben nicht an der Krankheit per se, sondern an deren Folgen, die unter anderem Schluckstörungen, Inaktivität und die verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sind (Gleichweit & Rossa, 2009).

1.2.2.2 Vaskuläre Demenz

Unter dem Begriff der vaskulären Demenz wird eine Demenz verstanden, die als Folge einer vaskulär bedingten Störung des Gehirns auftritt (Deuschl G, Maier W et al., 2016). Die vaskuläre Demenz zeichnet sich durch ihren plötzlichen Beginn, unter anderem in Zusammenhang mit einem oder mehreren Hirninfarkten, aus. Durch Unterbrechung des Blutflusses im Gehirn kommt es zu einer Minderdurchblutung und dem folgend zum Absterben ganzer Regionen im Gehirn (Gleichweit, Rossa, 2009). Zwischenzeitlich kommt es bei der vaskulären Demenz zu einer Stabilisation des Zustands, welche aber nur phasenweise auftritt. Sobald ein erneuter Hirninfarkt auftritt, erfahren Betroffene wiederum eine deutliche Verschlechterung des Zustandes. Menschen, die von einer vaskulären Demenz betroffen sind, haben eine geringere Lebenserwartung als Menschen mit Alzheimer-Demenz. Die geringere Lebenserwartung resultiert aus den möglichen vaskulären Komplikationen bei einer derartigen Demenz (Gleichweit & Rossa, 2009).

1.2.3 Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen für eine Demenzerkrankung sind bis dato noch nicht vollständig geklärt und es werden lediglich diverse Risikofaktoren diskutiert. Als Risikofaktoren werden alle krankheitsfördernden, risikostärkenden und entwicklungsvermindernden Einflüsse angesehen (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014). Bezüglich der Risikofaktoren für eine Demenzerkrankung sind beeinflussbare und nicht-beeinflussbare Risikofaktoren zu unterscheiden (Jessen et al., 2009).

Die Gruppe der vaskulären und kardiovaskulären Erkrankungen (z.B. Hypertonie, Adipositas, Diabetes mellitus) werden als Risikofaktor für eine spätere Demenzerkrankung betrachtet, wogegen Rauchen als unabhängiger Risikofaktor erkannt wurde (Kivipelto et al., 2008; Alonso et al., 2009). Als weiterer Risikofaktor für eine Demenzerkrankung werden bestimmte familiäre, genetische Voraussetzungen angesehen, wie zum Beispiel solche, die mit der Einstellung und Regulierung der Blutfettwerte zu tun haben. Genetische Voraussetzungen sind jedoch keine alleinigen Auslöser, sondern nur Risikofaktoren (Sütterlin; Hoßmann; Klingholz; 2011). Als soziodemografische Risikofaktoren gelten eine geringe Ausbildung sowie wenig intellektuelle, herausfordernde Aktivitäten. Es wird geschätzt, dass sich weltweit sogar jede fünfte Alzheimer-Demenz-Erkrankung auf diesen Risikofaktor zurückführen lässt (Norton et al., 2014).

Zur allgemeinen Reduktion des Risikos für Demenz werden eine ausgewogene Ernährung, regelmäßige körperliche Aktivität, sowie ein angeregtes geistiges und soziales Leben empfohlen (Jessen et al., 2009).

1.2.4 Prävalenz

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch an Demenz erkrankt, steigt mit zunehmendem Alter. (Kurz et al., 2016).

Im Jahre 2000 wurden in Österreich 23.600 Neuerkrankungen von Demenz verzeichnet. Dies soll sich laut Prognosen bis zum Jahr 2050 auf rund 65.500 steigern. Das bedeutet, dass sich die Relation von demenziell erkrankten Menschen zu erwerbsfähigen Menschen bis zum Jahr 2050 auf eins zu 17 verringern wird, wogegen es im Jahr 2000 noch eins zu 60 waren (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Die Gefahr an Demenz zu erkranken ist bei Frauen häufiger als bei Männern, da sie eine höhere Lebenserwartung haben. Rund 70% der an irgendeiner Form von Demenz erkrankten Menschen sind Frauen (Sütterlin, Hoßmann, Klingholz, 2011).

1.2.5 Folgen der Demenz

Eine Demenzerkrankung hat nicht nur für die/den Betroffene/n weitreichende Folgen. Neben möglichen pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden sind auch Bund und Länder in finanzielle Folgen involviert (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Der erste österreichische Demenzbericht, der 2009 von den Krankenversicherungen erstellt wurde, schätzt die Kosten für eine demenziell erkrankte Person auf € 12.000,- pro Jahr, sofern diese zuhause betreut wird. In stationärer Pflege wurden die Kosten auf € 35.000,- pro demenziell Erkrankten angesetzt. Durchschnittlich wurde so ein Kostenaufwand von € 16.930,- pro demenziell Erkrankten pro Jahr, von Gesundheitsökonomern errechnet (Gleichweit, Rossa, 2009).

Direkte Aufwände der Institutionen können für demenziell Erkrankte leicht beziffert werden. Es ist jedoch weitgehend schwieriger, die Aufwände, die in der informellen Pflege sowie in ehrenamtlicher Arbeit entstehen, festzuhalten (Sütterlin; Hoßmann; Klingholz; 2011).

Neben den ökonomischen Folgen der Demenz sind auch die Folgen für die Angehörigen einer an Demenz erkrankten Person nicht zu unterschätzen. Nach der Erstdiagnose der Demenz werden Betroffene häufig von den nächsten Angehörigen im Tagesablauf unterstützt (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Da die Demenzerkrankung jedoch laufend fortschreitet und eine fortgeschrittene Demenzerkrankung ein hohes Maß an Betreuung und Pflege mit sich bringt, können pflegende Angehörige ihrer beruflichen Tätigkeit sowie ihren sozialen Vorlieben immer weniger bis gar nicht mehr nachgehen (Sütterlin et al., 2011). Dies bedeutet einen großen Stressfaktor für die pflegenden Angehörigen und kann, bei länger andauernder Pflegesituation, zu einem Burn-Out oder zu einer Depression der pflegenden Angehörigen führen (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014). Laut dem ersten österreichischen Demenzbericht verlieren pflegende Angehörige von Betroffenen mit fortschreitender Demenz gleichermaßen fortschreitend die Lebensqualität, welche bis zum Ende der Pflege durch die Angehörigen hin ganz verloren geht (Gleichweit, Rossa, 2009).

Ob zwischen professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen ein Unterschied bezüglich der gesundheitlichen Folgen besteht, ist nicht vollständig klar, da nur sehr wenige Studien dies untersuchen (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

1.3 Pflege demenziell Erkrankter

Rund 80% der Menschen mit Demenz werden in Österreich zuhause gepflegt, wobei die Pflege zu 80% von den weiblichen Angehörigen oder Ehepartnern übernommen wird (Dorner et al., 2011). Laut der österreichischen medizinischen Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter wenden pflegende Angehörige in ihrer Rolle in der informellen Pflege rund 69-100 Stunden wöchentlich für die betroffenen Menschen mit Demenz auf (Dorner et al., 2011).

Daten aus dem österreichischen Demenzbericht zeigen, dass nur 15% der Betroffenen in Pflegeinstitutionen leben. Viele an Demenz Erkrankte wünschen sich bis zum Ende in ihrer vertrauten Umgebung sein zu können (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Neben der Betreuung von Menschen mit Demenz durch pflegende Angehörige zuhause oder durch professionell Pflegende in Pflege- und Altenheimen gibt es nur wenige andere Betreuungseinrichtungen, die ein leistungsgerechtes Angebot für Menschen mit Demenz bieten (Gleichweit, Rossa, 2009).

1.4 Mangelernährung und Dehydration als Folgen von Demenz

Ältere Menschen mit Demenz weisen eine höhere Pflegeabhängigkeit auf als ältere Menschen ohne demenzielle Erkrankung. Die Fähigkeit selbstständig zu essen und zu trinken ist häufig eingeschränkt, was das Risiko für eine Mangelernährung erhöht. Daten einer österreichischen Querschnittstudie zeigen, dass 27.9% der PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz an einer Mangelernährung leiden. Im Gegensatz dazu sind es bei PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz nur 18.4% (Schüssler; Lohrmann; Dassen; 2015). Laut Österreichischem Demenzbericht 2014 tritt bei Menschen mit einer Alzheimer-Demenz-Erkrankung viermal häufiger ein ungewollter Gewichtsverlust auf, als bei Menschen im gleichen Alter ohne Demenzerkrankung (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014).

Bei einer bestehenden Erkrankung wie Demenz steigt der Energiebedarf, da diese Krankheit mit Unruhe und ständigem Bewegungsdrang einhergehen kann (Tekal-Teutscher et al., 2015). Des Weiteren vergessen Betroffene häufig zu essen und zu trinken, spielen mit Teilen des Essens oder haben Probleme beim Schließen des Mundes (Meyer et al., 2015). Diese Faktoren können wiederum häufig zu Problemen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr führen. Das bedeutet, dass betroffene Menschen mit Demenz Nahrungsmittel mit einer großen Nährstoffdichte zu sich nehmen müssen, um den vom Körper benötigten Nährstoffbedarf abzudecken (Meyer et al., 2015)

Schluckstörungen gelten als eine der häufigsten Ursachen für Mangelernährung und/oder Dehydration bei Menschen mit Demenz (Easterling & Robbins, 2008). Bei älteren Menschen und vor allem bei Menschen mit Demenz können die Folgen von Schluckstörungen weitreichend sein: Mangelernährung, Gewichtsverlust und Aspirationspneumonie. Obwohl es nur wenige Studien über die Inzidenz und Prävalenz von Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz gibt, wird geschätzt, dass 45% der institutionalisierten Menschen mit Demenz an Schluckstörungen leiden. (Easterling & Robbins, 2008).

Die Folgen einer Mangelernährung und/oder einer Dehydration bei Menschen mit Demenz sind ebenso vielfältig wie schwerwiegend: körperliche Schwäche, ein erhöhtes Dekubitusrisiko sowie ein erhöhtes Infektionsrisiko. Weiters baut ein mangelernährter und/oder dehydrierter Mensch mit Demenzerkrankung schneller an kognitiver Funktionalität ab, als ein nicht mangelernährter und/oder dehydrierter Mensch mit Demenzerkrankung (Volkert et al., 2017).

