

Die Problematik der Agitation bei Menschen mit Demenz

Nichtmedikamentöse Therapien zur Reduzierung der
Agitation im Vergleich

Bachelor-Thesis

Michèle Aline Plüss

Matrikel-Nr. 15-268-287

Melina Corinne Rohner

Matrikel-Nr. 15-268-261

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
Bachelor of Science Pflege, Vollzeitstudiengang 15

Referentin:

Doris Bänziger, MScN

Bern, 19.07.2018

DANKSAGUNG

Die Autorinnen möchten sich für die Unterstützung, Motivation und die spannenden Diskussionen bei der Erstellung der Bachelor-Thesis bedanken.

Ein besonderer Dank geht an die Alzheimervereinigung Schweiz, welche zu dieser spannenden Fragestellung inspiriert hat. Der fachliche Austausch war während der gesamten Erarbeitung der Bachelor-Thesis eine grosse Unterstützung.

Ebenfalls wird Frau Bänziger Doris gedankt, welche stets kompetent und beratend zur Seite stand und konstruktive Kritik gab.

Ein weiterer Dank wird an Frau Gugler Eliane ausgesprochen für die Anregungen und Tipps während den Bachelorseminaren.

Für die Motivation und kritische Begutachtung geht ein abschliessender Dank an Frau Plüss Nicole und Herrn Rohner Adrian.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	7
2 Theoretischer Bezugsrahmen	8
2.1 Demenz	8
2.1.1 Risikofaktoren	9
2.1.2 Demenzformen	9
2.1.3 Krankheitsverlauf	11
2.1.4 Schweregrade	11
2.1.5 Verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz	12
2.2 Agitation	13
2.3 Nichtmedikamentöse Therapien	15
3 Methode	20
3.1 Suchstrategie	20
3.1.1 Suchbegriffe	20
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	21
3.2.1 Einschlusskriterien	21
3.2.2 Ausschlusskriterien	22
3.3 Limiten	23
3.4 Literaturwahl und Literaturanalyse	23
3.5 Prisma	24
4 Ergebnisse	25
4.1 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse	26
4.2 Synthese der Ergebnisse	40
4.2.1 Sensorische Interventionen	40
4.2.2 Emotionsbezogene Interventionen	43
4.2.3 Verhaltensbezogene Interventionen	46
4.2.4 Kombinierte Interventionen	47
5 Diskussion	49
5.1 Sensorische Interventionen	49
5.1.1 Übertragbarkeit der sensorischen Interventionen	53
5.2 Emotionsbezogene Interventionen	54
5.2.1 Übertragbarkeit der emotionsbezogenen Interventionen	57
5.3 Verhaltensbezogene Interventionen	59
5.3.1 Übertragbarkeit der verhaltensbezogenen Interventionen	60

5.4	Kombinierte Interventionen	61
5.4.1	Übertragbarkeit der kombinierten Interventionen	63
5.5	Beantwortung der Fragestellung	63
5.6	Stärken und Schwächen der Arbeit	64
6	Schlussfolgerung	66
6.1	Empfehlungen für die Praxis	66
6.2	Empfehlungen für die Forschung	68
7	Literaturverzeichnis	69
8	Tabellenverzeichnis	74
9	Anhang	76
9.1	Selbstständigkeitserklärung Michèle Aline Plüss	76
9.2	Selbstständigkeitserklärung Melina Corinne Rohner	77

ABSTRACT

Einleitung: Die Zahl der Menschen mit Demenz beträgt in der Schweiz ca. 148'000, welche aufgrund des demografischen Wandels immer mehr zunimmt. Kann keine komplexe Unterstützung dieser Menschen gewährleistet werden, treten unerwünschte Verhaltensauffälligkeiten wie die Agitation auf. Aufgrund mangelnder Zeit und personeller Ressourcen wird zu medikamentösen Massnahmen gegriffen, welche Nebenwirkungen mit sich bringen. Daher werden nichtmedikamentöse Massnahmen gesucht, die zur Reduzierung der Agitation bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden können.

Methode: Es wurde in fünf Datenbanken (Medline, Cochrane, Cinahl, Web of Science sowie Ovid Nursing) nach Studien gesucht, welche anhand definierten Kriterien ein- oder ausgeschlossen wurden. Neun systematische Reviews und fünf randomisierte kontrollierte Studien konnten verwendet werden.

Ergebnisse: Es wurden 11 Massnahmen gefunden, welche die Agitation untersucht haben. Neun Interventionen stellen eine Reduktion der Agitation fest, wobei einige nur auf Teilbereiche der Agitation einen Effekt haben. Shiatsu und Akupressur, Humorthherapie, Musiktherapie und kombinierte Interventionen ergeben eine positive Wirkung auf die Agitation. Therapeutische Berührungen, individualisierte Freizeitgestaltung, tiergestützte sowie multisensorische Interventionen bewirken nur in gewissen Kategorien der Agitation eine Reduzierung. Aromatherapie und Massage ergeben keinen eindeutigen positiven Effekt, wobei die Lichttherapie und sensorischen Gartenaktivitäten keinen Effekt feststellen.

Diskussion: Allgemein können viele verschiedene Massnahmen zur Reduzierung der Agitation eingesetzt werden. Die meisten Studien wurden jedoch im Langzeitsetting durchgeführt, was eine Übertragbarkeit auf das Akutspital erschwert. Weiter ist es auch schwierig, die verschiedenen Interventionen miteinander zu vergleichen, da die Durchführung heterogen ist.

Schlussfolgerung: Es gibt eine Empfehlung für Musiktherapie und kombinierte Interventionen. Ihre Anwendung ist in allen Settings möglich und hat eine positive Wirkung auf die Agitation. Für die anderen Interventionen ist eine Abwägung des zu erwartenden Effekts empfohlen, da diese entweder nur auf einen Teilbereich der Agitation wirken oder ihre Anwendungen nicht klar definiert sind. Für die Forschung sind mehr Studien erwünscht, die im Akutsetting erfolgen und solche, die eine klare Durchführung der Intervention festlegen.

Schlüsselwörter: dementia, alzheimer disease, psychomotor agitation, complementary therapies, nursing

1 EINLEITUNG

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2014) ist die Zahl der Schweizer Bevölkerung zwischen 1970 und 2012 um fast 30 % angestiegen. Zudem hat ein Wandel der Bevölkerungsstruktur stattgefunden: Die Zahl der über 80-Jährigen stieg fast um das Dreifache, diese der über 65-Jährigen um das Eineinhalbfache an. Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet, & Karagiannidou (2016) berichten, dass weltweit 47 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sind. Die Zahl der Menschen mit Demenz wird in der Schweiz auf ungefähr 148'000 geschätzt. Diese Zahl wird sich gemäss Alzheimer Schweiz (2018) aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 verdoppeln. Die jährlichen Neuerkrankungen an Demenz betragen in der Schweiz 28'100. Von den über 65-Jährigen sind ungefähr 9 % an Demenz erkrankt, bei den über 90-Jährigen sind es rund 40 %. Somit ist ersichtlich, dass das Risiko einer Demenzerkrankung im Alter ansteigt (Bundesamt für Statistik, 2014).

Als Demenz versteht sich ein Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen. Es kommt oftmals zu Beeinträchtigungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung, der Kommunikationsfähigkeit sowie der Persönlichkeitsmerkmalen (Jessen & Spottke, 2016).

Schaeffer & Wingenfeld (2008) berichten, dass Menschen mit Demenz eine komplexe Unterstützung und Pflege benötigen. Kann diese nicht gewährleistet werden, treten häufig unerwünschte Verhaltensauffälligkeiten auf. Fischer, Kuhlmeier, Sibel, & Nordheim (2008) verstehen unter herausforderndem Verhalten Agitation, Herumgehen, Rastlosigkeit, Aggression, vokale Störungen wie Schreien und Fluchen sowie das Zurückweisen der Pflege. Gemäss Alzheimer Schweiz (2017) haben Menschen mit Demenz auch oftmals eine längere Genesungszeit, erleben häufiger delirante Zustände und sind meist weniger kooperativ. Agitation ist ein häufiges und störendes Verhalten bei Menschen mit Demenz (Mitchell et al., 2015). Solche Verhaltensauffälligkeiten können durch die Krankheit veränderte Gehirnstruktur und -funktion auftreten (Jessen & Spottke, 2016). Gründe dafür können aber auch bei unbefriedigten Bedürfnissen gesehen werden, welche die Betroffenen nicht mitteilen können (Fischer et al., 2008).

Der Umgang mit solchen herausfordernden Verhalten wird von den Pflegefachpersonen vielfach als belastend und die professionelle Beziehungsgestaltung als verunsichernd erlebt (Riedel & Linde, 2016). Laut den Angehörigen von Patienten und Patientinnen mit Demenz sei demenzspezifisches Wissen und Handeln seitens der Pflegefachpersonen oftmals zu wenig vorhanden und daher der Umgang mit agitierten Verhaltensauffälligkeiten schwierig (Alzheimer Schweiz, 2017). Pflegefachpersonen greifen aufgrund von

mangelnder Zeit sowie personellen Ressourcen häufig zu restriktiven Massnahmen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz (Schaeffer & Wingenfeld, 2008). Medikamentöse Interventionen werden üblicherweise zur Behandlung der Agitation eingesetzt, jedoch bringen diese viele Nebenwirkungen mit sich (Mitchell et al., 2015). Solche Medikamente können Schläfrigkeit, Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, sowie Gehstörungen und eingeschränkte Beweglichkeit verursachen. Dadurch wird die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zusätzlich eingeschränkt. Es wird über eine Reihe von nichtmedikamentösen Massnahmen berichtet, welche dazu dienen sollen, schwierige Verhaltensweisen wie die Agitation zu reduzieren. Diese Massnahmen sollten bevorzugt werden und erst bei Nichtwirkung ist eine pharmakologische Therapie indiziert (Kurz, Freter, Saxl, & Nickel, 2016).

Wie bereits erwähnt, hat die Behandlung der Agitation Optimierungspotential. Es ist zu wenig Wissen über mögliche geeignete Interventionen beim Auftreten von Agitation bei Patienten und Patientinnen mit Demenz vorhanden. In der Literatur ist zudem nicht ersichtlich, ob die Problematik der Agitation in allen Settings eine Herausforderung im Umgang darstellt. Daher wird in der Literaturrecherche nach nichtmedikamentösen Interventionen gesucht, die der Verminderung von Agitation bei Menschen mit Demenz dienen. Die Interventionen sollen in verschiedenen Settings Anwendung finden.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Aufgrund der oben beschriebenen Ausgangslage wird folgende Fragestellung formuliert: **"Welche nichtmedikamentösen Massnahmen können zur Reduzierung der Agitation bei Menschen mit Demenz angewendet werden?"**

Aus dieser Fragestellung leiten sich für diese Arbeit vier Ziele ab:

- Durch die Bachelorthesis soll eine breitere Auswahlmöglichkeit von nichtmedikamentösen Interventionen gefunden werden, um die Agitation bei Patienten und Patientinnen mit Demenz zu lindern und somit das Wohlbefinden zu stärken.
- Mit dieser Arbeit soll das derzeit evidenzbeste Wissen zu dieser Thematik für Pflegefachpersonen abgegeben werden.
- Es sollen evidenzbasierte Massnahmen gefunden werden, welche in den normalen Pflegealltag integriert werden können, wodurch keine pflegerischen Tätigkeiten vernachlässigt werden.
- Aufgrund der zu erwartenden Zunahme von Menschen mit Demenz ist das Fernziel, Pflegefachpersonen in allen Settings zu dieser Thematik zu sensibilisieren, um professionell auf die zunehmende Problematik reagieren zu können.

2 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Im folgenden Kapitel werden theoretische Inhalte bezüglich Demenz, Agitation und nicht-medikamentösen Massnahmen vorgestellt. Die Darlegung dieser Aspekte soll helfen, die Fragestellung in einen grösseren Kontext zu stellen und so die Zusammenhänge zwischen den Themen der Arbeit deutlich aufzuzeigen.

2.1 Demenz

Gemäss ICD 10 (Dilling & Freyberger, 2015, S. 24) wird Demenz wie folgt definiert:

Demenz (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 und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (*mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung*). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Laut Kurz et al. (2016) ist das Hauptmerkmal der Demenz eine Verschlechterung von mehreren geistigen Fähigkeiten im Vergleich zu früher. Die Fähigkeiten sind soweit eingeschränkt, dass die Ausübung von gewohnte Alltagsaktivitäten nicht mehr wie zuvor stattfinden kann. Neben den kognitiven Einschränkungen kann es zusätzlich auch zu Veränderungen des sozialen Verhaltens, der Impulskontrolle, des körperlichen Antriebs, der Stimmung oder des Wirklichkeitsbezugs führen. Manchmal stehen solche Symptome sogar ganz im Vordergrund. Durch Gefühlszustände wie Depression, Angst oder Unruhe können die kognitiven Fähigkeiten zusätzlich vermindert werden. Bei einer Demenz ist die Bewusstseinslage (Wachheit, Reaktionsfähigkeit) nicht getrübt, was bei einem akuten Verwirrtheitszustand, also einem Delir, der Fall ist.

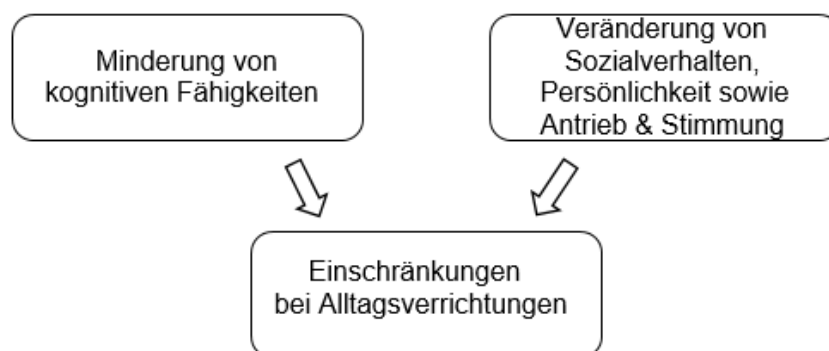


Abbildung 1: Merkmale einer Demenz. Eigene Abbildung in Anlehnung an Kurz et al. (2016)

2.1.1 Risikofaktoren

Es gibt verschiedene Faktoren, welche eine Demenzerkrankung verursachen. Gemäss Kurz et al. (2016) ist das Alter der wichtigste Faktor. Weiter kann die Demenz durch risikoerhöhende genetische Faktoren, schlechtere körperliche Gesundheit, Lebensgewohnheiten und Umwelteinflüsse entstehen. Zudem können Risikofaktoren, welche Gefässkrankheiten verursachen, auch Auslöser einer Demenz darstellen. Darunter werden Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herzrhythmusstörungen, erhöhte Werte für Cholesterin, Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und Übergewicht verstanden. Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, kann durch Schädelhirnverletzungen, Depression sowie einer geringen geistigen, sozialen und körperlichen Aktivität erhöht werden (Kurz et al., 2016).

Die Demenz lässt sich in verschiedene Formen einteilen. Im nachfolgenden Unterkapitel werden die häufigsten Demenzformen genauer erläutert.

2.1.2 Demenzformen

Sonntag & Reibnitz (2014) teilen die Demenz in die primäre und die sekundäre Form ein. Die primäre Form ist mit 90 % die häufigste Demenzform und wird in neurodegenerative, vaskuläre und Mischform eingeteilt. Die sekundäre Form entsteht durch andere organische Erkrankungen wie beispielsweise einer Hirnverletzung oder Hirngeschwulst. Sie kann aber auch durch Medikamente verursacht werden.

Welche Form sich entwickelt, hängt nicht nur davon ab, welcher Hirnlappen betroffen ist, sondern auch von der betroffenen Region des Hirnlappens (Caughey, 2015). Nachfolgend wird ein Überblick über die häufigsten Demenzformen gegeben.

Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit ist gemäss Caughey (2015) mit rund 60 % die häufigste Form der Demenz. Davon betroffen sind doppelt so viele Frauen als Männer. Die Krankheit kennzeichnet sich durch einen langsam fortschreitenden Verlust von Nervenzellen aus. Meist sind der Schläfenlappen sowie der Scheitellappen betroffen, welche für Gedächtnis, Sprache und Orientierungsfähigkeit wichtig sind (Kurz et al., 2016). Die ersten Anzeichen sind meist der Verlust von einzelnen Wörtern oder das Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses. Das Sprachvermögen sowie der Wortschatz verschlechtern sich schrittweise. Die Betroffenen sind ansonsten oftmals bester körperlicher Gesundheit und die Persönlichkeit bleibt in den meisten Fällen intakt. (Caughey, 2015).

Vaskuläre Demenz (Gefässkrankheiten)

Als Folge von Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen und Rauchen kann es zu einer Verengung der Gefässe führen. Vor allem an den hirnversorgenden Blutgefässen entstehen dabei Veränderungen. Teile des Gehirns werden nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt und es kommt zu Defekten im Hirngewebe. Dadurch wird die Informationsweiterleitung innerhalb des Gehirns eingeschränkt, was eine herabgesetzte Aufmerksamkeit und Verlangsamung der Denkprozesse zur Folge hat. Zudem kann es zu vermehrten Stimmungsschwankungen kommen. (Kurz et al., 2016).

Lewy-Body-Demenz

Diese Krankheit wird auch Lewy-Körperchen-Demenz genannt und ist verwandt mit der Parkinson-Krankheit. Es kommt zu einem Verlust von Nervenzellen durch Zusammenballung eines Proteins (Lewy-Körperchen) im Zellinnern. Mehrere Abschnitte der Hirnrinde im Stirnhirn, Schläfenlappen und Scheitellappen sind davon betroffen. Vor allem sind aber die Nervenzellbänder unterhalb der Grosshirnrinde beteiligt, welche für die Steuerung von Bewegungsabläufen zuständig sind. Betroffene leiden also unter einer Kombination von Bewegungsstörungen und kognitiven Einschränkungen (Kurz et al., 2016). Gemäss Caughey (2015) zählen zu den Symptomen unter anderem Steifheit der Gliedmassen oder Zittern, ein langsamer schlurfender Gang mit kurzen Schritten sowie eine Tendenz, loszurennen und daraufhin zu stürzen.

Frontotemporale Demenz

Darunter werden regional begrenzte Ausfälle von Nervenzellen im Stirnhirn und im vorderen Teil des Schläfenlappens verstanden. Diese werden durch Zusammenballungen von zwei verschiedenen Proteinen der Nervenzellen ausgelöst. Je nachdem, in welchem Abschnitt der Hirnrinde diese Verklumpungen auftreten, entstehen unterschiedliche Symptome. Schädigungen des Schläfenlappens äussern sich in der Sprache. Wird der Frontallappen in Mitleidenschaft gezogen, können ausgeprägte Verhaltensänderungen entstehen (Kurz et al., 2016). Caughey (2015) erläutert, dass vorwiegend jüngere Menschen zwischen 40 und 60 Jahren von dieser Demenzform betroffen sind. Sie können ganz unterschiedliche Symptome aufweisen, die sich im Laufe der Zeit verändern können. Oftmals werden bei solchen Patienten und Patientinnen fälschlicherweise die Diagnosen bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression oder eine Alzheimerkrankheit gestellt (Caughey, 2015).

Weitere Demenzformen

Neben den oben aufgeführten Demenzformen gibt es auch noch weitere Formen, welche jedoch eher selten auftreten. Darunter gehören die Parkinson-Demenz, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Demenz bei Down-Syndrom sowie das alkoholbedingte Korsakow-Syndrom (Alzheimer Schweiz, 2015).

So unterschiedlich, wie sich die Demenzformen in ihren Symptomen zeigen, so unterschiedlich ist auch der Verlauf. Um das Krankheitsbild etwas besser verstehen zu können, wird in dieser Arbeit auch kurz auf die verschiedenen Verläufe der Krankheit eingegangen.

2.1.3 Krankheitsverlauf

Wie bereits erwähnt, hängen die Symptome einer Demenz vom betroffenen Bereich des Gehirns ab. Eine Krankheit kann somit über viele Jahre symptomlos bleiben und daher nicht bemerkt werden. Nicht nur das Ausmass der Schädigung des Gehirns ist verantwortlich für die Leistungseinschränkungen und Verhaltensänderungen, sondern dies hängt auch vom individuellen Bildungsgrad sowie dem Trainingszustand des Gehirns ab (Kurz et al., 2016).

Alle neurodegenerativen Demenzerkrankungen wie beispielsweise die Alzheimer-Demenz, frontotemporale Demenz, Parkinson-Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz sind progressive Erkrankungen, die über Jahre hinweg verlaufen. Die Dauer der Erkrankungsverläufe ist unterschiedlich. Die frontotemporale Demenz hat einen deutlich früheren Erkrankungsbeginn als die anderen aufgeführten Erkrankungen. Bei der vaskulären Demenz sind auch stufenförmige Verläufe möglich, die mit langen Phasen ohne Progredienz und Phasen leichter Besserung einhergehen. Bisher existiert für keine der Demenzerkrankungen eine Therapie zur Verminderung der Progression oder der Heilung. Daher haben alle eine Prognose, die mit Pflegebedürftigkeit und einer reduzierten Lebenserwartung assoziiert ist (Jessen & Spottke, 2016).

2.1.4 Schweregrade

Um zu verstehen, auf welchen Unterstützungsbedarf die Betroffenen in den jeweiligen Phasen angewiesen sind, gehen die Autorinnen in diesem Abschnitt auf die Schweregrade der Demenz ein.

Gemäss Kurz et al. (2016) werden nur bei der Alzheimer-Krankheit die Schweregrade eingeteilt, welche sich an der Selbstständigkeit beziehungsweise am Unterstützungsbedarf orientieren. Sie lassen sich in drei Stufen einteilen: leichtgradige, mittelschwere und

schwere Demenz. Die Symptome sind fortschreitend, somit sind die Übergänge zwischen den Stadien fließend. In der nachfolgenden Tabelle ist eine kurze Übersicht dieser Stadien ersichtlich.

Tabelle 1: Stadien Demenz gemäss Kurz et al. (2016)

Stadium	Leichtgradige Demenz	Mittelschwere Demenz	Schwere Demenz
Selbstständige Lebensführung	geringfügig eingeschränkt	hochgradig eingeschränkt	nicht möglich
Unterstützungsbedarf	bei anspruchsvollen Tätigkeiten	bei einfachen Tätigkeiten und Selbstversorgung	bei allen Tätigkeiten

Nach Ausführungen von Kurz et al. (2016) kommt es im Stadium der leichtgradigen Demenz vorwiegend zu Gedächtnisstörungen. Die Betroffenen nehmen das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit wahr, was oft zu depressiven Verstimmungen, verminderter Aktivität und Rückzug führen kann. Im Stadium der mittelschweren Demenz sind die Betroffenen auf fremde Hilfe in der Verrichtung alltäglicher Aufgaben angewiesen. Es treten ausgeprägte Verhaltensänderungen wie Antriebslosigkeit, Unruhe, Reizbarkeit sowie Aggressivität auf. Im Stadium der schweren Demenz sind die Menschen pflegebedürftig und können sich sprachlich nicht mehr ausdrücken.

2.1.5 Verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz

Wie im vorherigen Abschnitt aufgezeigt wurde, weisen Patienten und Patientinnen mit Demenzerkrankungen neben kognitiven Symptomen eine Reihe von verhaltens- und psychologischen Symptomen auf. Gemäss Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska (2012) versteht man unter BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) verhaltensbezogene und psychische Symptome der Demenz. BPSD beinhaltet unter anderem Agitation, auffälliges motorisches Verhalten, Angst, erhöhte Reizbarkeit, Depression und Apathie. Diese Symptome begleiten jedes Stadium der Krankheit und das Auftreten von verbaler und physischer Agitation ist sehr hoch (Savaskan et al., 2014). Laut Bartholomeyczik et al. (2006) weisen solche Merkmale auf ein herausforderndes Verhalten bei Demenz hin und stellen eine grosse Belastung für das Umfeld dar. Unter herausforderndem Verhalten wird die Unfähigkeit verstanden, Bedürfnisse verständlich auszudrücken. Daher ist es wichtig, die Bedeutung dieser Verhaltensweisen zu erkennen und die Ursachen dafür herauszufinden (Savaskan et al., 2014). Dafür eignet sich das bedürfnisbedingte Demenz-Verhaltensmodell, welches auch als Need-Driven-Dementia-Compromised Behavior Modell (NBD) bezeichnet wird. Das Modell beinhaltet die Beach-

tung von nichtbeeinflussbaren Faktoren wie der Gesundheitszustand oder die Persönlichkeitseigenschaften sowie die beeinflussbaren Faktoren wie zum Beispiel Schmerzen, Hunger oder Durst (Savaskan et al., 2014).

2.2 Agitation

Wie das vorangehend aufgezeigte Modell des BPSD zeigt, spielt bei einer dementiellen Erkrankung die Agitation eine grosse und auch zentrale Rolle. Der Begriff Agitation wird nach Pschyrembel (Pschyrembel, 2017, S. 35) wie folgt definiert: „Zustand psychomotorischer Unruhe, bei der affektive Erregung unkontrolliert in Bewegung umgesetzt wird, z. B. als gesteigerter Bewegungsdrang oder Zittern und Gefühl des Getriebenseins“. Krall (2015) erklärt weiter, dass Agitation ein Zustand mit körperlicher Erregbarkeit ist, welchen die Betroffenen nicht mehr selbst kontrollieren oder steuern können und der somit einen Verlust der Kontrolle über sich selbst darstellt. Im Allgemeinen ist oftmals eine starke Zunahme des Bewegungstempos zu verstehen. Typische Bewegungen, die bei einer Agitation auftreten, sind beispielsweise herumzappeln, schnelle und rhythmische Klopfbewegungen mit den Beinen oder Händen, aber auch ruckartige „Start–und–Stopp“-Bewegungen (Kasper et al., 2013). Häufig sind eine verstärkte Reizbarkeit und eine verbale sowie körperliche konfrontative Verhaltensweise gegenüber anderen Personen beobachtbar. Die verbale Äusserung kann sich auch durch ständiges Schreien äussern (Jessen & Spottke, 2016). Als Ursachen der Agitation kommen verschiedene Erkrankungen in Frage. Neben den somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Demenz, Stoffwechselstörungen, Infektionen und Dehydratationen kann Agitation auch durch psychischen Erkrankungen, Intoxikationen, Entzugssyndromen oder gewisse Medikamente ausgelöst werden (Kasper et al., 2013). Zudem verläuft die Agitation auch in verschiedenen Stärken und Phasen. Wie Kasper et al. (2013) darstellen, kann die Agitation auch in Form einer S-Kurve angesehen werden, welche von Verzweiflung bis zur Dysfunktionalität reicht und somit in mild, moderat und schwer eingeteilt wird.

Gemäss Cohen-Mansfield (2008) ist Agitation eines der typischen Merkmale bei Demenz. Sie zeichnet sich durch unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivität aus. Agitation wird in vier Kategorien gegliedert:

- körperlich nicht aggressiv
 - Darunter wird unangemessenes Kleiden, Entkleiden oder unangemessenes Essen und Trinken verstanden. Weiter kann es bei den Betroffenen zu wiederholenden Bewegungen oder Unruhe kommen.

- körperlich aggressiv
 - Dazu gehören Symptome wie beißen, kratzen, schlagen oder Dinge werfen.
- verbal nicht aggressiv
 - Die Betroffenen haben einen Drang zur Aufmerksamkeit, neigen zu Negativismus oder es kommt zu ständigem Wiederholen von Sätzen und Fragen.
- verbal aggressiv
 - Zu dieser Kategorie gehören Verhaltensauffälligkeiten wie Fluchen, Schreien oder Äussern von seltsamen Geräuschen.

Die Agitation wird im Alltag oftmals auch mittels Instrumenten erfasst. Das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) ist ein verbreitetes und häufiges Instrument, um die Agitation bei Menschen mit Demenz zu erfassen (Kupeli et al., 2017). Die Häufigkeit, mit welcher Patienten und Patientinnen bis zu 29 agitierte Verhaltensweisen manifestieren, kann eingeschätzt werden. Jede dieser 29 Verhaltensarten wird auf einer Siebenpunkteskala bewertet. Eine Eins bedeutet kein Auftreten und eine Sieben heisst, dass agitiertes Verhalten mehrere Male pro Stunde aufgezeichnet wurde. Dies wird rückblickend über die letzten zwei Wochen angeschaut. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass das CMAI wenn möglich von einer Bezugspflegefachperson ausgefüllt wird (Kupeli et al., 2017). Laut Rabinowitz et al. (2005) werden die zu beurteilenden Faktoren in folgende vier Kategorien eingeteilt: „Aggressives Verhalten“, „physisch nicht aggressives Verhalten“, „verbal agitiertes Verhalten“ und „verstecken und horten“. Jede dieser Kategorien wird dann in einer Liste durch die Pflegefachperson beurteilt.

Für Verhaltensstörungen, welche die Agitation beinhaltet, werden im medizinischen Setting häufig medikamentöse Interventionen eingeleitet. Antipsychotische Medikamente sind die am meisten verbreitete Arzneimittelgruppe zur Behandlung von Verhaltensstörungen (Cohen-Mansfield, 2013). Bei der pharmakologischen Behandlung ist jedoch wichtig zu beachten, dass diese schwere Nebenwirkungen mit sich bringen und auch die Mortalitätsrate erhöht. Daher weist Cohen-Mansfield (2013) auf die Relevanz hin, in allen Settings einen begrenzten Einsatz von Antipsychotika zu generieren. Deshalb ist abzuleiten, dass nichtmedikamentöse Massnahmen einen wichtigen Bestandteil in der Behandlung von Verhaltensstörungen und somit auch der Agitation darstellen. Die Autorinnen gehen aus diesem Grund im nächsten Kapitel auf die nichtmedikamentösen Therapien ein.

2.3 Nichtmedikamentöse Therapien

Unter nichtmedikamentösen Massnahmen werden Behandlungsformen verstanden, welche die kognitiven Fähigkeiten trainieren oder aufrechterhalten, das seelische Wohlbefinden fördern oder auch die Alltagsfähigkeiten verbessern (Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 2016).

Die S3 Leitlinie Demenz von Jessen & Spottke (2016) erläutert die Wichtigkeit der nicht-medikamentösen Massnahmen bei Agitation, bevor eine pharmakologische Behandlung angewendet wird. Da oftmals bereits Verständnis oder eine Veränderung der Kommunikation oder Lebenssituation die Agitation lindern kann, sind nichtmedikamentöse Interventionen ein zentraler Aspekt bei der Behandlung der Agitation.

Wie nun im vorangehenden Abschnitt aufgezeigt wurde, sind nichtmedikamentöse Massnahmen ein zentraler Aspekt in der Pflege und Behandlung von Agitation. Diese Erkenntnis lässt sich mit einem weiteren pflegerischen Ansatz bestätigen. Die sogenannte „Serial Trial Intervention“ (STI) stellt eine Abfolge von abgestuften Assessments und Interventionen dar, welche bei herausforderndem Verhalten angewendet werden können (Fischer et al., 2008). Die STI verfolgt hauptsächlich drei Ziele: die Bedürfnisse der Betroffenen zu befriedigen, Schmerzen zu lindern und den Einsatz von Psychopharmaka so weit wie möglich zu vermeiden. Die STI verläuft grundsätzlich wie eine Kaskade. Damit diese Kaskade in Gang kommt, muss eine Verhaltensänderung bestehen und von den betreuenden Personen erkannt werden. Als Erstes muss herausgefunden werden, ob die Verhaltensänderung eine körperliche oder affektive Ursache hat. Bei einer körperlichen Ursache wird versucht, das Bedürfnis zu befriedigen und bei Fortbestehen des unerwünschten Verhaltens identisch vorzugehen wie bei einer affektiven Ursache. Ist also die Ursache affektiv, wird mittels nichtmedikamentösen Massnahmen versucht, das Bedürfnis auf diese Weise zu befriedigen. Bei ausstehendem Erfolg wird als Nächstes der Versuch mit Analgetika gestartet, bevor als letzter Schritt die Psychopharmaka eingesetzt werden. Wenn dieser Schritt abgeschlossen ist, kann die STI wieder von Anfang an beginnen und jeder Teilschritt wird erneut der Reihe nach durchgeführt (Fischer et al., 2008).