Eine weitere Folge einer Mangelernährung und/oder einer Dehydration bei Menschen mit Demenz ist die erhöhte Sturzgefahr, da die körperliche Funktionalität nicht mehr gegeben ist (Jansen et al., 2015). Weitere potenzielle Folgen einer Dehydrierung sind Obstipation, Medikamententoxizität, Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektionen und längere Wundheilungszeiten (Ullrich & McCutcheon; 2008).

Obwohl das Risiko für Mangelernährung bei Menschen mit Demenz sehr hoch ist, ist das Bewusstsein bei den beteiligten Akteuren dafür teilweise noch sehr gering (Volkert et al., 2015).

Daher ist es von großer Bedeutung, den Ernährungszustand von demenziell erkrankten Menschen regelmäßig zu kontrollieren (Volkert et al., 2015). Als erstes Mittel der Wahl können regelmäßige Gewichtskontrollen durchgeführt werden. Diese sollten immer zur gleichen Uhrzeit und unter denselben Umständen (Bekleidung, vor/nach einer Mahlzeit) durchgeführt werden. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit eines Mangelernährungs-Screenings, um das aktuelle Risiko für eine Mangelernährung bei einem Menschen mit Demenz festzustellen (Volkert et al., 2015). Es gibt verschiedene Instrumente, um ein Mangelernährungs-Screening durchzuführen.

Jedes Screening Tool beleuchtet unterschiedliche Aspekte des Ernährungszustandes der Betroffenen und beinhaltet Fragen zu BMI, Appetit sowie Gewichtsverlust. Von den bisher bekannten Mangelernährungsscreening Tools wurde allerdings keines speziell für Menschen mit Demenz entwickelt (Volkert et al., 2015)

Ein weit verbreitetes, anerkanntes Screening Tool ist das „Mini Nutritional Assessment – Short Form“ – im Weiteren als „MNA-SF“ bezeichnet. Das MNA-SF ist nach wie vor eines der wenigen validierten Screening Tools für ältere Menschen und gilt derzeit als „Goldstandard“. (Volkert et al., 2015).

Das Mangelernährungsscreening sollte regelmäßig von den, den Menschen mit Demenz betreuenden Personen (Hausarzt, Hauskrankenpflege, pflegende Angehörige, etc.), durchgeführt und aktualisiert werden (Volkert et al., 2015). Das Ausmaß und die Abstände der Wiederholung der Screenings sind noch nicht genau definiert. Eine ESPEN Guidelines on nutrition on dementia empfiehlt, ein derartiges Screening alle drei bis sechs Monate durchzuführen. Zusätzlich sollte ein Screening auf Mangelernährung durchgeführt werden, wenn sich Gewichtsverlust, eine Veränderung bezüglich des Allgemeinbefindens und vor allem bezüglich der Essgewohnheiten und –fähigkeiten ergeben (Volkert et al., 2015).

1.5 Relevanz für die Pflege

Gewichtsverlust, Mangelernährung und Dehydration sind häufig auftretende Folge- und Begleiterscheinungen einer Demenzerkrankung (Jansen et al., 2015). Gewichtsabnahmen stehen in Zusammenhang mit Morbidität und Mortalität und verschlechtern auch die Prognose für andere chronische Krankheiten (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014). Des Weiteren ist eine mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme Grund für eine schneller fortschreitende Verschlechterung der kognitiven und funktionellen Symptome. Professionell Pflegende sowie auch pflegende Angehörige wissen nicht immer ausreichend darüber Bescheid, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sehr wichtige Komponenten der Pfllegetätigkeit darstellen (Guerchet, et al. 2014).

Professionell Pflegende sowie pflegende Angehörige stoßen bei der Pflege von Menschen mit Demenz häufig an ihre Grenzen. Es ist wichtig, die pflegerischen Herausforderungen und die damit verbundenen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz aufzuzeigen.

Zwar gibt es bereits einige Studien, die Ursachen für einen ungewollten Gewichtsverlust und Möglichkeiten für eine Wiederherstellung eines adäquaten Nahrungs- und Flüssigkeitszustandes bei Menschen mit Demenz behandeln, jedoch nur wenige, die diesen Aspekt sowohl in der professionellen als auch in der informellen Pflege beleuchten.

1.6 Ziel und Fragestellung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die pflegerischen Herausforderungen in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei demenzerkrankten Menschen aufzuzeigen. In weiterer Folge werden pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten dargelegt, die von professionell Pflegenden und informell Pflegenden in Anspruch genommen werden können.

Fragestellungen:

- Mit welchen Herausforderungen sind Pflegende bei demenziell erkrankten Menschen in Bezug auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme konfrontiert?
- Welche pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es in Bezug auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei demenziell erkrankten Menschen?

2 Methode

2.1 Design

Zur Beantwortung der oben angeführten Forschungsfrage wurde ein Literaturreview (Literaturübersicht) durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine kritische Zusammenfassung von Forschungsergebnissen zu einem bestimmten Thema, um ein Forschungsproblem in den Kontext zu stellen (Polit & Beck 2012). Um eventuelle Forschungslücken aufzeigen zu können, besteht ein Literaturreview aus objektiv dargestellter, aktueller Literatur, die das derzeitige Wissen widerspiegelt (Polit & Beck 2017).

2.2 Suchstrategie

Der Prozess der Literaturrecherche fand im Zeitraum von November 2017 bis Januar 2018 statt. Für die Suche wurden die Datenbanken PubMed und Cinahl verwendet.

Als Schlüsselwörter wurden „caregiver“, „dementia“, „nutrition“, „malnutrition“, „dehydration“, „nursing“, „support“ und „intervention“ verwendet. Diese Schlüsselwörter wurden durch die Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Des Weiteren wurden, wenn vorhanden, die zugehörigen Medical Subject Headings/Terms (MeSH) verwendet.

Für die erste Forschungsfrage wurde die Suchstrategie in der Datenbank PubMed folgendermaßen gewählt: ((dementia) AND nutrition) AND caregiver AND ("last 5 years"[PDat])

Für die zweite Forschungsfrage wurde in der Datenbank PubMed folgende Suchstrategie verwendet: ((((((Dementia[MeSH Terms]) AND nutrition[Title/Abstract]) OR malnutrition[Title/Abstract]) OR dehydration[Title/Abstract]) AND nursing[Title/Abstract]) AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh]).

In der Datenbank Cinahl wurde die Suchstrategie folgendermaßen gewählt:
TI dementia AND TI nutrition OR TI malnutrition OR TI dehydration AND TI support
OR TI intervention AND MH nursing

2.3 Limitationen und Einschlusskriterien

In beiden Datenbanken wurden Limitationen gesetzt, um ausschließlich aktuelle Literatur einzuschließen und um die Ergebnisse eingrenzen zu können. Die Artikel mussten in deutscher oder englischer Sprache publiziert und zwischen 2012 und 2017 veröffentlicht worden sein. In die vorliegende Arbeit wurden Studien mit einbezogen, die alle Formen der Demenz behandeln. Des Weiteren wurden alle Studiendesigns miteinbezogen, wie zum Beispiel systematische und narrative Reviews, qualitative und quantitative Studien, Mixed-Methods-Studien und Leitlinien.

2.4 Auswahl und Qualität der Studien

Im Zuge der Literaturrecherche in den genannten Literaturdatenbanken ergaben sich 507 Ergebnisse. Von den 507 Ergebnissen wurden 27 Duplikate ausgeschlossen. Bei den restlichen 480 Studien wurde ein Titel Screening durchgeführt und dadurch konnten 416 Studien ausgeschlossen werden. Bei den verbleibenden 64 Studien wurde ein Abstract Screening durchgeführt, wobei 29 Studien inhaltlich für die vorliegende Übersichtsarbeit von Relevanz waren. Diese 29 Studien wurden einem Volltext Screening unterzogen, wobei wiederum 18 Studien, welche unvollständige Angaben zu Methodik und Stichprobe aufzeigten, ausgeschlossen wurden. Im Ergebnis konnten für die vorliegende Arbeit elf Studien für die Bewertung mit dem Bewertungsbogen von Hawker, et. al. herangezogen und inkludiert werden. Der Ablauf der Studienausswahl ist in Abbildung 1 dargestellt.