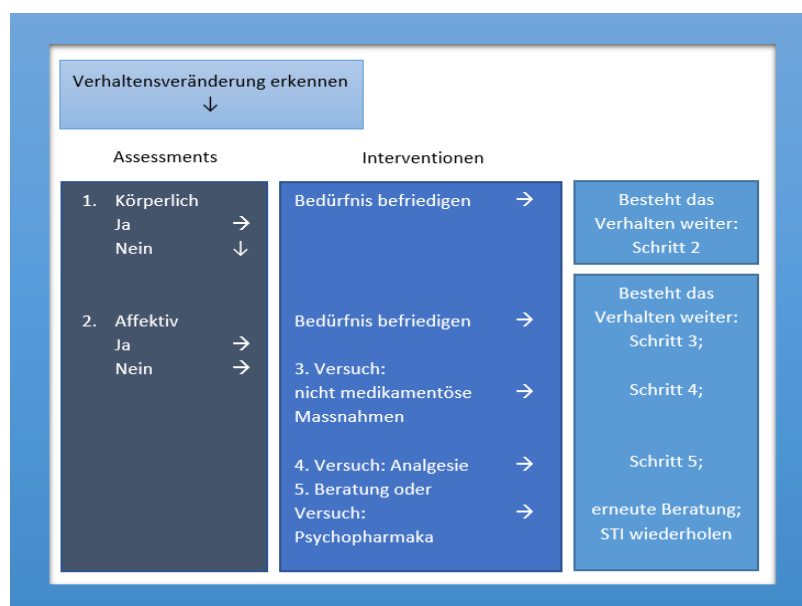


Abbildung 2: Ablauf der STI. Eigene Abbildung in Anlehnung an Fischer et al. (2008)

Wird nun die Erkenntnis von Cohen-Mansfield (2013) bezüglich der Nebenwirkungen der pharmakologischen Interventionen mit dem Ziel der STI kombiniert, die Psychopharmaka und somit die pharmakologischen Interventionen möglichst zu vermeiden, lässt sich die Relevanz der nichtmedikamentösen Massnahmen ableiten. Ist das Wissen über die nichtmedikamentösen Massnahmen vorhanden und kann somit in der alltäglichen Pflege angewendet werden, ist ein grosser Baustein gelegt, um das Ziel der STI erreichen zu können.

Nachfolgend werden die in der Literatur am häufigsten erwähnten nichtmedikamentösen Interventionen, welche zur Behandlung der Agitation in Frage kommen, aufgeführt und erläutert, damit das Verständnis gegeben ist.

Aromatherapie

Die Aromatherapie ruft eine beruhigende Wirkung durch angenehm riechende Destillate aus Lavendel, Melisse, Rose oder anderen Pflanzen hervor. Die Essenzen können durch verschiedene Arten zum Einsatz gebracht werden. Es kann beispielsweise durch Duftlampen oder Inhalationsgeräte eingeatmet, ins Badewasser gegeben oder durch Massage auf die Haut aufgetragen werden. Die ätherischen Öle aktivieren den Geruchssinn und durch die enge Verbindung zwischen dem olfaktorischen Kortex und dem limbischen System gibt es eine rasche und starke emotionale Wirkung (Kurz, 2013).

Massage und therapeutische Berührungen

Die Massagetherapie wird gemäss Reichert (2015) als Weichteilmanipulation bezeichnet, wobei mit Händen, Fingern sowie Unterarmen direkte Berührungen ausgeführt werden. Die Massage dient zur Behandlung von klinischen Symptomen und der Steigerung

von Entspannung und Wohlbefinden. Eine Massage kann zudem zur Verbesserung von Haltung und Bewegung sowie zum energetischen Ausbalancieren angewendet werden. Es gibt verschiedene Massagestile, welche je nach Ziel der Behandlung zum Einsatz kommen. Es können sowohl Reibungen, Knetungen, Dehnungen sowie auch Vibrationen ausgeführt werden. Die Massage kann angewendet werden, um Verspannungen und Verhärtungen der Muskulatur zu lösen und dient der Verbesserung der Durchblutung. Massage hat zudem eine positive Wirkung auf die Psyche.

Die therapeutischen Berührungen stammen aus dem Pflegekonzept „Therapeutic Touch“. Bei dieser Intervention werden mithilfe der Hände bestimmte menschliche Energien gelenkt und dabei wird die Aktivierung des Körpers zur Heilung angestrebt. Diese gezielten Berührungen und sanften Stimulationen dienen auch der Harmonisierung von energetischen Prozessen im Körper (Bartholomay, 2015).

Shiatsu und Akupressur

Shiatsu ist eine japanische Methode mit chinesischem Hintergrund. Wörtlich übersetzt heisst „Shi“ Finger und „atsu“ Druck. Somit bedeutet dieses Wort Fingerdruck. Mit den Fingern werden verschiedene Punkte am Körper mit individuellem Druck gepresst und dadurch kann die Eigenheilung des Körpers angekurbelt werden. Shiatsu stellt keine einheitliche oder genau vorgegebene Methode dar. Je nach Person, welche die Therapie durchführt, wandelt sich das Shiatsu für den Patienten oder die Patientin. Daher ist es wichtig, Erfahrungen zu sammeln und sich fachlich weiterzuentwickeln (Itin, 2007).

Bei der Akupunktur werden auch durch Druckmassagen definierte Akupressurpunkte am ganzen Körper gedrückt. Akupressur stellt eine traditionelle chinesische Therapie dar. Durch den Körper verlaufen verschiedene sogenannte Meridiane, welche einen Energiekreislauf für Organe und Organsysteme bilden. Zahlreiche Akupressurpunkte befinden sich auf diesen Meridianen. Durch diese Druckausübungen auf die Meridiane könnten nun Energien gefördert und zum Fließen gebracht werden, was somit die Lebensenergie positiv beeinflussen kann (Wellens-Müchner, 2013).

Musiktherapie

Gemäss dem Schweizerischen Fachverband für Musiktherapie (2018) wird bei der Musiktherapie die Musik zur Förderung, Erhaltung sowie Wiederherstellung von Gesundheit eingesetzt. Sie wird in verschiedenen Formen verwendet und unterstützt die Wahrnehmung, den Ausdruck, die Kommunikation und das Verhalten. Musiktherapie lässt sich in aktive und passive Form unterteilen. Bei der aktiven Musiktherapie wird der Patient oder die Patientin selbst aktiv, dies bedeutet zum Beispiel Instrumente spielen oder Singen.

Bei der passiven Musiktherapie werden die Menschen mit Musik konfrontiert, beispielsweise durch das Abspielen von Musik. Das innere Befinden kann durch die dabei entstehenden Gefühle beeinflusst werden (Groksch, 2016).

Humortherapie

Laut Takeda et al. (2010) ist allgemein anerkannt, dass der emotionale Zustand eines Patienten oder einer Patientin den Verlauf einer Krankheit beeinflussen kann. Diese Beeinflussung kann sowohl positiv wie auch negativ sein. Ein positives emotionales Erlebnis kann eine Situation entspannen, wobei ein negatives Erlebnis genau das Gegenteil bewirken kann. Takeda et al. (2010) betonen, dass Lachen mit einem positiven Gefühl verbunden ist und angenehme Emotionen auslösen kann. Humor kann in der Pflege unterschiedlich zum Einsatz gebracht werden. Bei Humortherapien können beispielsweise Witze erzählt und selbst lustige Aktivitäten gemacht werden oder es kann auch anderen Personen dabei zugeschaut werden (Hirsch, Junglas, Konradt, & Jonitz, 2010). Gemäss Takeda et al. (2010) ist es jedoch eine Schwierigkeit, herauszufinden, was die Patienten und Patientinnen sich unter angenehmem Humor vorstellen. Humor muss zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und in der richtigen Gelegenheit erfolgen. Ist dies nicht der Fall, kann er mehr Schaden als Nutzen erbringen. Zwischen Sender und Empfänger ist eine Vertrauensbasis von Vorteil. Gerade bei Menschen mit Demenz ist es oftmals schwierig, den Humor einschätzen zu können. Häufig verstehen sie auch nicht denselben Humor wie Menschen ohne Demenz. Patienten und Patientinnen mit Demenz können empfindlicher auf Witze oder Humor reagieren und komplizierte Dinge nicht mehr verstehen. Ein weiterer Aspekt bilden die Kultur, der kognitive Status und die Einstellung gegenüber den Themen, worüber humorvoll gesprochen wird. Es gibt also keine definitiven Regeln, wie Humortherapien bei Menschen mit Demenz durchgeführt werden sollen, da die Individualität jeder Person im Vordergrund steht. Sobald der Humor einer Person eingeschätzt werden kann und das Vertrauen vorhanden ist, kann Humor positive Wirkungen hervorrufen (Takeda et al., 2010).

Lichttherapie

Die Lichttherapie wird auch als Phototherapie bezeichnet. Bei der Lichttherapie wird das Sonnenlicht im sichtbaren und ultravioletten Bereich verwendet. Durch den Lichteinfluss wird der Serotoninstoffwechsel stimuliert, wobei ein positiver Einfluss auf die Stimmungslage entsteht. Vor allem depressive Störungen während Herbst oder Winter können durch die Lichttherapie behandelt werden (Höwler, 2004).

Tiergestützte Interventionen

Die tiergestützte Therapie zählt gemäss Püllen et al. (2013) zu den nichtmedikamentösen Therapieansätzen bei kognitiv beeinträchtigten älteren Patienten und Patientinnen. Püllen et al. (2013) erläutern, dass Patienten und Patientinnen mit den Tieren unter Anleitung eines Therapeuten oder einer Therapeutin interagieren. Bei den Tieren handelt es sich meist um Hunde. Das Ziel besteht darin, psychische und verhaltensbezogene Probleme bei Patienten und Patientinnen zu verbessern. Tiere können das physische Wohlbefinden eines Menschen beeinflussen, indem sie positive kardiovaskuläre Veränderungen, Stressreduktion, Kreislaufstabilisierung und verbesserte Motorik sowie Muskelspannung hervorrufen (Scheibeck, Pallauf, & Seeberger, 2011). Die Tiere können Gefühle der Geborgenheit und Selbstsicherheit fördern und dabei die Kognition anregen. Püllen et al. (2013) erklären den Ablauf einer solchen tiergestützten Sitzung, welche je nach Bedürfnis der teilnehmenden Personen unterschiedlich ablaufen können. Sie dürfen Leckerlis füttern, die Tiere streicheln oder dem Geschehen auch einfach zuschauen. Oftmals finden die Sitzungen in Gruppen statt. Wichtig dabei ist auch, auf die Erfahrungen der Patienten und Patientinnen einzugehen und diese nicht zu überfordern. Meistens wurden die tiergestützten Interventionen in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt, da in Akutspitälern oft das Problem mit der Krankenhaushygiene besteht (Püllen et al., 2013).

Multisensorische Interventionen

Bei den multisensorischen Interventionen wird meist der Snoezelenraum erwähnt. Unter Snoezelen wird gemäss der International Snoezelen Association (2018) schnüffeln, schnupfern und schlummern verstanden. Es ist eine Methode zur Entspannungs- und Wahrnehmungsförderung und damit kann das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz gesteigert werden. In einem Raum werden mit Licht, Klängen, Aromen und Musik Sinnesempfindungen ausgelöst. Bartoszek (2017) berichtet beispielsweise über die olfaktorischen, gustatorischen sowie akustischen Sinne, welche angeregt werden. Durch diesen Snoezelenraum wird Wohlbefinden erzeugt und es können Ängste genommen werden. Zudem können die Wahrnehmungsbereiche sowohl aktivierend wie auch entspannend wirken.

3 METHODE

In diesem Kapitel wird die Methode dieser Arbeit beschrieben. Sie beinhaltet die Literaturrecherche, die Suchstrategie, die Limiten der Literaturrecherche, die Ein- und Ausschlusskriterien und das Prisma-Schema.

3.1 Suchstrategie

Zwischen April und Mai 2018 wurde eine systematische Literaturrecherche auf folgenden Datenbanken durchgeführt: Medline über PubMed, Cinahl Complete, Cochrane Library, Web of Science und Ovid Nursing.

3.1.1 Suchbegriffe

Anhand der Forschungsfrage wurden passende Suchbegriffe gewählt. Diese sind auf Englisch übersetzt und mit Synonymen ergänzt worden. Es wurden folgende Mesh-Begriffe verwendet: „dementia“, „alzheimer disease“, „psychomotor agitation“, „behavior“, „complementary therapies“ und „nursing“. Die Suchbegriffe, welche dasselbe Schlüsselwort umschreiben, wurden mit „OR“ verknüpft. Anschliessend wurden diese Kombinationen mit „AND“ kombiniert. Zusätzlich zu den Mesh-Begriffen wurden für die Begriffe „dementia“ und „agitation“ noch Textworte mittels „OR“ hinzugefügt.

Tabelle 2: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlag- und Textworte) & Operatoren	Filter/Limiten	Anzahl gefundener Studien	Anzahl verwendete Studien
Pubmed	((("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh]) AND ("Psychomotor Agitation"[Mesh] OR "Behavior"[Mesh])) AND ("Nursing"[Mesh] OR "Complementary Therapies"[Mesh]))	Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Metaanalyse, Abstract, Publication Date: 2014-2018, Languages: English, German	64	8
Pubmed	((("Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh]) OR ("dementia"[All Fields])) AND (("Psychomotor Agitation"[Mesh] OR "Behavior"[Mesh]) OR agitation[All Fields])) AND ("Complementary Therapies"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]))	Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Metaanalyse, Abstract, Publication Date: 2014-2018, Languages: English, German	58	1
Cinahl	(Dementia OR alzheimer's disease) AND (psychomotor agitation OR behavior) AND (complementary therapies OR nursing)	Abstract Available, Published Date: 2014-2018, Randomized controlled Trial	44	3

Cochrane	Mesh descriptor: (Dementia) OR Mesh descriptor: (Alzheimer Disease) AND Mesh descriptor: (Psychomotor Agitation) OR Mesh descriptor (Behavior) AND Mesh descriptor (Complementary Therapies) OR Mesh descriptor (Nursing Care)	Publication from 2014-2018	30	1
Web of Science	TS=(dementia OR "Alzheimer disease") AND TS="psychomotor agitation" AND TS="complementary therapies"	Timespan: 2014-2018; Languages: English or German	3	0
Ovid Nursing	(Dementia mp OR Alzheimer Disease mp) AND (Psychomotor Agitation mp OR Behavior mp) AND (Complementary Therapies mp OR Nursing mp)	Limit Year 2014-2018; Languages English or German	36	1

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Mittels definierter Kriterien wurden die Studien ein- beziehungsweise ausgeschlossen. Die verwendeten Kriterien werden im folgenden Kapitel erläutert.

3.2.1 Einschlusskriterien

Aufgrund der Forschungsfrage werden Studien aus allen Settings eingeschlossen und die gewonnenen Erkenntnisse können dadurch auf alle Settings übertragen werden. Es werden sämtliche Demenzformen berücksichtigt, da in den verschiedenen Institutionen die Möglichkeit besteht, Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen Demenzformen zu betreuen. Ein weiteres Einschlusskriterium sind Studien mit Interventionen, welche den lokalen Gegebenheiten entsprechen und somit müssen die Ressourcen für die Anwendung im europäischen Raum vorhanden sein. Damit eine grosse Auswahl an verschiedenen Interventionen gefunden werden kann, werden Studien aus allen Ländern eingeschlossen. Zusätzlich werden nur Studien inkludiert, welche einen Abstract beinhalten. Mit einem vorhandenen Abstract kann eine inhaltliche Übersicht gewonnen und die Studien schon frühzeitig ein- beziehungsweise ausgeschlossen werden.

Es werden randomisierte kontrollierte Studien (RCT), systematische Reviews (SR), Metaanalysen und klinische Studien eingeschlossen. Gemäss Briggs (2013) weisen diese Designs hohe Evidenzlevel auf. Dadurch kann gewährleistet werden, dass die gefundenen Studien durch die hohe Qualität eine bessere Aussagekraft der Ergebnisse aufweisen.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Befassen sich Studien allgemein mit dem Befinden oder Verhalten und ist das Outcome nicht klar auf die Agitation gerichtet, werden diese Studien nicht berücksichtigt. Wenn medikamentöse Behandlungen Bestandteil einer Intervention sind, werden diese ausgeschlossen. Studien, die sich mit Intervention für Pflegefachpersonen befassen, wie zum Beispiel Schulung für das Personal, werden nicht involviert. Die Intervention soll sich an den Patienten oder die Patientin richten und auch nicht an Familienmitglieder. Studien, welche vor dem Jahr 2014 publiziert wurden, werden vernachlässigt. Mit dieser Zeitlimite kann die Aktualität der Ergebnisse gewährleistet werden, weil dadurch nur die neusten Erkenntnisse in diese Arbeit einfließen. Ein weiteres Ausschlusskriterium sind qualitative Studiendesigns, da eine quantitative Fragestellung gestellt wurde. Systematische Reviews, welche sowohl quantitative wie auch qualitative Studien enthalten, werden nicht ausgeschlossen.

Studien, die nicht in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden, werden aufgrund des Sprachverständnisses nicht berücksichtigt.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Alle Settings werden einbezogen.	Studien, welche sich allgemein mit herausforderndem Verhalten befassen.
Sämtliche Demenzformen werden eingeschlossen.	Interventionen, welche medikamentöse Bestandteile enthalten.
Studien aus allen Publikationsländern werden in Betracht gezogen.	Interventionen, welche sich an Familienmitglieder oder Pflegefachpersonen richten.
Studien, welche einen Abstract beinhalten.	Studien, welche vor dem Jahre 2014 publiziert wurden.
Studien mit dem Design von randomisierten kontrollierten Studien, systematischen Reviews, Metaanalysen oder klinischen Studien.	Studien, welche in einer anderen Sprache als Englisch und Deutsch verfasst wurden.
	Qualitative Studiendesigns

3.3 Limiten

Um die Ein- und Ausschlusskriterien besser umsetzen zu können, wurden auf den Datenbanken, falls möglich, Limiten angewendet. Als Sprachlimite wurde Englisch und Deutsch gewählt und das Zeitfenster von 2014 bis 2018 festgelegt. Um die gewünschten Designs zu finden, wurden folgende Filter gesetzt: randomisierte kontrollierte Studie, systematische Reviews, Metaanalysen und klinische Studien. Als letzte Limite wurde noch der Abstract gewählt.

3.4 Literaturwahl und Literaturanalyse

Total wurden 235 Studien auf den im oberen Kapitel bereits genannten Datenbanken gefunden. Nach Überprüfung von Duplikaten verblieben noch 150 Studien. Als Nächstes konnten nach dem Durchlesen von Titel und Abstract weitere 113 Studien ausgeschlossen werden. Diese Überprüfung erfolgte durch die definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Auf Volltext wurden 37 Studien gelesen und dabei konnten zusätzlich 23 Studien ausgeschlossen werden. Eine kurze Begründung des Ausschlussgrundes ist dem nachfolgenden Prisma zu entnehmen (siehe 3.5 Abbildung 3: Flussdiagramm zur Literatursuche). Schlussendlich konnten 14 Studien für die Bearbeitung der Forschungsfrage verwendet werden. Unter diesen verwendeten Studien befinden sich nun acht systematische Reviews, ein systematischer Review von systematischen Reviews und fünf randomisierte kontrollierte Studien.

Nach dem Durchlesen der Studien wurden diese anhand von Checklisten auf ihre Qualität beurteilt. Für das Design der systematischen Reviews wurde eine eigene Checkliste verwendet (Shea et al., 2007). Für die randomisierten kontrollierten Studien wurde mit einer weiteren Checkliste gearbeitet (Polit & Beck, 2017). In den Ergebnistabellen wird das Evidenzlevel nach Joana Briggs Institute (JBI) (Briggs, 2013) eingeschätzt.

3.5 Prisma

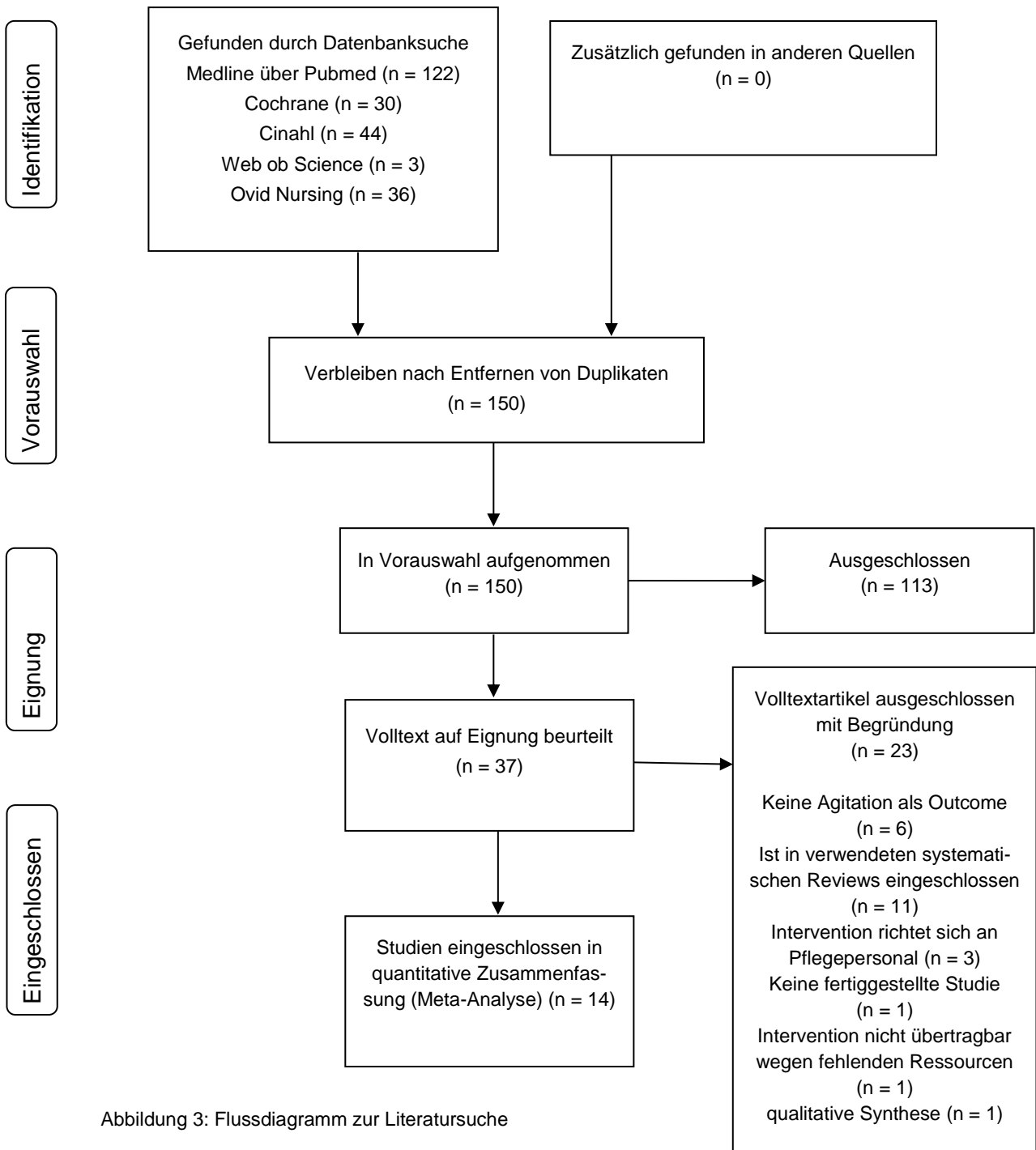


Abbildung 3: Flussdiagramm zur Literatursuche

4 ERGEBNISSE

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der gefundenen Studien präsentiert. Die verschiedenen Ergebnisse in den Studien werden so gefiltert, dass nur Ergebnisse, welche spezifisch die Agitation befassen, aufgenommen werden. Sämtliche Ergebnisse, welche die allgemeinen verhaltensbezogenen und psychischen Symptome der Demenz ansprechen oder kein Outcome bezüglich der Agitation liefern, sind in dieser Arbeit nicht integriert und werden somit in den Ergebnissen nicht aufgeführt.

4.1 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

Tabelle 4: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Abraha et al.</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Italien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Ziel besteht darin, die Evidenz der nichtmedikamentösen Interventionen zu bewerten, um ein Arbeitskompendium für die nichtmedikamentöse Behandlung der BPSD bereitzustellen.</p> <p>Design: Systematisches Review von systematischen Reviews</p>	<p>Auf den Datenbanken Cochrane, Embase, Pubmed, PsycINFO und Cinahl wurden systematische Reviews gesucht. Es wurden Studien eingeschlossen, die entweder ein Review oder eine Metaanalyse sind und nichtmedikamentöse Interventionen bei Verhaltensstörungen von Menschen mit Demenz beinhalten.</p> <p>Es wurden Artikel eingeschlossen, die von 2009 bis 2015 publiziert wurden. Dauer der Suche ist unklar.</p> <p>Es wurden 38 SR eingeschlossen. Davon untersuchten 12 SR Interventionen zur sensorischen Stimulation, 33 SR kognitive/emotionsorientierte Interventionen, sechs SR verhaltensbezogene Techniken und fünf SR andere Interventionen.</p>	<p>Geeignete Studien wurden ausgewählt und die Daten unabhängig von zwei Gutachtern extrahiert. Uneinigkeiten wurden ausdiskutiert oder mit anderen Autoren besprochen.</p> <p>Die Qualität jedes systematischen Reviews wurde mit dem AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Reviews) eingeschätzt. Diese wurden eingeteilt in „hoch“ (Score > 8), „mittel“ (Score 4 - 7) und „tief“ (Score < 3).</p> <p>Zur Risikobewertung wurde die Cochrane Collaboration Methode gewählt. Für die Qualität der Evidenz wurde GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) verwendet.</p>	<p><u>Shiatsu und Akupressur:</u> Die Autoren berichten, dass die Agitation bei dementen Teilnehmenden gesunken ist (keine p-Wert vorhanden).</p> <p><u>Aromatherapie:</u> Die Interventionen wurden mit Lavendel, Melisse- und Zitronenbalmöl durchgeführt. Von drei systematischen Reviews geben zwei keine Ergebnisse an und eine sowohl einen Nutzen wie auch keinen Nutzen (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Massage:</u> Zwei systematische Reviews untersuchten diese Intervention. Ein systematisches Review zeigte eine Verminderung der Agitation durch Handmassage. Das zweite systematische Review ergab eine positive Wirkung auf die verbale und die physische Agitation durch Massage der oberen Extremitäten (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Lichttherapie:</u> Von den vier untersuchten Reviews ergab keine eine Verminderung der Agitation durch Lichttherapie (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Sensorische Gartenaktivitäten:</u> Zwei systematische Reviews befassten sich mit dieser Intervention, wobei alle Sinne angesprochen werden. Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien zeigten keine Signifikanz (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Musiktherapie:</u> Von den sieben systematischen Reviews untersuchten zwei die Wirkung von Musik auf die Agitation. Musik abspielen während den Essenszeiten ergab in beiden systematischen Reviews eine Reduktion von agitiertem Verhalten (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Kombination von Umgebung und sensorischer Stimulation:</u> Ein systematisches Review wurde zu dieser Intervention eingeschlossen. Dieses ergab einen signifikanten Unterschied bezüglich Agitation (keine p-Wert vorhanden).</p> <p><u>Kombination von Musik und Handmassage:</u> Das einzig verwendete systematische Review ergab eine signifikante Reduktion von Agitation (kein p-Wert vorhanden).</p> <p><u>Tiergestützte Therapie:</u> Ein systematisches Review befasste sich mit dieser Intervention. Die Autoren berichten, dass Tiertherapie einen positiven Effekt auf die Agitation hat (keine p-Wert vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Evidenz, da systematisches Review von systematischen Reviews. - Viele Interventionen werden aufgezeigt. - Interventionen sind in verschiedenen Settings. - Eine umfangreiche Suchstrategie wurde durchgeführt. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es werden keine abschliessenden Empfehlungen gegeben. - Ergebnisse sind teilweise unklar, da nicht überall p-Werte vorhanden sind. - Die eingeschlossenen Studien haben teils ein kleines Sample. - Die Interventionen sind unterschiedlich durchgeführt, was schwierig zum Vergleichen ist. <p>Evidenzlevel: Level I a (JBI, 2014)</p>

Tabelle 5: Using Complementary and Alternative Medicine to Treat Pain and Agitation in Dementia. A Review of Randomized Controlled Trials from Long-Term

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Anderson, Deng, Anthony, Atalla, & Monroe</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: USA</p>	<p>Auf Pubmed und Google Scholar sowie der Vanderbilt University Library wurde nach Literatur gesucht. Die Suche wurde ausgeweitet auf randomisierte kontrollierte Studien, die sich mit „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) beschäftigen. Die Studien beinhalten ein Sample von mehr als 10 und bei den Teilnehmenden wurde die Diagnose Demenz gestellt. Die Studie befand sich im Langzeitsetting. Der Zeitraum der Suche ist unklar.</p>	<p>Es werden keine verwendeten Instrumente oder Risikobewertungen aufgeführt.</p>	<p><u>Aromatherapie:</u> Die Aromatherapie wurde mit Lavendel-, Jojoba-, Melissen-, Rosen- oder Zitrusöl durchgeführt. Entweder wurde sie in Form einer Massage der oberen Extremitäten oder oberflächlich appliziert. Von den vier eingeschlossenen Studien zeigte keine eine Evidenz (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Therapeutische Berührungen:</u> Eine Studie befasste sich mit den therapeutischen Berührungen. Es konnte keine signifikante Reduktion der Agitation gezeigt werden (kein p-Wert vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wurden nur RCT's eingeschlossen, daher ist eine hohe Qualität gewährleistet. - Eingeschlossene Studien kommen aus verschiedenen Ländern, wodurch die Übertragbarkeit höher ist. - Studien enthalten grosses Sample. - Interventionen werden übersichtlich in Tabellen dargestellt. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es sind keine p-Werte vorhanden, wodurch keine statistische Überprüfung erfolgen kann. - Es ist unklar, wie die eingeschlossenen Studien auf die Qualität beurteilt wurden. - Nicht ersichtlich, durch wen Daten ausgewählt wurden. - Es wurden nur Studien in Englisch eingeschlossen. - Es wurde neben Pubmed und der Vanderbilt Universitätsbibliothek auf Google Scholar nach Literatur gesucht, was keine wissenschaftliche Datenbank darstellt. <p>Evidenzlevel: Level I a (JBI, 2014)</p>
<p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p>	<p>Artikel, die von 2002 bis 2017 publiziert wurden, wurden eingeschlossen. Es wurden sieben quantitative Studien eingeschlossen. Zudem wurden nur Artikel eingeschlossen in englischer Sprache.</p>			
<p>Ziel: In diesem Artikel werden die komplementären und alternativen Therapien und ihre Wirksamkeit bei älteren Erwachsenen mit Schmerzen und Demenz bei Langzeittherapien untersucht und analysiert, welche komplementären und alternativen Therapien in Langzeiteinrichtungen und möglicherweise in die Intensivpflege überführt werden könnten.</p>				
<p>Design: Systematisches Review</p>				