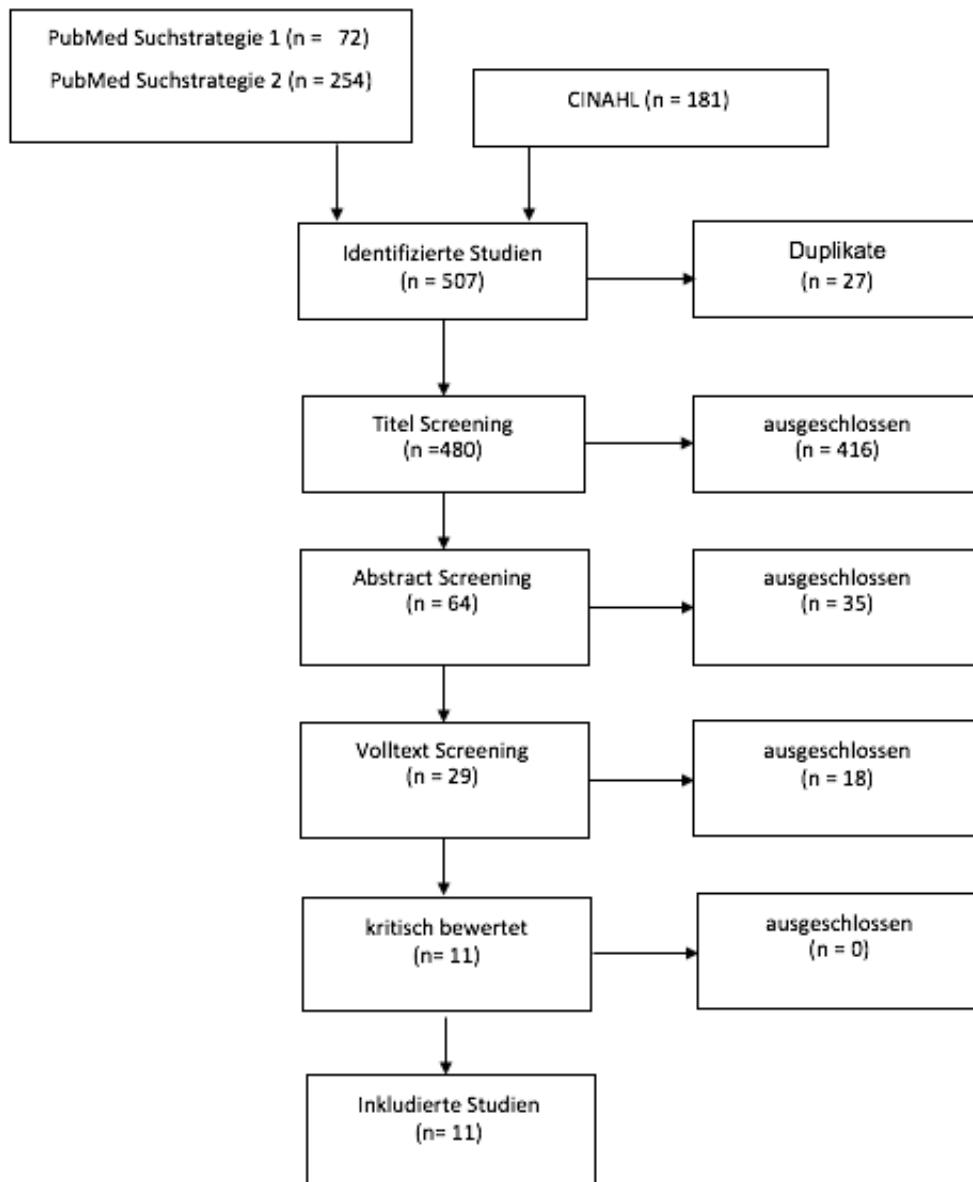


Abbildung 1: Flussdiagramm zum Ablauf der Literaturrecherche (angelehnt an Moher et al., 2011)

2.5 Bewertung der eingeschlossenen Studien

In die vorliegende Übersichtsarbeit wurden elf Studien miteinbezogen, die mittels eines standardisierten Bewertungsbogens von Hawker et al. kritisch beurteilt wurden. In das vorliegende Literaturreview wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die mindestens 80% der in dem Bewertungsbogen vorgegebenen Qualitätskriterien erfüllten.

3 Ergebnisse

Im vorliegenden Literaturreview konnten elf Publikationen inkludiert werden: eine retrospektive Kohortenstudie (Nunes et al., 2015), eine prospektive Kohortenstudie (Chen et al., 2015), vier qualitative Studien (Puranen et al., 2014; Ball, 2014; Nell, 2016; Murphy et al., 2017), eine randomisierte kontrollierte Studie (Suominen et al., 2015), ein systematisches Literaturreview (Liu et al., 2015), eine Fallstudie (Beales, 2017), eine quasi-experimentelle Interventionsstudie (Silva, et al., 2012) und eine Leitlinie (Volkert, 2017).

In Tabelle 1 ist eine Zusammenfassung der Studien bezüglich Design, Setting, Stichprobe, Intervention und Ergebnisse ersichtlich.

3.1 Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Drei der inkludierten Studien hatten zum Ziel, die pflegerischen Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz aufzuzeigen (Ball et al., 2014; Silva, Kergoat & Shatenstein, 2012; Murphy, Holmes & Brooks, 2017).

Ball et al. (2014) führten eine deskriptive, qualitative Studie durch. Es wurden die Erfahrungen von informell Pflegenden bei der Betreuung von Menschen mit Demenz mit besonderem Schwerpunkt auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme untersucht. Dazu wurde ein semi-strukturierter Fragebogen erstellt. Potenzielle TeilnehmerInnen waren englischsprachige männliche und weibliche Personen im Alter von ≥ 18 Jahren, die aktuell informell Pflegende einer Person mit Demenz waren. 14 Personen im Alter zwischen 25 und 85 Jahren wurden als informell Pflegende für 14 Personen mit Demenz im Alter zwischen 54 und 91 Jahren per Telefon befragt.

Als Ergebnis der Studie zeigte sich, dass sich für die informell Pflegenden eine Reihe an Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr aufgetan hatten. Die Herausforderungen wurden grob in physiologische, kognitive, emotionale, funktionelle und/oder verhaltensbedingte Herausforderungen unterteilt, wobei kognitive Herausforderungen am häufigsten waren. Diese kognitiven Herausforderungen beinhalteten Vergesslichkeit, Desorientierung und Verwirrtheit. Informell Pflegende berichteten auch häufig von physiologischen Herausforderungen wie Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit und veränderte Ernährungsgewohnheiten. Zu den emotionalen Barrieren gehörten vor allem soziale Isolation. Diese emotionalen Barrieren trugen oft zu Verhaltensherausforderungen wie Wut und Aggression oder zum Horten von Lebensmitteln und Besteck bei. Zu den funktionalen Herausforderungen gehörten Schwierigkeiten beim Umgang mit Besteck und das Nicht-Erkennen von Lebensmitteln.

Silva, Kergoat & Shatenstein (2012) führten eine quasi-experimentelle Prä- und Postinterventionsstudie zum Thema Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz durch. Es wurde ein semi-strukturierter Fragebogen entwickelt, der eine Reihe von Fragen zu Ernährungspraktiken, veränderten Ernährungsgewohnheiten und Schwierigkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei der Betreuung von Menschen mit Demenz aufwies. Die ProbandInnen waren im Alter von 70 Jahren oder älter, in einem frühen Stadium der Demenzerkrankung und in der Lage, eine Einwilligung zu erteilen. Die TeilnehmerInnen wurden in Dyaden (Zweiergruppen aus PatientInnen und Angehörigen) eingeteilt. Die Interventions- und Kontrollgruppe bestand aus 24 Interventions-Dyaden und 30 Kontroll-Dyaden. Über einen Zeitraum von sechs Monaten erhielt die Interventionsgruppe eine individuelle Ernährungsunterstützung, welche individuelle Ernährungspläne für jeden betroffenen Menschen mit Demenz sowie Hausbesuche und persönliche Gespräche in regelmäßigen Abständen beinhalteten. Beide Gruppen wurden regelmäßig über sechs Monate körperlich untersucht. Als Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass die häufigsten Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr Änderungen der Ernährungspräferenzen der Betroffenen (n=12; 50%) und eine Abnahme der Nahrungsaufnahme und des Appetits (n=11; 46% bzw. n=7) waren. Weitere spezifische Probleme im Zusammenhang mit der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr waren die Abnahme der Autonomie des zu pflegenden Verwandten (n=15; 63%) und

die Tatsache, dass Mahlzeiten häufig vergessen wurden (n=7; 29%) (Silva, Kergoat & Shatenstein, 2012).

Murphy, Holmes und Brooks (2017) führten eine qualitative Studie durch, um Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz zu untersuchen. Es wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden entwickelt, der neun Fragen zum Thema Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit Demenz beinhaltet. Fragen aus dem Fragebogen waren zum Beispiel:

- „Erzählen Sie mir von Ihren Erfahrungen mit der Versorgung von Bewohnern mit Speisen und Getränken.“
- „Was bereitet Ihnen Schwierigkeiten dabei, den BewohnerInnen Mahlzeiten und Getränke zur Verfügung zu stellen?“
- „Was passiert, wenn BewohnerInnen keine Mahlzeiten oder Getränke zu sich nehmen möchten?“

Die TeilnehmerInnen wurden gezielt aus Pflegeheimen und aus einer lokalen Datenbank von Pflegedienstleistern, die auf Pflege dementiell erkrankter Menschen spezialisiert sind, ausgewählt. Insgesamt wurden 27 Pflegeorganisationen in ländlichen und städtischen Gebieten identifiziert und das dort beschäftigte interdisziplinäre Team (PflegehelferInnen, Krankenpfleger und Krankenschwestern, Pflegedienstleitung, DiätologInnen, LogopädInnen), sowie informell Pflegende zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Neun Fokusgruppen und fünf semi-strukturierte Interviews wurden durchgeführt, wobei in jeder Fokusgruppe und bei jedem Interview zwei Forscher anwesend waren. Die 50 TeilnehmerInnen setzten sich folgendermaßen zusammen: Informell Pflegende (n = 8), LogopädInnen (n = 9), DiätassistentInnen (n = 3) und Pflegekräfte (n = 30) aus 20 Pflegeheimen. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen war weiblich. Als Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass mit fortschreitender Demenz das Erkennen von Geschirr, Nahrungsmitteln und Essumgebung abnimmt.

Die StudienteilnehmerInnen berichteten, dass es mit fortschreitender Demenz schwierig wurde, die betroffenen Menschen zum Essen zu bewegen. Sie berichteten ebenso, dass eine Reihe von Gesundheitszuständen wie Infektionen, Mobilitätsprobleme, Zahnprobleme oder schlechtsitzende Prothesen und die Nebenwirkungen von Medikamenten vom Pflegepersonal sorgfältig überwacht werden sollten. Die genaue Beobachtung und Überwachung dieser Faktoren sei besonders wichtig, da die Demenz fortschreitet und die Menschen möglicherweise nicht mehr in

der Lage sind, Schmerzen, Beschwerden oder Ängste beim Essen und Trinken zu kommunizieren (Murphy, Holmes & Brooks, 2017).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es eine Reihe an Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz gibt. Als häufigste Herausforderungen werden Appetitlosigkeit, veränderte Ernährungsgewohnheiten sowie der fortschreitende Verlust der kognitiven Fähigkeiten genannt (Ball et al., 2014; Silva, Kergoat & Shatenstein, 2012; Murphy, Holmes & Brooks, 2017).