Tabelle 6: Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: de Oliveira et al.</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>Land: Brasilien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Ziel ist, die wichtigsten nichtpharmakologischen Interventionen für BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) bei der Behandlung von Demenzpatienten und -patientinnen zu identifizieren und zusammenzufassen.</p> <p>Design: Systematisches Review</p>	<p>Es wurde eine Literaturrecherche auf den Datenbanken Medline und Embase databases durchgeführt. Die Suche ergab 33 Studien, worauf 20 Studien den Einschlusskriterien entsprachen und in den Review eingeschlossen wurden. Zu den Einschlusskriterien gehörten Studien in englischer, spanischer und portugiesischer Sprache und die eine geeignete Beschreibung des Studiendesigns aufweisen (z. B. Clinical Trials, Interventionsstudien). Systematische Reviews, Metaanalysen und Fallstudien wurden ausgeschlossen.</p> <p>Es wurden Artikel eingeschlossen, die von 2005 bis 2015 veröffentlicht wurden</p>	<p>Die Studien wurden ausgewählt und analysiert, jedoch wird nicht erwähnt durch wen.</p> <p>Eine kritische Analyse wurde durchgeführt, um die Reaktion von Patienten mit verschiedenen Symptomen von BPSD auf verschiedene nichtpharmakologische Ansätze zu untersuchen.</p>	<p><u>Musiktherapie</u> Zwei Studien untersuchten die Musiktherapie. Die Musiktherapie bestand entweder aus Audiotapes mit Musik aus der Vergangenheit oder aus 30-minütigen Gruppensitzungen während sechs Wochen. Beide Studien zeigten eine signifikante Reduktion von Agitation (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Aromatherapie</u> Drei Studien untersuchen die Agitation. Es wurden Lavendel und Melissenöl zur Inhalation, Applikation oder Akupressur eingesetzt. Zwei Studien, die sich mit Lavendel befassten, konnten eine Verminderung der Agitation zeigen (keine p-Werte vorhanden). Bei der Anwendung von Melisse gab es keinen signifikanten Unterschied (kein p-Wert vorhanden).</p> <p><u>Lichttherapie</u> Von den zwei eingeschlossenen Studien zeigte nur eine Studie eine statistische Signifikanz auf. Die Studie, welche eine Signifikanz zeigte, stellte einen Unterschied zwischen Morgen- & Nachmittagslichtexposition fest (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Kombinierte Aktivitäten</u> Eine Studie untersuchte die Kombination von Musik, Bewegungsübungen, Malen etc. Es konnte eine Reduktion der Agitation gezeigt werden (keine p-Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es sind übersichtliche Tabellen vorhanden. - Die Ergebnisse sind in eigenen Unterkapitel dargestellt. - Es wurden viele verschiedene Interventionen in der Studie untersucht. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionen wurden unterschiedlich durchgeführt, daher ist ein Vergleich schlecht möglich. - Interventionen sind teilweise zu vage erklärt. - Die meisten Studien haben kleines Sample. - Es ist nicht ersichtlich, durch wen die Datensuche erfolgte. - Die Sprache wurde limitiert. <p>Evidenzlevel: Level I b (JBI, 2014)</p>

Tabelle 7: Benefits of music therapy on behavior disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Gomez-Romero et al.</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Spanien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Ziel ist, Schlussfolgerungen wissenschaftlicher Publikationen zum Nutzen der Musiktherapie bei Verhaltensproblemen von älteren Patienten und Patientinnen mit Demenz zu ermitteln.</p> <p>Design: Systematisches Review</p>	<p>Es wurde eine Literaturrecherche auf den Datenbanken Academic Search Complete, Pubmed, Science Direct und Dialnet electronic databases durchgeführt.</p> <p>Es wurden RCT's und klinische Studien eingeschlossen, die Artikel sind in englischer oder spanischer Sprache und die Teilnehmenden sind > 65 Jahre alt und leiden an Demenz.</p> <p>Es wurden Artikel eingeschlossen, die von 2003 bis 2013 publiziert wurden.</p> <p>Studien, die älter als 10 Jahre und keine RCT's oder klinische Studien sind, wurden ausgeschlossen.</p> <p>Sieben Studien verglichen Musiktherapie mit einer Kontrollgruppe, wobei sich drei Studien auf die Agitation fokussierten.</p>	<p>Zwei unabhängige Gutachter haben recherchiert, die Artikel ausgewählt und rezensiert.</p> <p>Bei Meinungsverschiedenheiten wurde ein Konsens erzielt.</p> <p>Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde auf der PEDro-Skala (Physiotherapy Evidence Database) gemessen, die die Studienqualität anzeigt. Diese beinhaltet 11 Kriterien, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die Gesamtpunktzahl liegt zwischen 0 und 10, was auf eine niedrige bis exzellente Methode hinweist.</p>	<p>Drei Studien befassten sich mit der Musiktherapie. Die Interventionsgruppe erhielt Musiktherapie in Gruppensitzungen und die Kontrollgruppe erhielt die normale Betreuung.</p> <p>Bei zwei Studien konnte eine signifikante Verminderung der Agitation bei der Interventionsgruppe gezeigt werden (keine p-Werte vorhanden).</p> <p>Eine Studie konnte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen feststellen (kein p-Wert vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionen wurden auch von Pflegeperson durchgeführt (Musik abspielen) – daher ist die Durchführbarkeit von einigen Interventionen in verschiedenen Settings ohne ausgebildetes Personal möglich. - Die Resultate werden in eigene Kapitel gegliedert, was zu einer übersichtlichen Darstellung führt. - Qualität der Studien wurde gut erfasst und in Tabelle dargestellt. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sample der eingeschlossenen Studien ist eher klein, daher Übertragbarkeit auf Gesamtpopulation schwierig. - Interventionen wurden über kurzen Zeitraum durchgeführt, daher fragliche Signifikanz. - Die meisten Studien wurden im asiatischen Raum durchgeführt, Übertragbarkeit aufgrund kultureller Unterschiede eher schwierig. <p>Evidenzlevel: Level I b (JBI, 2014)</p>

Tabelle 8: A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Konno, Kang, & Makimoto</p> <p>Jahr: 2014</p> <p>Land: Japan</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Ziel besteht darin, die Wirksamkeit von Interventionen, welche die Häufigkeit und Intensität des Widerstands bei der täglichen Pflege von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen mit Demenz reduzieren, zu prüfen.</p> <p>Design: Best-evidence Review</p>	<p>Es wurde in den Datenbanken Cinahl, Medline, Embase, PsycINFO, Cochrane Clinical Trials, Scopus, ProQuest, Web of Knowledge, Mosby's Nursing Consult und Health Science/Nursing Academic Edition recherchiert.</p> <p>Eingeschlossen wurden Studien, die von 1990 bis 2012 in englischer Sprache publiziert wurden. Die Studien waren randomisierte kontrollierte Studien oder Quasi-experimentelle Studien. Die Teilnehmenden sind über 55 Jahre alt und leben in einer Pflegeheim-einrichtung. Studien, die sich mit den Angehörigen befassten, wurden ausgeschlossen.</p> <p>Es wurden 19 Studien eingeschlossen.</p>	<p>Die Studien wurden von zwei unabhängigen Personen gelesen und beurteilt, bevor diese in das Review aufgenommen wurden. Die Ergebnisse wurden von beiden Autoren einzeln abstrahiert und bei Differenzen diskutiert.</p> <p>Die Studien wurden anhand der Joanna Briggs Institute – Checkliste auf ihre Qualität beurteilt.</p>	<p>Von 10 Studien berichteten sieben Studien eine statistische signifikante Reduktion von aggressivem Verhalten (keine p-Werte vorhanden). Zwei Studien berichteten über eine erhebliche Fluktuation im Auftreten von Agitiertheit, wenn Musik während dem Mittag- oder Abendessen abgespielt wurde. Entweder wurde Musik während den Mahlzeiten, dem Baden oder der Morgenpflege abgespielt oder es wurde Vorgesungen (keine p-Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Recherche wurde in vielen Datenbanken durchgeführt. - Suchstrategie ist übersichtlich dargestellt und mit eigenem Prisma. - Kritische Würdigung der Studien wurde anhand JBI durchgeführt. - Grosse Zeitspanne der eingeschlossenen Studien. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der Teilnehmenden ist weiblich. - Es werden keine genauen p-Werte angegeben. - Die Qualität der eingeschlossenen Studien ist gering. - Es gab keine Messskala für den Widerstand gegen die Pflege. - Es werden nur englische Studien eingeschlossen. <p>Evidenzlevel: Level I b (JBI, 2014)</p>

Tabelle 9: Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomized controlled trials

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Livingston et al.</p> <p>Jahr: 2014</p> <p>Land: Grossbritannien</p>	<p>Es wurde zwischen August 2011 und Juni 2012 auf Pubmed, Web of Knowledge, British Nursing Index, Health Technology Assessment, Programme Database, PsycINFO, NHS Evidence, System for Information on Grey Literature, the Stationery Office Official Publications website, the National Technical Information Service, Cinahl und Cochrane nach Literatur gesucht.</p>	<p>Die ersten 20 Studien wurden von zwei unabhängigen Autoren beurteilt. Die restlichen Studien wurden von drei unabhängigen Autoren gelesen. Bei unklarem Ausschluss einer Studie wurde bis zum Konsens diskutiert.</p> <p>Die eingeschlossenen RCT's wurden nach dem „Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) beurteilt.</p> <p>Die Interventionen wurden zuerst unabhängig und in einem zweiten Schritt gemeinsam kategorisiert.</p>	<p><u>Aktivitäten:</u> Fünf Studien untersuchten diese Intervention. Aktivitäten haben in Pflegeheimen das Ausmass der Agitation signifikant verringert, jedoch gibt es keinen Hinweis auf einen längerfristigen Effekt. Es gibt keine Signifikanz für Aktivitäten bei schwerer Agitation (keine statistischen Werte vorhanden).</p> <p><u>Musiktherapie:</u> Drei Studien geben an, dass es wenig Evidenz für einen langfristigen Nutzen und keine Evidenz für Menschen mit schwerer Agitation gibt (standardisierte Effektgrösse (SES) = 0.5 - 0.9)</p> <p><u>Therapeutische Berührungen:</u> Drei Studien befassten sich mit therapeutischen Berührungen. Es gab eine Verbesserung der symptomatischen Agitation und eine klinisch signifikante bessere Agitation während der Intervention. Jedoch gibt es keine ausreichenden Beweise für Langzeitwirkungen (keine statistischen Werte vorhanden). Im Vergleich zur Massage konnte weniger Wirkung gezeigt werden.</p> <p><u>Lichttherapie:</u> Von drei Studien konnte keine Evidenz gezeigt werden, dass Lichttherapie die Symptomatik oder starke Agitation in Pflegeheimen reduzieren kann. Es kann diese eher noch verschlimmern (SES = 0.2 - 4.0).</p> <p><u>Aromatherapie:</u> Zwei Studien untersuchten diese Intervention. Es konnte kein signifikanter Nutzen zur Reduzierung der Agitation gezeigt werden (keine statistischen Werte vorhanden).</p> <p><u>Übungen und andere Interventionen:</u> Bezüglich den Übungen und anderen Interventionen (Präsenztherapie, Massage, tägliche Aktivitäten) können keine endgültigen Empfehlungen abgegeben werden, da die Evidenz nicht ausreichend ist (keine statistischen Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wurde eine grosse Anzahl von Studien eingeschlossen. - Es wurde auf vielen Datenbanken gesucht und auch graue Literatur wurde eingeschlossen. - Die Studie ist übersichtlich aufgebaut und in klare Kapitel getrennt. - Es gibt eine Abbildung mit der Effektgrösse zu jeder einzelnen Studie, dadurch kann auf einen Blick rasch alles verglichen werden. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wird keine abschliessende Schlussfolgerung gemacht. - Die Interventionen werden nur schlecht erklärt. <p>Evidenzlevel: Level I a (JBI, 2014)</p>
<p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p>	<p>Es wurden 33 randomisierte kontrollierte Studien aller Sprachen eingeschlossen. Die eingeschlossenen Studien mussten die Agitation quantitativ messen und es musste eine Kontrollgruppe vorhanden sein. Alle Studienteilnehmenden mussten an Demenz leiden und wenn nicht, werden diese in der Studie separat analysiert. Die Studien mussten mehr als 45 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aufweisen. Studien, die sich mit Medikamenten befassten, wurden ausgeschlossen.</p>			
<p>Ziel: Systematische Überprüfung der Evidenz von randomisierten kontrollierten Studien, die sich mit nichtmedikamentösen Interventionen für Menschen mit Demenz, welche unter Agitation leiden, befassen. Die Interventionen sollen sowohl kurz- als auch langfristig wirken.</p>				
<p>Design: Systematisches Review von randomisierten kontrollierten Studien</p>				

Tabelle 10: The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Low et al.</p> <p>Jahr: 2014</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Setting: 35 Langzeitinstitutionen in Sydney</p> <p>Sample: 398 Bewohner und Bewohnerinnen aus Langzeitinstitutionen. Von den Teilnehmenden leiden viele an Demenz.</p> <p><u>Interventionsgruppe:</u> n = 189</p> <p><u>Kontrollgruppe:</u> n = 209</p>	<p>Die Interventionsgruppe erhielt über 26 Wochen zwischen 9 bis 12 Humorthera- piesitzungen von einem „Elder- Clown“. Die Sitzungen fanden entwe- der allein oder in Gruppen statt. Wäh- rend den Sitzungen wurden teils auch Musik, Witze oder einfache Konversa- tion integriert.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt die ge- wohnte Standardpflege.</p> <p>BEAM (Behavior Engagement and Af- fect Measure) wurde neu kreiert. Damit wurden die Dauer der Agitation, positi- ves Verhalten, Engagement und Affekt erfasst.</p>	<p>Es gab eine signifikante Abnahme in der Dauer von hoher ($p < 0.001$) und niedriger Agitation ($p < 0.001$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Sample ist gross und somit ist die Aussagekraft stärker. - Es wurden viele verschiedene Aspekte untersucht und in einer übersichtlichen Tabelle dargestellt. - Die Intervention wird ausführlich beschrieben. - Die Studie ist übersichtlich aufgebaut und mit sinnvollen und klaren Tabellen ergänzt. - Sie haben ein eigenes Instrument zur Erfassung des Verhaltens kreiert. - Es fand eine Verblindung der Studie statt.
<p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p>				
<p>Ziel: Das Ziel war, die Auswirkungen von Humorthherapie auf Agitation, Engagement, positive Verhaltensweisen, Affekt und Zufriedenheit zu bewerten. Es wurden zwei Hypothesen aufgestellt: Es wird erwartet, dass die Agitation verringert wird und die Interventionsgruppe länger ein positives Verhalten hat, sowie eine höhere globale Zufriedenheit aufweist. Zweitens wird vermutet, dass die Humorthherapie im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Verkürzung der Traurigkeit, Angst und Wut erzielt.</p>				<p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit der involvierten Teilnehmenden ist weiblich. - Es ist unklar, wie viele der Teilnehmenden wirklich an Demenz leiden. - Das Sample wird kaum beschrieben. - Es gibt teils keine klaren p-Werte, diese werden nur mit „kleiner als“ angegeben.
<p>Design: Cluster randomisierte kontrollierte Studie</p>				<p>Evidenzlevel: Level I c (JBI, 2014)</p>