3.2 Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Acht der elf inkludierten Publikationen hatten zum Ziel, pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz aufzuzeigen (Volkert et al., 2015; Puranen et al., 2014; Suominen et al., 2015; Nunes et al., 2015; Nell et al., 2016; Liu et al., 2015; Chen et al., 2015; Beales et al., 2017;)

3.2.1 Lob und Ermutigung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Liu et al. (2015) führten eine systematische Literaturrecherche durch, um die Effektivität von Interventionen zur Verbesserung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege zu evaluieren. Fünf Datenbanken, darunter Pubmed, Medline (OVID), EBM Reviews (OVID), Psych-INFO (OVID), Google Scholar und CINAHL (EBSCOHost), wurden zwischen Januar 1980 und Juni 2014 durchsucht. Es konnten elf Interventionsstudien eingeschlossen werden. Die elf Interventionsstudien (5 RCTs, 2 Controlled Clinical Trials, 2 unterbrochene Zeitreihen und 2 wiederholte Einzelmaßnahmen) umfassten insgesamt 530 ältere Erwachsene mit Demenz und 86 Pflegekräfte (diplomiertes Krankenpflegepersonal sowie PflegehelferInnen) aus 21 Langzeitpflegeeinrichtungen. In Bezug auf die Assistenz bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zeichneten Liu et al. die Besonderheit und Effektivität von Lob und Ermutigung seitens der Pflegenden für von Demenz betroffenen Menschen aus. Verbale Aufforderungen, Hinweise, Ermutigungen und angebrachtes Lob seitens der Pflegenden erwiesen sich als positiv während der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Bei Betroffenen, die noch selbstständig essen und trinken konnten, zeigte sich nach einiger Zeit, dass der Ernährungszustand besser wurde, da sie motiviert waren, weitere Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Der Evidenzgrad dieser Unterstützungsmöglichkeit ist sehr gering, da es noch keine Studien mit starken Designs zu diesem Thema gibt. Hierzu müssten noch weitere Forschungen angestellt werden (Liu et al., 2015).

3.2.2 Adaption der räumlichen Umgebung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Murphy et al. (2017) zeigten in ihrer qualitativen Studie die Möglichkeit einer „entspannten Atmosphäre“ für Menschen mit Demenz bei den jeweiligen Mahlzeiten auf. Demnach merkten informell Pflegende in den Interviews an, dass ein schön gedeckter Tisch, Servietten, das Licht und sogar die Ausrichtung des Tisches das Essverhalten des betroffenen Menschen mit Demenz beeinflussen können (Murphy et al., 2017). Auch die Teller und das Besteck können das Essverhalten beeinflussen. Es sollte, wenn möglich, die Betroffenen an ihre frühere, häusliche Umgebung erinnern. Kann dies nicht ermöglicht werden, sollten professionell Pflegende versuchen, auf die vorhin genannten Faktoren einer entspannten Atmosphäre bestmöglich einzugehen, um das Essverhalten der dementen Personen zu optimieren (Murphy et al., 2017).

3.2.3 Präsentation der Speisen und Getränke

In der qualitativen Studie von Nell et al., (2016) wurden die beeinflussenden Faktoren für einen optimalen Ernährungszustand bei Menschen mit Demenz untersucht, indem elf professionell Pflegende von zwei Pflegeheimen in Neuseeland in einem semi-strukturierten Interview befragt wurden. Für von Demenz betroffene Menschen, die in Pflegeheimen untergebracht sind, scheint die Art und Weise, wie eine Mahlzeit angerichtet ist, von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Nahrungsaufnahme. Laut Aussagen der professionell Pflegenden können Betroffene sich nicht mehr erinnern, wie eine Speise zuhause am Teller angerichtet ausgesehen hat – deshalb ist es wichtig, dass jede Mahlzeit anregend serviert wird, um das Interesse sowohl an der Mahlzeit selbst als auch an dem Geschmack zu wecken. Pürierte Kost wurde laut professionell Pflegenden gänzlich abgelehnt, da es von Tag zu Tag gleich unattraktiv für die Betroffenen aussah (Nell et al., 2016). Besonders hervorgehoben wurde, dass den Betroffenen eine Vielfalt an Speisen und Getränken angeboten werden soll, damit ihr Interesse an Nahrungsmitteln und Getränken nicht verloren geht.

Als weitere Unterstützungsmöglichkeit zeigten die professionell Pflegenden die Möglichkeit von Fingerfood auf, welches man rund um die Uhr anbieten kann. Dieses Fingerfood könnten die betroffenen Menschen mit Demenz auch bei ständigem Bewegungsdrang zu sich nehmen, äußerten die TeilnehmerInnen der Studie (Nell et al., 2016).

Um schwierige Situationen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz zu minimieren, wird empfohlen, Streitigkeiten rund um das Essen zu vermeiden (Ball et al., 2014). Die befragten Pflegedienstleiter in der qualitativen Studie von Murphy et al. (2017) waren der Meinung, dass sich Gewohnheiten und Rituale rund um die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme positiv auf den Ernährungszustand der Menschen mit Demenz auswirken (Murphy et al., 2017). So können zum Beispiel eine bestimmte Sitzordnung am Esstisch, ein Gongschlag vor den Mahlzeiten oder immer dasselbe Musikstück vor den Mahlzeiten den Menschen mit Demenz helfen, sich im Alltag etwas besser zu orientieren und die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu verbessern (Ball et al., 2014).

Diese Rituale vor dem Essen sollen kurzgehalten werden, da sie sonst wiederum als Störfaktor von den Betroffenen wahrgenommen werden und vom Essen ablenken können. Lärm und Ablenkung sollten während der Nahrungsaufnahme gänzlich vermieden werden (Volkert, 2015; Chen et al., 2015).

3.2.4 Orale Nahrungsergänzungsmittel und Trinknahrungen

In der ESPEN Guideline on nutrition on dementia von Volkert et al. (2015) wird die systematische Verwendung von oralen Nahrungsergänzungsmittel zur Stabilisation oder Verbesserung der Hirnfunktionen nicht empfohlen. Dies gilt für Omega 3 Fettsäuren, Vitamin B1, B6 und B12, Vitamin E, Selenium, Kupfer und Vitamin D.

Es wird jedoch empfohlen, orale Nahrungsergänzungsmittel in Form von zusätzlicher Trinknahrung zur Verbesserung des Ernährungszustandes einzusetzen. Laut Volkert et al. (2015) gibt es aussagekräftige Belege dafür, dass diese zusätzlichen Trinknahrungen den Ernährungszustand, sowie den BMI und das Gewicht eines Menschen mit Demenz positiv beeinflussen.

In den von Volkert et al. analysierten Studien lieferte Trinknahrung zwischen 125 und 680 zusätzliche Kilokalorien pro Tag und wurde in der Regel zwischen den Mahlzeiten, hauptsächlich am Morgen, angeboten. Die Interventionszeit variierte zwischen drei Wochen und einem Jahr. Im Allgemeinen schienen orale Nahrungsergänzungsmittel in Form von zusätzlicher Trinknahrung gut verträglich zu sein und es zeigte sich ein hoher Grad an Adhärenz. (Volkert et al., 2015).

Volkert et al. (2015) sprechen sich gegen den regelmäßigen Einsatz von Appetitanregern zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Demenz aus. Es existieren Studien, die zeigen, dass der Einsatz von Appetitanregern die Nahrungsaufnahme verbessert, es gibt zu dieser Thematik jedoch nur eine kleine Anzahl an Studien, die demente Menschen inkludieren. Der Evidenzgrad dieser Empfehlung wird daher als sehr gering deklariert (Volkert et al., 2015).

Puranen et al. (2014) führten eine einjährige, qualitative Studie durch, in der 28 von 40 Probanden mit Alzheimer Demenz orale Nahrungsergänzungsmittel zur Verbesserung und Stabilisation des Ernährungszustandes von einem Ernährungsexperten/einer Ernährungsexpertin bekamen. Diese 28 Probanden bekamen zusätzliche, proteinreiche Trinknahrung, die 300 kcal, 20 g Protein und andere Nährstoffe enthielten. Es zeigte sich, dass einige Probanden nach wenigen Tagen weitaus mehr Energie hatten, als diejenigen, die keine zusätzliche Trinknahrung erhielten, andere konnten dadurch ihr Gewicht sogar optimieren. Nur zwei der 20 Probanden, die zusätzlich Trinknahrung bekamen, lehnten diese nach kurzer Zeit ab, da ihnen diese zu süß waren (Puranen et al., 2014).

3.2.5 Anlage einer PEG-Sonde

Nunes et al. (2015) führten eine retrospektive Längsschnittstudie durch, die als Ziel hatte, die Effektivität einer PEG-Sonden-Anlage zur Nährstoffversorgung bei Menschen mit Demenz zu untersuchen. An dieser Studie nahmen 46 PatientInnen mit Demenz (16 Männer und 30 Frauen) im Alter von 50 bis 94 Jahren teil. Nur PatientInnen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz, die Probleme mit der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme hatten und die aufgrund von Schluckstörungen ein Risiko für Mangelernährung aufwiesen, wurden für die Gastrostomie in Betracht

gezogen. Als Indikation galt bei allen ProbandInnen eine mittelschwere Schluckstörung mit mindestens einer vorangegangenen Aspirationspneumonie. Kurz vor der PEG-Sonden Anlage wurde bei den PatientInnen der BMI, sowie der Oberarmumfang ermittelt und ein umfangreiches Blutbild angefertigt. Dieses Prozedere wurde drei Monate nach der PEG-Sonden Anlage wiederholt. Als Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass die Überlebenszeit nach einer Gastrostomie von weniger als einem Monat (vier PatientInnen) bis zu maximal 80 Monaten reichte. Die mittlere Überlebenszeit nach der PEG-Sonden Anlage betrug 21 Monate (Median: 18 Monate). Von den 46 PatientInnen verstarben 29, 15 wurden noch weiterhin mit einer liegenden PEG-Sonde ernährt und zwei PatientInnen nahmen die orale Ernährung wieder auf (die Sonde wurde entfernt und die Gastrostomie geschlossen).

Da die mittlere Überlebenszeit der PatientInnen 21 Monate betrug und nur 15 % der PatientInnen während der ersten 3 Monate nach Anlage einer PEG-Sonde verstarben, empfehlen Nunes et al. (2015) die Anlage einer PEG-Sonde bei Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz.

Die ESPEN Leitlinie von Volkert et al. (2015) gibt ebenfalls Empfehlungen zur PEG-Sonden-Anlage bei dementiell erkrankten Menschen ab. Gibt es eine medizinische Indikation für eine vorübergehende PEG-Sonden-Anlage, ist es sinnvoll, diese bei Menschen mit moderater Demenz durchzuführen, um Krisensituationen zu überbrücken (Volkert et al., 2015). Bei Menschen mit schwerer Demenz wird in der Leitlinie jedoch von einer PEG-Anlage abgeraten, da es keine evidenzbasierte Unterstützung dafür gibt. Weiters kann eine PEG-Sonden-Anlage negative Folgen mit sich bringen, wie zum Beispiel ein erhöhtes Risiko für Aspirationspneumonien, Diarrhö, Dekubiti sowie Unbehaglichkeit (Volkert et al., 2015).