Tabelle 11: Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Millan-Calenti et al.</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: Spanien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Es wurde eine systematische Übersicht über RCT's durchgeführt, die sich auf das nicht-pharmakologische Management von Agitation bei Menschen mit der Diagnose Alzheimer konzentrierten. Zusätzlich will die Wirkung der nichtmedikamentösen Interventionen überprüft und evidenzbasierte Empfehlungen zur Verwendung spezifischer Interventionsstrategien abgegeben werden.</p> <p>Design: Systematisches Review</p>	<p>Es wurde eine Literaturrecherche auf den Datenbanken Pubmed, Web of Science, PsycINFO und Scopus durchgeführt. Zu den Einschlusskriterien gehörten Artikel in englischer Sprache, Population 65 Jahre oder älter mit der Diagnose Alzheimer. Studien, die andere Demenztypen beinhalteten, wurden ausgeschlossen.</p> <p>Es wurden Artikel eingeschlossen, die von Januar 1996 bis Juni 2015 publiziert wurden und sich mit nichtmedikamentösen Interventionen zum Agitationsmanagement befassten. Es wurden RCTs eingeschlossen, die die Agitation vor und nach der Intervention untersuchten. Alle anderen Studientypen wurden ausgeschlossen.</p> <p>Es wurden nur Originalartikel eingeschlossen.</p>	<p>Zwei unabhängige Gutachter bewerteten die Angemessenheit der Inklusion und diskutierten Konflikte, bis ein Konsens erreicht wurde. In Fällen, in denen kein Konsens erzielt wurde, war ein dritter Gutachter beteiligt.</p> <p>In Bezug auf den Evidenzlevel wurden alle Studien als Level 2 betrachtet, basierend auf dem Oxford-Zentrum für evidenzbasierte Medizinkriterien.</p>	<p><u>Musiktherapie</u> Nur eine Studie zeigt Ergebnisse bezüglich der Agitation. Es konnte keine signifikante Verminderung von agitiertem Verhalten während der Intervention gezeigt werden (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Lichttherapie</u> Zwei Studien befassten sich mit dieser Intervention. Eine Studie ergab keinen signifikanten klinischen Effekt. Bei der zweiten Studie, welche sich mit Morgen- & Nachmittagslichtexposition beschäftigte, wurde ein signifikanter, aber klinisch kleiner Effekt für Agitation in der Morgenlicht-Gruppe gefunden (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Aromatherapie</u> Die Intervention wurde mit Melissenöl durchgeführt. Die Applikation erfolgte zweimal täglich mit Massage an Händen und Armen. Bei der Studie, welche sich mit dieser Intervention befasste, konnte keinen signifikanten Effekt gefunden werden (kein p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Therapeutische Berührung</u> Eine Studie wurde eingeschlossen. Es wurde während fünf Tagen täglich 30 – 40 min durch Pflegefachfrauen die Hände aufgelegt. Es konnte eine Reduktion von körperlichem nicht-aggressivem Verhalten (wiederholende Bewegungen, Ruhelosigkeit), jedoch keine Wirkung auf aggressive und verbale Agitation gezeigt werden (keine p-Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionen werden gut erklärt. - Es wurden nur RCT in die Studie eingeschlossen – hohe Qualität. - Eigenes Kapitel mit Ein- und Ausschlusskriterien. - Es wurden Gruppierungen mit Interventionen gemacht - übersichtliche Darstellung. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine p-Werte, daher Vergleich mit anderen Studien schwierig. - Es wird empfohlen, Musiktherapie durch ausgebildete Musiktherapeuten/-therapeutinnen anzuwenden – fragliche Anwendung in Praxis. - Dauer und Frequenz der Anwendung von Musiktherapie ist unklar, daher kann keine genaue Empfehlung gemacht werden. - Sample war mehrheitlich weiblich. <p>Evidenzlevel: Level I a (JBI, 2014)</p>

Tabelle 12: Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Olsen et al.</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>Land: Norwegen</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Ziel dieser Studie war, die möglichen Auswirkungen auf Depressionen, Agitiertheit und Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung durch eine Intervention mit tiergestützten Aktivitäten und eine Follow-up-Studie zu untersuchen.</p> <p>Design: Prospektive, cluster randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Setting: Zehn Pflegeheime für Menschen mit Demenz</p> <p>Sample: 58 Teilnehmende wurden eingeschlossen, davon starben während der Studienzeit sieben Personen. Es verblieben 51 Teilnehmer und Teilnehmerinnen, welche an Demenz leiden oder kognitive Defizite aufwiesen und 65 Jahre alt sind oder älter.</p>	<p>Die Interventionsgruppe erhielt zweimal wöchentlich für 30 Minuten eine tiergestützte Intervention und dies während 12 Wochen. Diese Sitzung wurde von einem qualifizierten Hundetrainer durchgeführt. Die Gruppengröße betrug zwischen drei bis sechs Teilnehmer und Teilnehmerinnen und sie sassen dabei in einem Halbkreis. Die Sitzung startete mit einer Vorstellungsrunde und jeder und jede durfte den Hund streicheln oder ihm Leckereien füttern. Nach dieser Vorstellungsrunde führten die Hundetrainer verschiedene Aktivitäten durch, wie zum Beispiel füttern, streicheln oder spielen.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt keine neuen Interventionen und führte die üblichen Alltagsaktivitäten durch.</p> <p>Die Agitation wurde mittels der norwegischen Version der „Brief Agitation Rating Scale (BARS)“ eingeschätzt. Die Skala geht von eins bis sieben, wobei eins keine Agitation bedeutet. Sieben heisst, dass die Agitation mehrmals pro Stunde oder über 30 Minuten und länger vorhanden ist.</p>	<p>Es konnten keine signifikanten Veränderungen der Agitation über den Zeitraum von vor der Intervention bis nach 12 Wochen ($p= 0.525$) und von vor der Intervention bis drei Monate nach der Intervention gezeigt werden ($p= 0.864$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie verwendeten standardisierte, validierte und reliable Messinstrumente. - Das Sample ist ausführlich beschrieben und mit einer Tabelle ergänzt. - Die Intervention wird nachvollziehbar erklärt und definiert. - Die Tabellen in der Studie sind detailliert und eine gute Ergänzung zum Volltext. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Bewertungspersonen, welche die Agitation bei den Bewohnern und Bewohnerinnen beurteilten, wussten, wer in der Interventions- und wer in der Kontrollgruppe war. - Ein Autor selbst besitzt ein Zentrum für Anthrozoologie in Norwegen und dies war ein Partner der Studie, wodurch die Möglichkeit eines Interessenskonflikts besteht. <p>Evidenzlevel: Level I c (JBI, 2014)</p>

Tabelle 13: Animal assisted therapy for elderly residents of a skilled nursing facility

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Pope, Hunt, & Ellison</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: USA</p>	<p>Setting: Gesundheits- und Rehabilitationszentrum im südöstlichen Staat</p> <p>Sample: 44 Bewohner und Bewohnerinnen mit einer primären Demenz. Das Alter der teilnehmenden Personen war zwischen 35 und 98 Jahren.</p>	<p>Es gab während zwei Wochen zwei Besuche pro Woche, entweder als Tiertherapie oder als menschlicher Interaktionsbesuch. Danach fand eine einwöchige Pause ohne Aktivitäten statt. Dann tauschten sich die Gruppen aus und es gab wieder während zwei Wochen pro Woche zwei Besuche von der Tiertherapie oder dem menschlichen Interaktionsbesuch. Die Interventionen dauerten 10 Minuten. Die Teilnehmenden wurden je 10 Minuten vor, während und 10 Minuten nach der Intervention beobachtet.</p> <p>Es gab sechs verschiedene Hunde, welche die Therapie mit ihren Haltern oder Halterinnen durchführten. Die Intervention fand dort statt, wo sich der Bewohner oder die Bewohnerin befand und sie durften nach ihren Wünschen mit den Hunden tun, was sie wollten.</p> <p>Die menschliche Interaktion bestand aus Gesprächen, gemeinsamem Lesen oder Vorlesen. War eine Interaktion nicht möglich, so wurde laut vorgelesen.</p> <p>Es wurden vier Messinstrumente eingesetzt: die „Demographic and Pet History questionnaire“, die „social behaviors checklist“, die „Menorah Park Engagement Scale“ und die „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“.</p>	<p>Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezogen auf die Agitation festgestellt werden ($p= 0.365$). Einzig zeigte sich eine Besserung des Schreiens und der verbalen Aggressivität nach den Tierinterventionen ($p= 0.002$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt viele detaillierte Tabellen, welche den Text zusätzlich erklären. - Es wurden vier validierte Messinstrumente verwendet. - Es sind klare Beschreibungen der Intervention sowie der Kontrollintervention vorhanden. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da nur ein Setting ausgewählt wurde, ist die Übertragbarkeit schwierig. - Das Alter der Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen stimmt im Text und in der vorhandenen Tabelle nicht überein. - Es fand keine Verblindung statt. <p>Evidenzlevel: Level I c (JBI, 2014)</p>
<p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p>				
<p>Ziel: Das Ziel war es, die Wirkung von tiergestützten Therapien versus menschliche Interaktion zu untersuchen in Bezug auf das soziale Verhalten und Engagement bei alten Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege.</p>				
<p>Design: Kontrollierte Studie mit randomisiertem cross-over Experiment</p>				

Tabelle 14: Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Sanchez et al.</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: Spanien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Das Hauptziel der Studie bestand darin, die Auswirkungen von einer multisensorischen Stimulationsumgebung (MSSE) in einem Snoezelen-Raum und einer individuellen Musiksession auf Agitation, emotionalen und kognitiven Status, sowie die Demenzschwere in einer Gruppe von älteren Menschen mit schwerer Demenz zu vergleichen.</p> <p>Design: Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Setting: Ein spezialisiertes Demenzzentrum in Spanien.</p> <p>Sample: Es wurden 22 Personen eingeschlossen, wobei am Schluss aufgrund von Tod oder Ausstieg noch 18 Personen an der Studie teilnahmen. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen hatten eine Demenzdiagnose und litten an einem schweren bis sehr schweren kognitiven Zerfall. Ausschlusskriterien waren Bettlägerigkeit, Schwerhörigkeit oder starke Sehhinderung. Die Teilnehmenden wurden entweder in die Gruppe der individuellen Musik oder in die Gruppe der multisensorischen Stimulationsumgebung eingeteilt. In jeder Gruppe befanden sich je neun Personen.</p>	<p>Die MSSE-Gruppe nahm an multisensorischen Sitzungen in einem Snoezelen-Raum teil. Die Elemente wie farblich wechselnde Glasfaserkabel, zwei Wasserblasensäulen in zwei Spiegeln, ein Wasserbett, ein rotierender Spiegelball mit einem Farblichtprojektor, ein Video, ein interaktives Projektionssystem, Musikauswahl, Aromatherapie mit duftenden Ölen und eine taktile Platte mit verschiedenen Texturen waren enthalten. Der Therapeut oder die Therapeutin ermutigte die Teilnehmenden, sich mit etwas im Raum zu beschäftigen.</p> <p>Die individuelle Musikgruppe nahm an Musikveranstaltungen entsprechend ihren Vorlieben teil. Jede Sitzung wurde an einem Computer präsentiert. Die Therapeuten und Therapeutinnen legten die Musik für jede Person individuell fest. Mittels der Familienversion des „Assessment of Personal Music Preference (APMPQ)“ wurden die Musikvorlieben der teilnehmenden Personen erfragt, wenn diese keine Auskunft mehr geben konnten.</p> <p>Es fanden zweimal wöchentlich Sitzungen während 16 Wochen statt, bis alle Teilnehmenden 32 Sitzungen absolviert hatten. Die Sitzungen dauerten maximal 30 Minuten und durften jederzeit früher beendet werden. Die Sitzungen wurden durch Fachleute durchgeführt.</p> <p>Die Agitation wurde anhand der spanischen Version der Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) vor der Intervention (Woche 0), in der Mitte (Woche 8), nach der Intervention (Woche 16) sowie acht Wochen später eingeschätzt.</p>	<p>In Bezug auf die Agitation wurde in beiden Gruppen eine Verbesserung des CMAI-Gesamtscores ($p=0.031$) festgestellt. Es wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden (keine p-Werte vorhanden).</p> <p>Bei beiden Gruppen verbesserte sich der physische nichtaggressive Verhaltensfaktor ($p=0.032$), ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (keine p-Werte vorhanden).</p> <p>In Bezug auf aggressives Verhalten und verbal agitiertes Verhalten wurden keine signifikanten Zeiteffekte oder Gruppenunterschiede beobachtet (keine p-Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Sitzungen wurden durch Fachpersonen durchgeführt, was eine zuverlässige Durchführung gewährleistet. - Die Interventionen sind detailliert und ausführlich beschrieben. - Das Sample wird gut beschrieben. - Die verwendeten Instrumente sind nachvollziehbar beschrieben. - Die Studie ist übersichtlich aufgebaut. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobe, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse weniger stark ist. - Nicht alle Ergebnisse weisen auch p-Werte auf, somit kann die Signifikanz nicht überprüft werden. - Die Einrichtung eines Snoezelen-Raums ist teuer und zeitaufwändig, daher nicht in alle Settings übertragbar. - Die verwendeten Tabellen und Abbildungen könnten klarer und detaillierter sein. <p>Evidenzlevel: Level I c (JBI, 2014)</p>

Tabelle 15: Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Travers et al.</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: Australien</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Die Ziele bestanden darin, die Wirksamkeit von Interventionen zu ermitteln, die darauf beruhen, dass Bewohner und Bewohnerinnen von Altenpflegeeinrichtungen mit Demenz, eine Beschäftigung ausüben.</p> <p>Design: Systematisches Review</p>	<p>Datenbanken Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Cinahl, PsycINFO, ISI Web of Science, OTSeeker, Embase und Cochrane durchgeführt. Für nichtpublizierte Studien wurde zudem in den Datenbanken Mednar, OpenSIGLE, New York Academy of Medicine Library Gray Literature Report and ProQuest Dissertations and Theses recherchiert.</p> <p>Zu den Einschlusskriterien gehören Teilnehmende, die an einer Form von Demenz leiden und in einer Altenpflegeeinrichtung leben. Die Interventionen beinhalten nichtmedikamentöse Techniken. Die Studiendesigns sind RCT, Non-RCTs, Quasiexperimentelle Studien sowie Pre- & Posttest-Studien. Es werden auch Beobachtungsstudien, Kohortenstudien und Fallstudien einbezogen. Die Studien wurden zwischen 2004 und 2015 publiziert.</p>	<p>Alle Studien wurden unabhängig von zwei Gutachtern auf Relevanz, Eignung und methodische Qualität bewertet. Anschliessend wurden sie in die Überprüfung mit standardisierten kritischen Bewertungsinstrumenten aus der Joanna Briggs Institute-Metaanalyse von statistischen Bewertungen und Überprüfungsinstrumenten aufgenommen.</p> <p>Uneinigkeiten wurden durch Diskussion oder Zuzug eines weiteren Gutachters oder einer Gutachterin gelöst.</p>	<p><u>Individualisierte Freizeitgestaltung</u> Drei Studien wurden eingeschlossen. Bei allen Studien konnte eine Verminderung der Agitation gezeigt werden. In einer Studie wurden entspannende Aktivitäten persönlicher Interessen angewendet. In der zweiten Studie konnte die Reduzierung der Agitation durch Eins-zu-Eins soziale Interaktionen mittels eines Gesprächs erreicht werden. In der dritten Studie konnte die Agitationsreduzierung durch eine Verbesserung der Passivität bei Teilnehmenden, die depressiv waren, erreicht werden. Bei Teilnehmenden, die nicht depressiv waren, blieb die Wirkung aus (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Musiktherapie</u> Drei Studien befassten sich mit Agitation. Die Musiktherapie wurde mit Bewegung kombiniert oder sie wurde mittels Singen und Instrumente spielen durchgeführt. Alle Studien ergaben eine Reduktion der Agitation (keine p-Werte vorhanden).</p> <p><u>Multisensorische Interventionen (MSI), Snoezelen-Raum</u> Eine Studie zeigte eine signifikante Reduktion der Gesamt agitation bei der MSI im Gegensatz zu der Aktivitätsinterventionsgruppe (keine p-Werte vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. - Die Suchstrategie wurde verständlich und nachvollziehbar aufgeführt. - Die Resultate sind in einzelne Abschnitte gegliedert. - Ergänzende Informationen sind im Appendix vorhanden. - Es ist eine separate Tabelle für die Qualität der einzelnen Studien vorhanden. - Zu jeder Intervention gibt es in der Diskussion eine abschliessende Empfehlung. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wurden nur englische Studien einbezogen. - Keine p-Werte vorhanden, daher ist ein Vergleich schlecht möglich. - Die Interventionen sind teilweise zu ungenau erklärt. <p>Evidenzlevel: Level I b (JBI, 2014)</p>