3.2.6 Individuelle Ernährungspläne für Menschen mit Demenz

Suominen et al. (2015) führten über ein Jahr lang eine randomisierte kontrollierte Studie durch, in der untersucht wurde, ob maßgeschneiderte Ernährungspläne für Menschen mit Demenz einen Einfluss auf die Lebensqualität, die Nährstoffzufuhr und auf die Prävention von Stürzen haben. Die Einteilung der 99 TeilnehmerInnen in Kontroll- und Interventionsgruppe erfolgte zufällig. In der Interventionsgruppe wurden regelmäßige Hausbesuche durch ErnährungsberaterInnen durchgeführt.

In der Kontrollgruppe fanden diese nicht statt. Nach dem ersten Besuch entwarf eine Ernährungsberaterin/ein Ernährungsberater einen persönlichen Ernährungsplan für alle TeilnehmerInnen und verschickte diesen dann per Post an die TeilnehmerInnen. Der Ernährungsplan umfasste folgende Themen: ausreichende Energiezufuhr, ausreichende Proteinzufuhr, die Vorteile von frischem Obst und Gemüse und die mögliche Notwendigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln. Darüber hinaus erhielten die TeilnehmerInnen Broschüren über die Beurteilung einer ausreichenden Protein- und Kalziumzufuhr sowie die Verwendung von Vitamin-D-Ergänzungen ($\mu\text{g}/\text{Tag}$) und einen Leitfaden über eine ausgewogene Ernährung für ältere Erwachsene.

TeilnehmerInnen mit Gewichtsverlust oder niedrigem BMI wurden ermutigt, ihre Nahrungsaufnahme mit energiereichen Nahrungsmitteln zu erhöhen. Denjenigen mit mittlerem oder hohem BMI wurde geraten, ihr Körpergewicht beizubehalten und mehr Bewegung zu betreiben. Sie erhielten auch maßgeschneiderte Anweisungen, wie sie ihre Ernährung verbessern könnten, wenn sie nicht genügend Energie, Eiweiß oder andere Nährstoffe aufnehmen. 28 der 50 ProbandInnen in der Interventionsgruppe bekamen während der Intervention zusätzlich proteinreiche Trinknahrung mit 20g Protein/Tag in einem Zeitraum von vier bis 12 Wochen. Diese Studie ergab, dass maßgeschneiderte Ernährungspläne Stürze verringern und vor allem den Kalziumwert im Blut erhöhen.

In der Interventionsgruppe wurden am Ende der Studie 31 Stürze verzeichnet, wogegen in der Kontrollgruppe 63 Stürze verzeichnet wurden. Nach der Intervention wurde bei den ProbandInnen der Interventionsgruppe ein verbesserter Kalziumwert im Blut ($p = 0,025$) festgestellt. Außerdem zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Proteingehalts pro kg Körpergewicht bei den ProbandInnen in der Interventionsgruppe ($p = 0,03$). In beiden Gruppen fand eine Gewichtszunahme im Laufe des Jahres statt, jedoch gab es keine Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe ($p = 0,68$).

3.2.7 Unterstützungsmöglichkeiten zur verbesserten Flüssigkeitszufuhr

Beales (2017) führte eine Fallstudie durch, die sich damit beschäftigte, einen innovativen, alternativen Ansatz bei der Flüssigkeitsversorgung für einen Patienten mit Demenz zu untersuchen. Es wurde eine Intervention für einen stationär befindlichen Patienten („Roy“) mit fortgeschrittener Demenz entwickelt, der eine reduzierte

Flüssigkeitszufuhr (400 ml/Tag) hatte. Diese Intervention beinhaltete anstelle einer intravenösen Flüssigkeitstherapie eine kurze Befragung der Angehörigen, welche Getränke „Roy“ vor der Erkrankung gerne getrunken hat. Mit diesem Getränk wurden dann mithilfe von Mundpflegestäbchen sein Mund befeuchtet, sodass er sich den Geschmack dieses Getränkes wieder in Erinnerung rufen konnte. Als Ergebnis dieser Intervention konnte festgestellt werden, dass „Roy“ in den nächsten Tagen eine erhöhte Flüssigkeitszufuhr (800 ml/Tag) aufwies. Beales (2015) weist in den Ergebnissen darauf hin, dass es bei der Flüssigkeitszufuhr wichtig ist, den Betroffenen selbst die Wahl zu lassen, welches Getränk er oder sie zu sich nehmen möchte. Zu beachten ist, dass alkoholische Getränke für die Betroffenen in Maßen erlaubt sind, wenn er oder sie diese zu sich nehmen möchte (Beales, 2017).

Wenn ein von Demenz betroffener Mensch keine Getränke zu sich nehmen möchte, dann gibt es andere Möglichkeiten, um die Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten. Im Sommer kann man den Betroffenen Wassereis anbieten oder einen kühlenden Fruchtsalat (Murphy et al., 2017). Des Weiteren hat das befragte Pflegepersonal in der qualitativen Studie von Murphy et al. (2017) darauf hingewiesen, dass Smoothies und Salate hilfreich wären, um den adäquaten Flüssigkeitshaushalt aufrecht zu erhalten (Murphy et al., 2017).

Volkert et al. (2015) empfehlen in ihrer Leitlinie, den Betroffenen süße Nahrungsmittel oder Getränke zuerst, vor den anderen Speisen, zu verabreichen, da Menschen mit Demenz die Intensivität des süßen Geschmacks sehr schätzen (Volkert et al., 2015).

3.2.8 Multikomponente Interventionen

Chen et al. (2015) untersuchten in ihrer prospektiven Kohortenstudie die Effektivität der Unterstützung bei der Verabreichung von Essen durch professionell Pflegenden bei Menschen mit Demenz, die nicht mehr selbstständig essen und trinken können (Chen et al., 2015). Diese Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme umfasste eine große Bandbreite an Tätigkeiten. Der Tisch wurde gedeckt, die Pölster wurden den an Demenz erkrankten Menschen an die Rückenlehne gegeben, um den Sitzkomfort zu erhöhen, die Verabreichung der Nahrung und der Flüssigkeit fand in einer ruhigen Atmosphäre statt und die Menschen mit Demenz hatten so viel Zeit wie

sie benötigten (Chen et al., 2015). Die Utensilien, die für die Mahlzeiten bereitgestellt wurden, waren an den Grad der Demenz des Betroffenen angepasst – Gabeln, Löffel und Messer hatten längere, gebogene Griffe, damit die Menschen mit Demenz einen besseren Halt hatten, wenn sie versuchten, selbst zu essen. Das Besteck wurde in einer bunten Farbe gewählt, damit die Betroffenen es vom restlichen Tisch unterscheiden konnten. Zur Beurteilung des Essverhaltens wurde die „Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia“ (EdFED) bei jedem Probanden durchgeführt. Diese umfasst elf Punkte, die das Essverhalten, die Pflegeintervention und Essprobleme beurteilen. Je höher dieser Score war, desto weniger Nahrung und Flüssigkeit wollten die ProbandInnen zu sich nehmen. Die EdFED wurde vor und nach der Intervention durchgeführt, um die Einhaltung der Essgewohnheiten der Probanden zu beurteilen. Als Ergebnis dieser Studie hat sich gezeigt, dass eine umfassende Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch Pflegende sowohl die Compliance der Dementen, als auch die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und den Ernährungszustand deutlich verbessert hat. Von 22 PatientInnen, die vor der Intervention Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme benötigten, nahmen fünf PatientInnen nach der Intervention die selbstständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wieder auf. Die EdFED-Scores gingen signifikant zurück ($p < 0,001$), was auf eine verbesserte Compliance bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr hindeutet.

3.2.9 Schulung und Information für professionell Pflegende

Professionell Pflegende können ihr Wissen durch Fort- und Weiterbildungen, sowie durch Schulungen stärken und erweitern. Schulungen und Fortbildungen zum Thema Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz können die Mitarbeiterkompetenz und Handlungssicherheit der MitarbeiterInnen stärken und sie können sich an individuelle Ernährungssituationen besser anpassen (Murphy et al., 2017).

Chen et al. (2015) zeigten in ihren Ergebnissen auch, dass sich Trainingsprogramme für professionell Pflegende positiv auf das Wissen, das Selbstbewusstsein, sowie das Verhalten der professionell Pflegenden im Zusammenhang mit der Ernährung von Menschen mit Demenz auswirkt (Chen, 2015).

3.2.10 Schulung und Information für pflegende Angehörige

Der Großteil der Menschen mit Demenz lebt zuhause, wo pflegende Angehörige die wichtigsten und meist auch einzigen Ansprechpartner sind (Ball et al., 2015).

Umso wichtiger ist es, dass pflegende Angehörige die Anzeichen einer Mangelernährung und/oder Dehydration erkennen und wirksame Maßnahmen dagegen setzen können. Bei pflegenden Angehörigen sollte entweder schon ein gewisses Grundwissen über Ernährung bei Menschen mit Demenz vorhanden sein, oder es sollte so früh als möglich gelernt werden, um den betroffenen Menschen mit Demenz eine adäquate Versorgung zu ermöglichen (Volkert et al., 2015).

Auf der einen Seite ist das für die Betroffenen von Vorteil, wenn die informell Pflegenden sicher in ihrem Handeln sind, auf der anderen Seite hat es auch große Vorteile für die pflegenden Angehörigen selbst, da sich der Stress für sie reduziert (Volkert et al., 2015).

Volkert et al. (2015) berichten in ihrer Leitlinie darüber, dass es schon einige Studien über Interventionen gibt, in denen pflegende Angehörige diesbezüglich geschult werden. Die Ergebnisse dieser Studien waren, dass die pflegenden Angehörigen sicherer in ihrem Handeln waren, sich deren Stress reduzierte und die betroffenen Menschen mit Demenz eine adäquatere und professionellere Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erfuhren (Volkert et al., 2015).

Gruppentreffen, bei denen pflegende Angehörige sich regelmäßig treffen, um Probleme, Informationen und Ratschläge bezüglich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei ihren Verwandten mit Demenz auszutauschen, sind für pflegende Angehörige sowie für zu Pflegende von großem Vorteil. Hierbei können sich pflegende Angehörige mit Gleichgesinnten austauschen und die neu gewonnenen Erkenntnisse über die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zuhause anwenden (Puranen et al., 2014).