Tabelle 16: Music-based therapeutic interventions for people with dementia (Review)

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: van der Steen et al.</p> <p>Jahr: 2017</p> <p>Land: Niederlande</p> <hr/> <p>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</p> <p>Ziel: Es wird aktuelle Forschungsliteratur gesucht, um zu beurteilen, ob Musikbasierte therapeutische Interventionen, einschliesslich Musiktherapie, ein wirksamer Ansatz zur Behandlung von emotionalen, verhaltensbezogenen, sozialen und kognitiven Problemen bei Menschen mit Demenz sind.</p> <p>Design: Systematisches Review</p>	<p>Von April 2010 bis Juli 2015 wurde die Literaturrecherche durchgeführt. Die Studien wurden auf den Datenbanken ALOIS, Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl, Web of Science, Lilacs, Umin, Central, ClinicalTrials und ICTRP Search Portal gesucht.</p> <p>Es wurden parallel und cross-over randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen. Studien aus der Langzeitpflege, dem Akutspital, Ambulatorium und anderen Orten wurden eingeschlossen, sowie auch Studien auf Englisch, Französisch, Deutsch und Holländisch. Die Studien kamen aus Europa, Asien, Australien oder den USA.</p> <p>Die Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen mussten die Diagnose Demenz haben und konnten in allen Settings wohnen. Es wurden 17 RCT-Studien eingeschlossen.</p>	<p>Zwei unabhängige Autoren oder Autorinnen beurteilten die Studien auf Titel und Abstract. Bei Unklarheiten wurde die Studie auf Volltext beurteilt.</p> <p>Zwei Gutachter oder Gutachterinnen extrahierten und überprüften anschliessend die Ergebnisdaten unabhängig voneinander. Sie diskutierten alle Diskrepanzen oder Schwierigkeiten mit einer dritten Person. Es wurde auch per E-Mail nach weiteren Informationen gefragt, wenn gewisse Aspekte in einer Studie unklar waren.</p> <p>Die eingeschlossenen Studien wurden mittels GRADE nach deren Qualität eingeschätzt.</p> <p>Zur Risikobewertung wurden zwei unabhängige Autoren hinzugezogen. Diese haben die eingeschlossenen Studien anhand des Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions auf die Qualität bewertet.</p>	<p>Gesamthaft wurden 12 Studien eingeschlossen, die sich mit der Agitation befassen.</p> <p>Es konnte keine signifikante Evidenz auf die Reduktion von Agitation am Ende der Behandlung ($p=0.48$) gefunden werden.</p> <p>Es konnte keine Reduktion der Agitation bei Musiktherapie im Vergleich zu Standardpflege gezeigt werden ($p=0.35$).</p> <p>Die Musiktherapie im Vergleich zu anderen Aktivitäten ergibt keine Reduktion der Agitation ($p=0.89$). Wie auch keine Signifikanz langfristig gezeigt werden kann ($p=0.93$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sowohl die ein- wie auch die ausgeschlossenen Studien sind im Anhang ausführlich beschrieben. Bei den ausgeschlossenen Studien sind auch die Gründe aufgeführt. - Zu jeder eingeschlossenen Studie sind Eigenschaften und die durchgeführten Interventionen sowie Setting und Sample ersichtlich. - Es gibt zu jeder Ergebniskategorie eine zusätzlich beschreibende Tabelle, welche das Verständnis vereinfacht. - Es wurde auf vielen Datenbanken nach Studien gesucht. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Qualität der eingeschlossenen Studien war mässig bis tief. - Die Intervention wurde nicht ausführlich beschrieben. <p>Evidenzlevel: Level I a (JBI, 2014)</p>

Tabelle 17: Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken/Schwächen Evidenzlevel
<p>Autoren: Yang, Wang, & Wang</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>Land: Taiwan</p>	<p>Setting: Fünf Langzeitinstitutionen in Taiwan</p> <p>Sample: 61 Bewohner und Bewohnerinnen der Langzeitinstitutionen, welche an leichter bis schwerer Demenz litten, wurden eingeschlossen. Bis am Schluss waren jedoch nur 56 Personen dabei. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen mussten in den letzten zwei Wochen agitierte oder depressive Symptome zeigen, welche durch die Betreuer und Betreuerinnen dokumentiert wurden. Menschen mit Demenz wurden ausgeschlossen, wenn die Schwere ihrer Verhaltensprobleme die Interaktion mit dem Forscher verbot. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden in eine Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt.</p> <p><u>Kontrollgruppe:</u> n = 29</p> <p><u>Interventionsgruppe:</u> n = 27</p>	<p>Die Agitation wurde in der ersten Woche mit der chinesischen „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ eingeschätzt. Eine Eins bedeutet Agitation ist nie vorhanden und eine Sieben bedeutet Agitation ist mehrmals pro Stunde vorhanden. Die Interventionsgruppe erhielt ab der zweiten Woche für gesamthaft acht Wochen Aromatherapie-Massagen. Die Aromatherapie-Massage wurde einmal pro Woche für 30 Minuten durchgeführt. In der zweiten, fünften und neunten Woche wurde die Agitation durch die Betreuer und Betreuerinnen erneut anhand der „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ eingeschätzt.</p> <p>Die Aromatherapie-Massagen wurden von geschulten Personen durchgeführt, entweder wurde Lavendel oder Orangenöl verwendet.</p>	<p>Es konnte nach neun Wochen kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die allgemeine Agitation gefunden werden ($p= 0.316$). Es konnte in vier spezifischen Agitationsverhalten nach neun Wochen eine signifikante Veränderung aufgezeigt werden: Menschen oder Dinge unangemessen zu ergreifen ($p= 0.01$) und unangemessene Substanzen zu essen oder zu trinken ($p= 0.048$), nahmen ab, während seltsame Geräusche ($p= 0.031$) und Negativismus ($p= 0.031$) anstiegen.</p> <p>Nach zwei Wochen ergab sich eine signifikant erhöhte Anzahl der agitierten Verhaltensweisen in der Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe ($p= 0.025$).</p> <p>In den Wochen fünf und neun nahm die Anzahl der agitierten Verhaltensweisen in der Interventionsgruppe signifikant ab ($p= 0.001/0.002$). In Woche neun blieb jedoch die Anzahl der agitierten Verhaltensweisen in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe konstant ($p= 0.021$).</p> <p>Nach der Intervention wurden die folgenden Veränderungen in den spezifischen Verhaltensweisen gezeigt: konstante Bitte um Aufmerksamkeit oder Hilfe ($p= 0.05$), sich wiederholende Sätze oder Fragen ($p= 0.019$), Fluchen oder verbale Aggression ($p= 0.016$), Kratzen ($p= 0.028$) und allgemeine Ruhelosigkeit ($p= 0.023$) nahmen in der Interventionsgruppe in Woche fünf signifikant ab. Jedoch sind nur sich wiederholende Sätze oder Fragen in der Interventionsgruppe in der Woche neun signifikant zurückgegangen ($p= 0.049$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Sample ist gross und wird detailliert beschrieben. - Es gibt ein genaues Protokoll, was bei der Intervention zu beachten ist, damit die Interventionen vergleichbar sind. - Verwendete Instrumente sind gut erklärt. - Es ist eine übersichtliche Studie mit sehr ausführlichen Tabellen, welche den Volltext gut ergänzen. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrzahl der Teilnehmenden war weiblich. - Die Agitation wurde nur während zwei Wochen erfasst, in den anderen Interventionswochen nicht. Daher könnte in der nichterfassten Zeit die Agitation nicht bemerkt worden sein. <p>Evidenzlevel: Level I c (JBI, 2014)</p>

4.2 Synthese der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien aufgezeigt. Um die Ergebnisse übersichtlich und nachvollziehbar darzustellen, wurden diese nach wirkungsorientierten Interventionen gegliedert. Daraus ergeben sich die Gruppen der sensorischen, emotionsbezogenen, verhaltensbezogenen sowie kombinierten Interventionen. Fehlende statistische Werte werden in diesem Kapitel nicht mehr erwähnt.

4.2.1 Sensorische Interventionen

Aromatherapie und Massage

Tabelle 18: Zusammenfassung Aromatherapie und Massage

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Aromatherapie	Keine Reduktion der Agitation
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Aromatherapie mit Lavendel-, Melissen-, oder Zitronenbalmöl	Ein systematisches Review gibt keinen klaren Nutzen an. Zwei systematische Reviews geben keine Ergebnisse an.
De Oliveira et al. (2015)	Systematisches Review	Inhalation, Applikation oder Akupressur mit Lavendel- oder Melissenöl	Zwei Studien zeigen eine Wirksamkeit von Lavendel der Agitation, vor allem in Kombination mit Akupressur. Eine Studie zeigt keine Wirkung von Melissenöl.
Millan-Calenti et al. (2016)	Systematisches Review	Zweimal tägliche Applikation von Melissenöl kombiniert mit Massage an den oberen Extremitäten	Kein signifikanter Effekt bezüglich der Agitation
Yang et al. (2016)	Randomisierte kontrollierte Studie	Aromatherapiemassage	Nach fünf Wochen Abnahme der Agitation (Bitte um Aufmerksamkeit/Hilfe ($p=0.05$), wiederholende Sätze/Fragen ($p=0.019$), Fluchen/verbale Aggression ($p=0.016$), Kratzen ($p=0.028$) und allgemeine Ruhelosigkeit ($p=0.023$)). Nach neun Wochen keine Reduktion mehr, ausser in der Gruppe wiederholende Sätze/Fragen Agitationsverminderung ($p=0.049$), Menschen/Dinge ergreifen und angemessene Substanzen essen/trinken ($p=0.01$ bzw. $p=0.048$). In den Gruppen seltsame Geräusche und Negativismus fand eine Zunahme der Agitation statt ($p=0.031$ bzw. $p=0.031$).
Anderson et al. (2017)	Systematisches Review	Handmassage mit oder ohne Aromatherapie (Lavendel-, Rosen-, Jojoba-, Melissen-, oder Zitrusöl)	Keine signifikanten Effekte bezüglich der Agitation
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Handmassage oder Massage an den oberen Extremitäten	Verminderung der Agitation durch Handmassage und Massage der oberen Extremitäten ergibt Reduzierung der verbalen und physischen Agitation.

Es wurden drei Studien gefunden, die untersucht haben, wie die Aromatherapie die Agitation lindern kann. Livingston et al. (2014) konnten in den zwei eingeschlossenen Studien durch die Aromatherapie keine Reduktion der Agitation feststellen. In der Studie von Abraha et al. (2017) wird die Aromatherapie mit Lavendel-, Melissen- oder Zitronenbalmöl durchgeführt. Abraha et al. (2017) haben drei systematische Reviews eingeschlossen, wobei eine systematische Review keinen klaren Nutzen oder Nichtnutzen aufzeigt. Die anderen beiden eingeschlossenen systematischen Reviews gaben keine Ergebnisse an. Bei Abraha et al. (2017) ist nicht ersichtlich, wie die Aromatherapie durchgeführt wird. De Oliveira et al. (2015) berichten über drei eingeschlossene Studien, welche Interventionen mit Lavendel- oder Melissenöl durchführten. Zwei Studien zeigen eine Wirksamkeit von Lavendel bei Agitation. Die dritte Studie konnte bei Melisse keine Wirkung feststellen. Eine involvierte Studie von de Oliveira et al. (2015) stellte eine Veränderung der Agitation fest, wenn die Aromatherapie mit Akupressur kombiniert wurde.

Vier Studien geben Ergebnisse an, wenn Aromatherapie mit Massage kombiniert wird. Laut Millan-Calenti et al. (2016) bewirkt eine zweimal tägliche Applikation von Melissenöl, kombiniert mit einer Massage an Händen und Armen, keinen Effekt bezüglich der Agitation. Yang, Wang, & Wang (2016) konnten fünf Wochen nach der Aromatherapie-Massage eine signifikante Abnahme der Agitation feststellen ($p= 0.001$). Neun Wochen nach dieser Intervention gab es keine signifikante Reduktion der Agitation mehr ($p= 0.316$). Yang et al. (2016) teilten die Art, wie sich die Agitation zeigte, in verschiedene Gruppen ein. Nach fünf Wochen konnte in allen Gruppen eine signifikante Reduktion festgestellt werden: „Bitte um Aufmerksamkeit/Hilfe“ ($p= 0.05$), „wiederholende Sätze/Fragen“ ($p= 0.019$), „Fluchen/verbale Aggression“ ($p= 0.016$), „Kratzen“ ($p= 0.028$) und „allgemeine Ruhelosigkeit“ ($p= 0.023$). Nach neun Wochen konnte nur in der Gruppe „wiederholende Sätze/Fragen“ eine signifikante Agitationsverminderung festgestellt werden ($p= 0.049$). In den restlichen Gruppen konnte keine Signifikanz aufgezeigt werden (keine p -Werte vorhanden). Yang et al. (2016) teilten die Agitation noch weiter ein und stellten in den beiden Gruppen „Menschen/Dinge ergreifen“ und „unangemessene Substanzen essen/trinken“ neun Wochen nach der Intervention eine signifikante Abnahme fest ($p= 0.01$ bzw. $p= 0.048$). Ebenfalls nach neun Wochen konnte in den beiden Gruppen „seltsame Geräusche“ und „Negativismus“ eine signifikante Zunahme verzeichnet werden ($p= 0.031$ bzw. $p= 0.031$). Vier Studien, welche in Anderson, Deng, Anthony, Atalla & Monreo (2017) eingeschlossen wurden, stellten keinen signifikanten Effekt auf die Agitation fest, wenn eine Handmassage mit oder ohne Aromatherapie durchgeführt wurde. Die Interventionen wurden mit Lavendel-, Melissen-, Jojoba-, Rosen- oder Zitrusöl durchgeführt.

Abraha et al. (2017) analysierten zwei systematische Reviews bezüglich der Reduzierung der Agitation durch Massage. Ein systematisches Review konnte durch eine Handmassage eine Verminderung der Agitation feststellen. Es ist nicht ersichtlich, ob die Handmassage mit oder ohne Aromatherapie durchgeführt wurde. Das zweite systematische Review ergab durch Massage der oberen Extremitäten eine Verbesserung der verbalen und physischen Agitation.

Shiatsu und Akupressur

Tabelle 19: Zusammenfassung Shiatsu und Akupressur

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Shiatsu und Akupressur	Agitation konnte reduziert werden.

Als weitere Gruppe der sensorischen Interventionen wird in einer Studie Shiatsu und Akupressur untersucht. Unter Shiatsu wird eine Technik verstanden, welche sanfte Manipulationen, Dehnungen und Druck mit Finger, Ellenbogen, Knien und Füßen ausübt. Akupressur ist eine ähnliche Intervention wie Shiatsu, es geht jedoch mehr darum, an gewissen Akupunkturpunkten einen längeren Druck auszuüben, um damit die Energiefelder auszugleichen. Abraha et al. (2017) stellten fest, dass durch Shiatsu und Akupressur die Agitation gesunken ist.