Tabelle 1: Studiencharakteristika der einbezogenen Studien

AutorInnen	Jahr	Land	Setting	Design	Sample	Intervention	Ergebnis
Volkert, et al.	2015	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Leitlinie	Nicht zutreffend	Diverse Interventionen z.B.: Appetitanreger, Nahrungsergänzungsmittel, Schulungen und Weiterbildungen, PEG- Sonden-Anlage	Appetitanreger werden nicht empfohlen Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln werden teilweise empfohlen Schulungen für professionell Pflegende werden empfohlen Die dauerhafte Anlage einer PEG-Sonde bei schwerer Demenz wird nicht empfohlen – nur als Übergangslösung
Beales	2017	England	Akutkrankenhaus	Fallstudie	Eine Person mit Alzheimer Demenz	Intervention zur verbesserten Flüssigkeitszufuhr	Doppelte Trinkmenge nach Ende der Intervention Verabreichung von bevorzugten Getränken

AutorInnen	Jahr	Land	Setting	Design	Sample	Intervention	Ergebnis
Liu et al.	2015	-----	Langzeitpflege	Systematisches Literaturreview	Ältere Personen mit Demenz (< 65 Jahre)	Interventionen zur verbesserten Nahrungsaufnahme	Umgebungsbedingte Faktoren für Essverhalten sehr wichtig Verbale Ermutigungen und Unterstützungen der professionellen Pflege beeinflussen das Essverhalten der Menschen mit Demenz
Ball et al.	2015	Australien	Zuhause	Deskriptive, qualitative Studie	14 pflegende Angehörige	Interviews bezüglich Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	Physiologische, emotionale, kognitive, funktionelle und verhaltensbezogene Herausforderungen
Nell et al.	2016	Neuseeland	Spezialisierte Demenzstationen	Deskriptive, qualitative Studie	11 professionell Pflegende auf zwei spezialisierten Demenzstationen	Semi-strukturierte Interviews bezüglich der täglichen Ereignisse bei den Mahlzeiten	Abwechslung bei den Lebensmitteln erhält das Interesse an der Nahrungsaufnahme Finger-Food erhöht die Nahrungsaufnahme

AutorInnen	Jahr	Land	Setting	Design	Sample	Intervention	Ergebnis
Murphy, Holmes, Brooks	2017	England	Langzeitpflege	Qualitative Studie	30 professionell Pflegende, 8 informell Pflegende, 3 Diätexperten und 9 Logopäden aus 27 Pflegeorganisationen	Neun Fokusgruppen und fünf Semi-strukturierte Interviews	<p>Kontrastreiche Farben am Essenstisch sind hilfreich für die Nahrungsaufnahme</p> <p>Interesse in Ernährung kann durch Aktivitäten und Thementage wiedererweckt werden</p> <p>Schulungen und Informationen für professionell Pflegende und pflegende Angehörige</p>
Suominen et al.	2014	Griechenland	Zuhause	RCT	99 Menschen mit Demenz, die mit ihren Ehepartnern zuhause leben, 50 in der Interventionsgruppe, 49 in der Kontrollgruppe	Individuelle Ernährungspläne über ein Jahr	<p>Gewichtszunahme im Laufe des Jahres, keine Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe ($p = 0,68$)</p> <p>Weniger verzeichnete Sturzgeschehen ($p = < 0,001$)</p> <p>Verbesserter Kalziumwert in der Interventionsgruppe ($p = 0,025$)</p>

AutorInnen	Jahr	Land	Setting	Design	Sample	Intervention	Ergebnis
Chen et al.	2015	China	Langzeitpflege	Prospektive Kohortenstudie	30 PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz und Schluckstörung	3-monatige Ernährungsintervention: ruhige Atmosphäre bei den Mahlzeiten schaffen, Vorbereitung der benötigten Utensilien und Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, wenn benötigt	Signifikante Verbesserung der Essfähigkeiten bei allen TeilnehmerInnen (p < 0.001)
Puranen; Pitkala; Suominen	2014	Griechenland	Zuhause	Qualitative Studie	40 Menschen mit Demenz und deren Ehepartner	Individuelle Ernährungspläne über ein Jahr	93% der Probanden fanden die Ernährungspläne hilfreich, Bei 28 Probanden Verbesserung in Energie, Leistung und Lebensqualität

AutorInnen	Jahr	Land	Setting	Design	Sample	Intervention	Ergebnis
Silva, Kergoat, Shatenstein	2012	Kanada	Zuhause	Quasi-Experimentelle Prä- und Postinterventionsstudie	24 Paare in der Interventionsgruppe, 30 Paare in der Kontrollgruppe, eine Person mit Demenz pro Paar	Semi-strukturierte Interviews in beiden Gruppe, individuelle Ernährungspläne in der Interventionsgruppe, gesundheitliche Untersuchungen in der Kontrollgruppe	Herausforderungen: Ernährungspräferenzen des Betroffenen verändert (n=12; 50%) Abnahme der Nahrungsaufnahme und des Appetits (n=11; 46%) Abnahme der Autonomie des Betroffenen (n=15; 63%) Mahlzeiten wurden häufig vergessen (n=7; 29%)
Nunes et al.	2015	Portugal	Akutkrankenhaus	Retrospektive Längsschnittstudie	46 PatientInnen mit moderater bis schwerer Demenz	Auswirkungen einer PEG-Sonden-Anlage auf den Ernährungszustand und die Lebensqualität	Die mittlere Überlebenszeit nach der PEG-Anlage betrug 21 Monate (Median: 18 Monate). Die Sterblichkeitsrate lag bei 3 Monaten bei 15%.

4 Diskussion

Das vorliegende Literaturreview zeigt auf, welche Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten bezüglich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme es bei Menschen mit Demenz für professionell und informell Pflegende gibt. In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und diskutiert.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es viele Herausforderungen, aber auch ebenso viele Unterstützungsmöglichkeiten für informell sowie professionell Pflegende bei Menschen mit Demenz gibt.

In die vorliegende Literaturarbeit wurden viele verschiedene Studiendesigns miteinbezogen, was den Vergleich untereinander schwierig gestaltet.

4.1.1 Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Als häufigste Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr wurden Appetitlosigkeit, veränderte Ernährungsgewohnheiten, sowie der fortschreitende Verlust der kognitiven Fähigkeiten genannt (Ball et al., 2014; Silva, Kergoat & Shatenstein, 2012; Murphy, Holmes & Brooks, 2017). Eine der inkludierten Studien bezüglich der Herausforderungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz gab an, dass es sich bei der untersuchten Demenzform rein um Alzheimer-Demenz handelte (Silva, Kergoat & Shatenstein, 2012). Die anderen zwei Studien machten keine Angaben zur untersuchten Demenzform (Ball et al., 2014; Murphy, Holmes & Brooks, 2017). Zu wissen, welche Form der Demenz bei den ProbandInnen untersucht wurde, wäre von Vorteil für eine weitere Strukturierung der im Ergebnisteil genannten Herausforderungen gewesen, da die unterschiedlichen Formen der Demenz, unterschiedliche Ausprägungen und Formen der verschiedenen Herausforderungen aufweisen (Jansen et al., 2014).

4.1.2 Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Als wichtigste Interventionen zeigen sich in den inkludierten Studien die entspannte Atmosphäre bei den Mahlzeiten, Rituale sowie individuelle Ernährungspläne für betroffene Menschen mit Demenz (Chen et al., 2015; Volkert et al., 2015; Puranen, Pitkala & Suominen, 2014; Liu et al., 2015; Ball et al., 2014; Nell et al., 2016; Murphy, Holmes & Brooks, 2017). Die inkludierten Studien wurden jedoch nur im häuslichen Bereich und in Pflegeheimen durchgeführt, was die Frage offenlegt, ob sich diese Interventionen, besonders eine entspannte Atmosphäre und Rituale bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz, auch im Akutbereich anwenden lassen. Weitere Untersuchungen sind hierzu noch notwendig.

Bezüglich der Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie-Sonde (PEG-Sonde) bei Menschen mit Demenz zeigen in der retrospektiven Studie von Nunes et al. (2015) und in der Leitlinie von Volkert et al. (2015) Diskrepanzen auf. Volkert et al. (2015) stellen in ihrer Leitlinie fest, dass bei Menschen mit schwerer Demenz die Anlage einer PEG-Sonde den Ernährungszustand der Betroffenen nicht verbessert. In der Studie von Nunes et al. (2015) erkannte man jedoch eine positive Wirkung einer PEG-Sonde auf den Ernährungszustand bei Menschen mit moderater und schwerer Demenz. Als Limitationen dieser Studie muss man jedoch nennen, dass es keinen Vergleich der Überlebensraten von Kontroll- und Interventionsgruppe gegeben hat. Es wurden lediglich die Überlebensraten der Interventionsgruppe aufgezeichnet. Eine Kontrolle und ein Vergleich der Überlebensraten beider Gruppen wäre aussagekräftiger gewesen. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Empfehlung *gegen* eine PEG-Sonden Anlage bei schwerer Demenz in der Leitlinie von Volkert et al. (2015) mit einem *hohen Evidenzgrad* ausgeschrieben wurde.

Eine weitere Forschung bezüglich der Thematik einer PEG-Sonden-Anlage kann sich als schwierig erweisen, da ethische Grenzen die Durchführbarkeit der Studien einschränken können. Fest steht auch, dass die Gruppe der Menschen mit Demenz als vulnerable Gruppe anzusehen ist, was die Durchführbarkeit weiterer Forschung neben den ethischen Grenzen noch zusätzlich erschwert.

Eine inkludierte Leitlinie und eine inkludierte qualitative Studie berichten über Schulungen, Fort- und Weiterbildungen für pflegende Angehörige sowie für informell Pflegende (Volkert et al., 2015; Chen et al., 2015). Diese Studien zeigen den positiven Effekt von Schulungen, Fort- und Weiterbildungen für die Pflegepraxis auf. Fort- und Weiterbildungen können dazu beitragen, dass das Bewusstsein sowie das Wissen der Pflegenden steigen. Dies wiederum kann zu einer besseren Versorgung von Menschen mit Demenz in Bezug auf Ernährung führen. Da das Basiswissen der verschiedenen professionell und informell Pflegenden zum Thema Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz stark variiert, sollten Weiterbildungen und Schulungen für pflegende Angehörige sowie für professionell Pflegende in einem größeren Ausmaß angeboten und dem derzeitigen Wissensstand der TeilnehmerInnen angepasst werden.

4.2 Stärken und Schwächen

Die vorliegende Arbeit weist ebenso Stärken wie Schwächen auf. Eine Stärke zeigt sich in der systematischen Vorgehensweise der Literaturrecherche, die angewandt wurde, um diese Arbeit zu erstellen. Des Weiteren ist als Stärke zu sehen, dass zur Qualitätsbewertung der Studien ein standardisierter Bewertungsbogen verwendet wurde. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die in die Arbeit eingeschlossenen Studien, nicht älter als fünf Jahre sind, was auf hochaktuelle Literatur schließen lässt. Als Schwäche ist zu nennen, dass die Literaturrecherche und die Bewertung der eingeschlossenen Studien nur von einer Person durchgeführt wurden. Dies könnte dazu führen, dass wichtige Studien ausgeschlossen wurden.

5 Schlussfolgerung

Professionell Pflegende sowie informell Pflegende spielen eine große Rolle bei der Betreuung von Menschen mit Demenz.

Da sich bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz viele Herausforderungen ergeben, ist es von großer Bedeutung, adäquate Interventionen zu setzen, um den Ernährungs- und Flüssigkeitshaushalt aufrecht zu erhalten oder zu verbessern. Als wichtigste Interventionen zeigen sich Rituale und eine entspannte Atmosphäre bei den Mahlzeiten. Studien zeigen, dass die Nahrungsaufnahme dadurch deutlich verbessert wird und sich der Ernährungszustand gleichermaßen verbessern kann. Auch Untersuchungen bezüglich oraler Nahrungsergänzungsmittel kamen zu dem Schluss, dass derartige Nahrungsergänzungsmittel (Trinknahrungen) den Ernährungszustand von Menschen mit Demenz verbessern können. Die Anlage einer PEG-Sonde zur Verbesserung des Ernährungs- und Flüssigkeitszustandes bei Menschen mit Demenz ist umstritten.

Es ist von großer Bedeutung, dass professionell und informell Pflegende über die neuesten evidenzbasierten Erkenntnisse zum Thema Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit Demenz Bescheid wissen, um diese in die Praxis umzusetzen. Somit könnten Prävalenz und Inzidenz von Mangelernährung und Dehydration bei Menschen mit Demenz verringert werden.

5.1 Forschungsempfehlung

Nach Durchsicht der Literatur können Empfehlungen für weitere Forschung gegeben werden.

Die Wirksamkeit einer entspannten Atmosphäre bei den Mahlzeiten, der Anwesenheit von Familienmitgliedern bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie von Ritualen zu den Essenszeiten scheinen effektiv zu sein. Allerdings werden weitere Studien mit starken RCT-Designs, validen Outcome-Messungen und minimalen Verzerrung empfohlen.

Des Weiteren zeigt sich eine Forschungslücke in der Beforschung der Unterstützungsmöglichkeiten bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz im Setting Akutbereich/Krankenhaus. Es gibt nur wenige Studien, die dieses Setting untersuchen. Daher kann auch hier eine Forschungsempfehlung abgegeben werden.

Zuletzt ist noch anzumerken, dass zukünftige Studien eine größere Stichprobe aufweisen sollten.

5.2 Praxisempfehlung

Durch dieses Literaturreview können drei Interventionen für die Pflegepraxis empfohlen werden.

Durch angemessene Umgebungsfaktoren und einer entspannten Atmosphäre bei den Mahlzeiten können informell und professionell Pflegende eine deutliche Verbesserung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei demenziell Erkrankten bewirken. Bei Schluckstörungen können von professionell Pflegenden, nach erfolgter Schulung, Schlucktrainings mit den Betroffenen durchgeführt werden.

Ebenso wird empfohlen, den Betroffenen bei Bedarf orale Nahrungsergänzungsmittel in Form von zusätzlicher Trinknahrung zur Aufrechterhaltung eines adäquaten Ernährungszustandes zu verabreichen.

Nur eine individuelle und persönliche Herangehensweise an die Thematik der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz kann helfen, Interventionen in diesem Bereich erfolgreich und langfristig umzusetzen.

6 Literaturverzeichnis

Alonso A, Jacobs DR, Jr., Menotti A, et al.: Cardiovascular risk factors and dementia mortality: 40 years of follow-up in the Seven Countries Study. *J Neurol Sci* 2009; 280: 79-83.

Ball, L., Jansen, S., Desbrow, B., Morgan, K., Moyle, W., & Hughes, R. (2015). Experiences and nutrition support strategies in dementia care: Lessons from family carers. *Nutrition & dietetics*, 72(1), 22-29.

Beales, A. (2017). An innovative approach to hydration for a patient with dementia. *Nursing Older People* (2014+), 29(4), 26.

Chen, L. L., Li, H., Lin, R., Zheng, J. H., Wei, Y. P., Li, J., ... & Chen, H. Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 699-707.

Deuschl G, Maier W et al. S3-Leitlinie Demenzen. 2016. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 27.12.2017)

Dorner, Thomas; Rieder, Anita; Stein, Viktoria; (2011): Besser Leben mit Demenz – Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Competence Center, Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Easterling, C. S., & Robbins, E. (2008). Dementia and dysphagia. *Geriatric Nursing*, 29(4), 275-285.

Guerchet, Maëlen; Prina, Matthew; Prince, Martin; Albanese, Emiliano; Siervo, Mario; Acosta, Daisy (2014): Nutrition and dementia. A review of available research. Hg. v. Alzheimer's Disease International. London

Gleichweit, Sonja; Rossa, Martina; (2009): Competence Center, Integrierte Versorgung, Erster Österreichischer Demenzbericht. Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Höfler, Sabine; Bengough, Theresa; Winkler, Petra; Griebler, Robert (Hg.) (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien.

Hörl, J.; Kolland, F.; Majce, G. (2009): Hochaltrige in Österreich: Eine Bestandsaufnahme

Jansen, S., Ball, L., Desbrow, B., Morgan, K., Moyle, W., & Hughes, R. (2015). Nutrition and dementia care: Informing dietetic practice. *Nutrition & dietetics*, 72(1), 36-46.

Jessen, F., Deuschl, G., & Maier, W. (2009). S3-Leitlinie „Demenzen“. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)*.

Kivipelto M, Solomon A: Alzheimer's disease - the ways of prevention. *J Nutr Health Aging*.2008; 12: 89S- 94S.

Kurz, Alexander; Freter, Hans-Jürgen; Saxl, Susanna; Nickel, Ellen; (2016): Demenz. Das Wichtigste – Ein kompakter Ratgeber. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin

Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E. S., & Resnick, B. (2015). Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(4), 228-235.

Maurer, K., Ihl, R., & Frölich, L. (2013). Alzheimer: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Springer-Verlag; S. 8 ff.

Murphy, J. L., Holmes, J., & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC geriatrics*, 17(1), 55.

Nell, D., Neville, S., Bellew, R., O'leary, C., & Beck, K. L. (2016). Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions. *Australasian journal on ageing*, 35(4).

Norton, S.; Matthews, F.; Barnes, D.; Yaff, K.; Brayne, C. (2014): Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. In: *Lancet Neurol* 2014/13:788-794

Nunes, G., Santos, C. A., Santos, C., & Fonseca, J. (2016). Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutritional support in dementia patients. *Aging clinical and experimental research*, 28(5), 983-989.

Pearce, J M S; (2000): Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*; 68:348.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International. *Alzheimer's Disease International (ADI), London*.

Polit, D. F. & Beck, C. T. 2012, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edition, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Puranen, T. M., Pitkala, K. H., & Suominen, M. H. (2015). Tailored nutritional guidance for home-dwelling AD families: The feasibility of and elements promoting positive changes in diet (NuAD-trial). *The journal of nutrition, health & aging*, 19(4), 454-459.

Ritter-Rauch, Ruth; (2014): "Leben mit Demenz – Tipps für Angehörige und Betreuende". Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon-les-Bains.

Silva, P., Kergoat, M. J., & Shatenstein, B. (2013). Challenges in managing the diet of older adults with early-stage Alzheimer dementia: a caregiver perspective. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(2), 142-147.

Suominen, M. H., Puranen, T. M., Jyväkorpi, S. K., Eloniemi-Sulkava, U., Kautiainen, H., Siljamäki-Ojansuu, U., & Pitkalä, K. H. (2015). Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD trial). *The journal of nutrition, health & aging*, 19(9), 901-907.

Sütterlin, Sabine; Hoßmann, Iris; Klingholz, Reiner; (2011). Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Ed.): *Demenz- Report: wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin.

Tekal-Teutscher, Ronald; Leprich, Christoph; Kirchschrager, Nora; (2015): „Ich lade Dich zum Essen ein“. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Ullrich, S., & McCutcheon, H. (2008). Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementia. *Journal of clinical nursing*, 17(21), 2910-2919.

Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical nutrition*, 34(6), 1052-1073.

Volkert, D; (2017): Ernährung bei Demenzerkrankungen. Springer Medizin Verlag, Berlin

WHO, Dilling H, Mombour W, et al. (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Aufl. Bern, Huber

7 Anhang

Bewertung der Studien

Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia (Chen et al., 2015)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 30 von 36 Punkten = **83,3%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Titel und der Abstract sind klar definiert und gut verständlich.

4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie ist präzise und die verwendete Literatur dazu aktuell. Die aufgestellte Hypothese und das Forschungsziel wurden angeführt, die Forschungsfrage nicht.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde erklärt. Über die Einverständniserklärung der Probandinnen und Probanden wurde berichtet.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 30 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie zu klein. Jedoch wurden Einschluss- und Ausschlusskriterien erwähnt und auf weitere Details eingegangen.

3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde genau beschrieben.

3 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Das Thema der Ethikkommission wurde in die Studie miteingebracht und Störfaktoren wurden von den Autoren kritisch reflektiert.

3 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind zwar kurz, aber explizit dargestellt. Eine Tabelle wäre zum besseren Verständnis hilfreich gewesen.

3 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Setting wurde klar beschrieben, die kleine Stichprobengröße lässt eine Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht zu.

3 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben.

4 Punkte

ESPEN guidelines on nutrition in dementia (Volkert et al., 2015)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 35 von 36 Punkten = **97,2%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Titel und der Abstract sind klar definiert und sehr gut verständlich.

4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie ist präzise ausgearbeitet und die verwendete Literatur dazu aktuell. Das Forschungsziel wurde angeführt.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die Methode wurde genau erklärt und die Vorgehensweise der Literatursuche explizit dargestellt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

In dieser Leitlinie wurden 232 Studien verwendet, was als angemessen für die Forschungsfrage scheint.

4 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde genau beschrieben.

4 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Mitglieder einer Ethikkommission waren an der Bearbeitung der Leitlinie beteiligt.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind ausführlich und explizit dargestellt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Ja, die Ergebnisse lassen sich auf eine große Population übertragen.

4 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, es werden sowohl Forschungs- als auch Praxisempfehlungen gegeben.

4 Punkte

Tailored nutritional guidance for home-dwelling AD families: The feasibility of and elements promoting positive changes in diet (NuAD-Trial) (Puranen, Pitkala, Suominen, 2014)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 32 von 36 Punkten = **88,8%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Durch den Titel weiß man sofort um was es geht und der Abstract beinhaltet alle Bestandteile.

4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Die verwendete Literatur für den Background scheint angemessen und nicht zu alt. Das Forschungsziel wurde erwähnt, die Forschungsfrage nicht.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde genau erklärt. Über die Einverständniserklärung der Probandinnen und Probanden wurde berichtet.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 40 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie etwas zu klein.

3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde genau beschrieben und durch Tabellen ergänzt.

4 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Die Einwilligung des Ethikkomites wurde angeführt und die Einwilligung wurde von jedem einzelnen Partizipanten zur Durchführung der Studie gegeben.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse wurden ausführlich beschrieben und mit einer Tabelle untermauert.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Nein, das Setting wurde zwar klar beschrieben aber die Stichprobe (n=40) lässt keine Generalisierung auf eine größere Population zu.

2 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben.

4 Punkte

Optimizing eating performance for older adults with demetia living in long-term care: a systematic review (Liu et al., 2015)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 25 von 28 Punkten = **90,6%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Titel und der Abstract sind klar definiert und gut verständlich.
Der Abstract ist außerdem gut gegliedert.

4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Die verwendete Literatur ist aktuell. Das Forschungsziel wurde angeführt, die Forschungsfrage nicht.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die Vorgehensweise bei der Literatursuche wurde klar und nachvollziehbar angegeben. Es wurden alle Schritte genau erklärt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

11 Studien wurden eingeschlossen, was etwas gering scheint um die Forschungsfrage beantworten zu können.

3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

--- Nicht zutreffend ---

0 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

--- Nicht zutreffend ---

0 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind sehr ausführlich und verständlich in verschiedenen Unterkapiteln dargestellt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Es bedarf noch weiterer Forschung um die Ergebnisse auf eine größere Population übertragbar zu machen.

2 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben.

4 Punkte

An innovative approach to hydration for a patient with dementia (Beales, 2017)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 26 von 32 Punkten = **81,3%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Titel und der Abstract sind klar definiert und gut verständlich. 4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie ist relevant und die verwendete Literatur dazu nicht veraltet. Das Forschungsziel wurde angeführt, die Forschungsfrage nicht. 3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die Methode ist nicht ausführlich beschrieben, scheint aber angemessen. 3 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Ja, die Strategie war angemessen. 4 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Die Datenanalyse wurde nicht genau beschrieben. 1 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

--- Nicht zutreffend ---

0 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind sehr ausführlich dargestellt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Ergebnis der Case Study kann man als Beispiel für viele weitere Betroffene verwenden, jedoch bedarf es dazu weiterer Forschung.

3 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben.

4 Punkte

Experiences and nutrition support strategies in dementia care: Lessons from family carers (Ball et al., 2014)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 31 von 36 Punkten = **86,1%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Abstract ist gut gegliedert und der Titel der Studie angemessen. 4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie ist sehr gut aufgebaut und die verwendete Literatur dazu aktuell. Das Forschungsziel wurde angeführt.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde erklärt. Der Fragebogen wurde in der Studie dargestellt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 14 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie zu klein. Jedoch wurden Einschluss- und Ausschlusskriterien erwähnt und auf weitere Details eingegangen.

3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde beschrieben.

3 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Die Freigabe der Studie durch die Ethikkommission wurde erwähnt.

3 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind ausführlich und mit Tabellen untermauert dargestellt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Setting wurde klar beschrieben, die kleine Stichprobengröße lässt eine Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht zu.

3 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind sehr wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Praxis gegeben.

4 Punkte

.

Factors affecting optimal nutrition and hydration for people living in specialised dementia care units: A qualitative study of staff caregivers' perceptions (Nell et al., 2016)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 31 von 36 Punkten = **86,1%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Der Titel ist etwas zu lang, jedoch ist der Abstract gut gegliedert. 3 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie wurde gut aufgearbeitet, die Forschungslücke wurde beschrieben. 3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Ja, die Methode ist angebracht und detailliert beschrieben. 4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 11 Partizipantinnen und Partizipanten scheint zu klein, Einschlusskriterien wurden formuliert. 3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde beschrieben. 3 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Das Thema der Ethikkommission wurde in die Studie miteingebracht und Limitationen der Studie wurden aufgezeigt.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind sehr ausführlich dargestellt und wurden verständlich in Kategorien eingeteilt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Setting wurde klar beschrieben, die kleine Stichprobengröße lässt eine Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht zu.

3 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben.

4 Punkte

Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes (Murphy, Holmes & Brooks, 2017)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 35 von 36 Punkten = **97,2%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Der Abstract ist gut gegliedert und der Titel ist verständlich formuliert. 4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background der Studie ist gut ausgeführt und die verwendete Literatur dazu Großteils aktuell. Das Forschungsziel der Studie wurde angeführt.

3 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde detailliert und verständlich erklärt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 50 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie angemessen.

4 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde genau beschrieben.

4 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Die Zustimmung der Ethikkommission wurde erteilt und die Einverständniserklärungen der PartizipantInnen wurden schriftlich und mündlich eingeholt.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Ja, die Ergebnisse sind sehr ausführlich und verständlich angeführt.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Ja, das Setting wurde klar beschrieben, die Ergebnisse lassen sich auch auf eine größere Population anwenden.

4 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind für die Praxis sehr wichtig, es wurden auch Empfehlungen für die Forschung gegeben.

4 Punkte

Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutritional support in dementia patients (Nunes et al., 2015)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 31 von 36 Punkten = **86,1%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Ja, der Titel ist kurz und bündig und der Abstract gut strukturiert. 4 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background ist sehr ausführlich formuliert und mit aktueller Literatur hinterlegt. Das Forschungsziel wurde am Ende des Backgrounds festgehalten. 4 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Ja, die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde detailliert erklärt. 4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 46 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie angemessen. Einschluss- und Ausschlusskriterien wurden ebenso formuliert. 4 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde beschrieben. 3 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Die Autoren geben an, dass die alle Punkte der Helsinki Ethik-Deklaration 1964, sowie alle fortan geltenden Ethikstandards eingehalten wurden.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind detailliert und verständlich ausgeführt. Es wurde mit Tabellen gearbeitet, die man übersichtlicher gestalten hätte können.

3 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Setting wurde klar beschrieben, die Stichprobengröße lässt eine Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht zu, sondern regt nur zu weiterer Forschung in diesem Thema an.

2 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind für die Praxis wichtig, es wurden auch Empfehlungen für Forschung gegeben.

3 Punkte

. Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD trial) (Suominen et al., 2014)

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 33 von 36 Punkten = **91,6%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Der Titel ist zu lange, spiegelt jedoch den Inhalt der Studie wieder. Der Abstract beinhaltet alle Punkte, ist aber unübersichtlich.

3 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background ist sehr gut formuliert und es wurde mit aktueller Literatur gearbeitet. Das Forschungsziel wurde am Ende des Backgrounds definiert.

4 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Ja, die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde detailliert erklärt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 78 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie angemessen. Einschlusskriterien wurden übersichtlich dargestellt.

4 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde detailliert beschrieben.

4 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Ja, die Ethikkommission hat diese Studie freigegeben.

4 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind detailliert ausgeführt. Es wurde mit Tabellen gearbeitet, die man übersichtlicher gestalten hätte können.

3 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Das Setting wurde klar beschrieben, die Ergebnisse können auf eine größere Population übertragen werden.

4 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind für die Praxis sehr wichtig. Es wurden Praxisempfehlungen, jedoch keine Forschungsempfehlungen abgegeben.

3 Punkte

**Challenges in managing the diet of older adults with early stage Alzheimer demntia: a caregiver perspective
(Silva, Kergoat, Shatenstein, 2012)**

Bewertungsbogen: Checklist: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002)

Ergebnis: 30 von 36 Punkten = **83,3%**

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Die Länge des Titels scheint angemessen. Der Abstract beinhaltet alle Punkte, ist aber unübersichtlich.

3 Punkte

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Der Background ist kurz, aber sehr gut formuliert und es wurde mit aktueller Literatur gearbeitet. Das Forschungsziel wurde am Ende des Backgrounds definiert.

4 Punkte

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Ja, die verwendete Methode scheint angemessen und die Vorgehensweise wurde detailliert erklärt.

4 Punkte

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Die Samplegröße von 24 Partizipantinnen und Partizipanten scheint für diese Studie zu klein. Die Einschlusskriterien wurden übersichtlich angeführt.

3 Punkte

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Ja, die statistische Datenanalyse wurde kurz beschrieben.

4 Punkte

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Es wurde keine Information über eine Zustimmung einer Ethikkommission gegeben. Es wurden aber Limitationen der Studie angegeben.

2 Punkte

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Die Ergebnisse sind detailliert ausgeführt. Es wurde mit Tabellen und Unterkategorien gearbeitet, die sehr übersichtlich gestaltet wurden.

4 Punkte

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Da die Stichprobe zu klein scheint, können die Ergebnisse nicht auf eine größere Population angewandt werden. Das Setting wurde jedoch genau beschrieben.

2 Punkte

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Die Ergebnisse sind für die Praxis wichtig. Es wurden Praxisempfehlungen und Forschungsempfehlungen abgegeben.

4 Punkte