Therapeutische Berührungen

Tabelle 20: Zusammenfassung therapeutische Berührungen

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Millan-Calenti et al. (2016)	Systematisches Review	Therapeutische Berührungen durch Pflegefachpersonen während 30 – 40 Minuten	Keine Wirkung auf die aggressive und verbale Agitation. Es gab eine Reduktion des körperlich nicht-aggressiven Verhaltens (wiederholende Bewegung oder Ruhelosigkeit).
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Therapeutische Berührungen	Verbesserung der Agitation, jedoch ohne Beweis für die Langzeitwirkung
Anderson et al. (2017)	Systematisches Review	Therapeutische Berührungen	Keine Wirkung auf die Agitation.

Die Studie von Millan-Calenti et al. (2016) konnte durch therapeutische Berührungen weder eine Wirkung auf die aggressive noch auf die verbale Agitation aufzeigen. Es gab jedoch eine Reduktion des körperlich nicht-aggressiven Verhaltens, wie zum Beispiel sich wiederholende Bewegungen oder Ruhelosigkeit. Bei diesen therapeutischen Berührungen wurden durch Pflegefachpersonen täglich 30 – 40 Minuten die Hände aufgelegt. Diese Intervention wurde an fünf Tagen durchgeführt. Livingston et al. (2014) zeig-

ten in den drei eingeschlossenen Studien eine Verbesserung der Agitation durch therapeutische Berührungen. Livingston et al. (2014) äussern trotz der verminderten Agitation keine ausreichenden Beweise für eine Langzeitwirkung und im Vergleich zur Massage keinen grösseren Effekt. Das systematische Review von Anderson et al. (2017) verneint die Wirkung von therapeutischen Berührungen von Agitation.

Sensorische Gartenaktivitäten

Tabelle 21: Zusammenfassung sensorische Gartenaktivitäten

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Gartenaktivitäten, welche verschiedene Sinne ansprechen	Keine abschliessende Signifikanz

Der Effekt von sensorischen Gartenarbeiten wurde durch Abraha et al. (2017) untersucht. Der Grundsatz dieser Intervention liegt darin, alle Sinne einzubeziehen. Abraha et al. (2017) schlossen dazu zwei systematische Reviews ein, wobei keine abschliessende Signifikanz belegt werden konnte.

4.2.2 Emotionsbezogene Interventionen

Musiktherapie

Tabelle 22: Zusammenfassung Musiktherapie

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Abspielen von Musik während den Essenszeiten	Reduktion von agitiertem Verhalten
Konno et al. (2014)	Best-evidence Review	Musik während dem Baden, den Mahlzeiten und der Morgenpflege (abspielen oder singen)	Fluktuation der Agitation und Reduktion von aggressivem Verhalten
De Oliveira et al. (2015)	Systematisches Review	Audiotapes aus der Vergangenheit abspielen oder halbstündige Gruppensitzungen.	Reduktion der Agitation nach sechs Wochen
Travers et al. (2016)	Systematisches Review	Musiktherapie inklusive Bewegung Musiktherapie mit Singen und Instrumenten	Durch beide Interventionen Reduzierung der Agitation
Gomez-Romero et al. (2017)	Systematisches Review	Musiktherapie in Gruppensitzungen	Zwei Studien zeigen eine Verminderung der Agitation, während eine Studie keine Reduzierung der Agitation angibt.
Millan-Calenti et al. (2016)	Systematisches Review	Musiktherapie	Keine Verminderung der Agitation
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Musiktherapie	Wenig Evidenz für einen langfristigen Nutzen auf die Agitation und keine Wirkung für Menschen mit schwerer Agitation
Van der Steen et al. (2017)	Systematisches Review	Musiktherapie und im Vergleich mit anderen Interventionen	Keine signifikante Reduktion der Agitation

Es wurden acht Studien eingeschlossen, welche sich mit der Musiktherapie befassten und dabei mögliche Veränderungen der Agitation feststellten. Zwei Studien haben Musik während den Essenszeiten abgespielt (Abraha et al., 2017; Konno, Kang, & Makimoto, 2014). Eine Studie spielte Audiotapes aus der Vergangenheit ab oder führte eine halbstündige Gruppensitzung durch (de Oliveira et al., 2015). Zwei weitere Studien führten Gruppensitzungen unterschiedlicher Länge durch (Travers et al., 2016; Gomez-Romero et al., 2017). Bei den anderen eingeschlossenen Studien ist nicht ersichtlich, wie die Musiktherapie durchgeführt wurde (Millan-Calenti et al., 2016; Livingston et al., 2014; van der Steen et al., 2017).

Abraha et al. (2017) geben in den zwei eingeschlossenen systematischen Reviews eine Reduktion von agitiertem Verhalten an, wenn während den Essenszeiten Musik abgespielt wird. Im Gegensatz zu diesem Ergebnis stellten Konno et al. (2014) durch zwei ihrer eingeschlossenen Studien eine Fluktuation der Agitation fest. Wenn Musik während dem Baden, den Mahlzeiten oder der Morgenpflege abgespielt wurde oder gesungen wurde, konnte in sieben von zehn verwendeten Studien von Konno et al. (2014) eine signifikante Reduktion von aggressivem Verhalten aufgezeigt werden. Die Studie von de Oliveira et al. (2015) zeigte in den zwei verwendeten Studien nach sechs Wochen eine Reduktion der Agitation auf.

Die drei inkludierten Studien von Travers et al. (2016) ergeben eine Verminderung der Agitation durch Musiktherapie mit Bewegung sowie durch Musiktherapie mit Singen und Instrumenten. Gomez-Romero et al. (2017) untersuchten die Veränderung der Agitation und haben dafür drei verschiedene Studien eingeschlossen. Insgesamt fanden 12 Gruppensitzungen während sechs Wochen statt. Zwei Studien zeigten eine signifikante Verminderung der Agitation. Eine Studie konnte keine Wirkung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zeigen. Millan-Calenti et al. (2016) konnten keine Verminderung der Agitation zeigen. Es konnte in der Studie von Livingston et al. (2014) nur wenig Evidenz für einen langfristigen Nutzen der Musiktherapie gefunden werden und keine Evidenz für Leute mit schwerer Agitation. In der Studie von van der Steen et al. (2017) wird die Musiktherapie alleine und im Vergleich mit anderen Interventionen untersucht. Es konnte in keiner Untersuchung und keinem Vergleich eine signifikante Reduktion festgestellt werden. Daraus ergaben sich folgende p-Werte: Am Ende der Behandlung ($p= 0.48$), Musiktherapie langfristig angewendet ($p= 0.93$), Musiktherapie im Vergleich zur Standardpflege ($p= 0.35$), Musiktherapie im Vergleich mit anderen Aktivitäten ($p= 0.89$).

Humortherapie

Tabelle 23: Zusammenfassung Humortherapie

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Low et al. (2014)	Cluster randomisierte kontrollierte Studie	Sitzungen mit einem Clown (Musik, Witze und Konversation)	Signifikante Abnahme der Dauer von hoher ($p < 0.001$) und niedriger ($p < 0.001$) Agitation

Low et al. (2014) führten eine Studie bezüglich der Humortherapie durch. Um die Wirkung von Humortherapie auf die Agitation zu untersuchen, wurden Sitzungen mit einem Clown durchgeführt. Diese Interventionen konnten aus Musik, Witzen oder Konversationen bestehen und wurden in Gruppen oder einzeln abgehalten. Es konnte eine signifikante Abnahme der Dauer von hoher ($p < 0.001$) und niedriger ($p < 0.001$) Agitation festgestellt werden.

Lichttherapie

Tabelle 24: Zusammenfassung Lichttherapie

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Lichttherapie	Keine signifikante Reduktion der Agitation
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Lichttherapie	Keine signifikante Reduktion der Agitation. Es wurde eher eine Verschlimmerung der Agitation festgestellt.
De Oliveira et al. (2015)	Systematisches Review	Lichttherapie	Keine signifikante Reduktion der allgemeinen Agitation, jedoch gab es einen Unterschied zwischen Morgen- und Nachmittagslichtexposition.
Millan-Calenti et al. (2016)	Systematisches Review	Lichttherapie	Kein signifikanter Effekt auf Agitation, jedoch gab es einen signifikanten klinisch kleinen Effekt in Morgenlichtexpositionsgruppe.

Alle vier Studien, welche die Lichttherapie untersuchten, gaben keine signifikante Reduzierung der allgemeinen Agitation an (Abraha et al., 2017; de Oliveira et al., 2015; Livingston et al., 2014; Millan-Calenti et al., 2016).

Abraha et al. (2017) haben vier Reviews eingeschlossen, welche die Lichttherapie durchführten. In keiner der vier Studien konnte eine signifikante Verminderung der Agitation festgestellt werden. Auch Livingston et al. (2014) konnten in ihren drei verwendeten Studien keine Wirkung bezüglich der Agitation feststellen. Es gab eher noch eine Verschlimmerung der Agitation. De Oliveira et al. (2015) verzeichneten in den beiden involvierten Studien keine Reduktion der allgemeinen Agitation. Eine Studie stellte einen Unterschied zwischen der Morgen- und Nachmittagslichtexposition fest, es wird jedoch nicht erläutert, welche Lichtexpositionszeit in Bezug auf die Agitation effektiver ist. Auch die letzte untersuchte Studie von Millan-Calenti et al. (2016), welche zwei Studien enthält, konnte

in einer Studie keinen signifikanten Effekt auf die Agitation feststellen. Die zweite Studie registrierte einen signifikanten, jedoch klinisch kleinen Effekt in der Morgenlichtexpositionsgruppe im Vergleich zur Nachmittagslichtexpositionsgruppe.

4.2.3 Verhaltensbezogene Interventionen

Tiergestützte Interventionen

Tabelle 25: Zusammenfassung tiergestützte Interventionen

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Pope et al. (2016)	Kontrollierte Studie mit randomisiertem cross-over Experiment	Aktives Streicheln der Hunde, mit ihnen spielen, Leckereien füttern oder Beobachtung der Hundetrainer oder -trainerinnen.	Kein signifikanter Unterschied auf die Agitation ($p=0.365$), jedoch gab es eine Verbesserung des Schreiens und der verbalen Agitation ($p=0.002$).
Olsen et al. (2016)	Prospektive, cluster randomisierte kontrollierte Studie		Es gab keine Veränderung der Agitation, weder vor der Intervention bis nach 12 Wochen ($p=0.525$), noch von vor der Intervention bis drei Monate danach ($p=0.864$).
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews		Positiver Effekt auf die Agitation ist vorhanden.

Zwei RCT's und ein systematisches Review von systematischen Reviews wurden in dieser Arbeit eingeschlossen, welche tiergestützte Interventionen angewendet und dabei die Veränderung der Agitation ausgewertet haben (Pope, Hunt, & Ellison, 2016; Olsen et al., 2016; Abraha et al. 2017). Die Teilnehmenden konnten die Hunde aktiv streicheln, mit ihnen spielen und Leckereien füttern oder den Hundetrainer oder -Trainerinnen zusehen.

Pope et al. (2016) berichten über keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ($p=0.365$). Es gab jedoch eine Verbesserung des Schreiens und der verbalen Agitation ($p=0.002$). In der anderen erwähnten Studie von Olsen et al. (2016) gab es keine Veränderung der Agitation, weder vom Start der Intervention bis 12 Wochen danach ($p=0.525$), noch vom Start der Intervention bis drei Monate danach ($p=0.864$). Abraha et al. (2017) berichten über einen positiven Effekt der tiergestützten Therapie auf die Agitation.

Individualisierte Freizeitgestaltung

Tabelle 26: Zusammenfassung individualisierte Freizeitgestaltung

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Travers et al. (2016)	Systematisches Review	Aktivitäten nach Vorlieben der Teilnehmenden, Gespräche und Eins-zu-Eins-Betreuungen	Signifikante Reduktion von agitierendem Verhalten, jedoch gab es keinen Effekt bei Menschen mit Demenz ohne depressive Symptome.
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Verschiedene Aktivitäten	Verminderung der Agitation, jedoch gab es keine Hinweise auf Langzeitwirkung oder Wirkung bei schwerer Agitation.

Zwei verschiedene Studien befassten sich mit diversen individualisierten Freizeitgestaltungen (Travers et al., 2016; Livingston et al. 2014). Ein systematisches Review schloss drei Studien ein, welche Aktivitäten nach den Vorlieben der Teilnehmenden durchführten, die Passivität der eingeschlossenen Personen verbesserte und Gespräche sowie Eins-zu-Eins-Betreuungen anbot (Travers et al., 2016). Die zweite Studie führte verschiedene Aktivitäten durch, welche jedoch nicht genauer beschrieben sind (Livingston et al., 2014).

Travers et al. (2016) stellten in allen Studien eine signifikante Reduktion des agitierten Verhaltens fest. Es konnte jedoch kein signifikanter Effekt beobachtet werden, wenn die Passivität bei Menschen mit Demenz ohne depressive Symptome verbessert wurde. In den fünf verwendeten Studien von Livingston et al. (2014) wird bekannt gegeben, dass verschiedene Aktivitäten die Agitation verringert haben, jedoch kein Hinweis auf einen Langzeiteffekt besteht und es keine Wirkung bei schwerer Agitation gibt.

4.2.4 Kombinierte Interventionen

Kombinierte Interventionen und Übungen

Tabelle 27: Zusammenfassung kombinierte Interventionen und Übungen

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
De Oliveira et al. (2015)	Systematisches Review	Musik, Bewegungsübungen und Malen	Reduktion der Agitation
Livingston et al. (2014)	Systematisches Review	Massage, Präsenztherapie und tägliche Aktivitäten	Keine signifikante Reduktion der Agitation Keine Empfehlung
Abraha et al. (2017)	Systematisches Review von systematischen Reviews	Musik und Handmassage Umgebung und sensorische Stimulation	Reduktion der Agitation Keine Verminderung der Agitation

De Oliveira et al. (2015), Livingston et al. (2014) und Abraha et al. (2017) haben sich mit kombinierten Interventionen und diversen Übungen befasst.

De Oliveira et al. (2015) geben unter kombinierten Aktivitäten das Zusammenspiel von Musik, Bewegungsübungen und Malen an. Diese Kombinationen ergaben eine Reduktion der Agitation.

Livingston et al. (2014) erläutern unter Übungen und anderen Interventionen die Massage, Präsenztherapie und täglich Aktivitäten. Es gab dadurch keine Signifikanz. Livingston et al. (2014) geben keine Empfehlung dieser Interventionen für die Behandlung der Agitation ab, da die Evidenz zu gering ist.

Abraha et al. (2017) konnten bei der Kombination von Musik und Handmassage eine Reduktion der Agitation feststellen. Die Kombination von Umgebung und sensorischer Stimulation konnte hingegen keine Agitationsverminderung bewirken.

Multisensorische Interventionen

Tabelle 28: Zusammenfassung multisensorische Interventionen

Autor und Jahr	Design	Intervention	Ergebnisse
Travers et al. (2016)	Systematisches Review	Multisensorische Interventionen (Snoezelen-Raum)	Signifikante Reduzierung der physischen Agitation
Sanchez et al. (2016)	Randomisierte kontrollierte Studie	Snoezelen-Raum (Musik, Lichttherapie, Wasserbett, Texturen zum Fühlen) im Vergleich zu Musiktherapie	Reduktion der Agitation der beiden Gruppen ($p= 0.031$). Reduktion der physischen Agitation ($p= 0.032$). Es gab keine signifikante Reduktion des aggressiven und verbal agitierten Verhaltens.

Travers et al. (2016) und Sanchez et al. (2016) befassten sich mit multisensorischen Interventionen. Sanchez et al. (2016) hatten einen sogenannten „Snoezelen-Raum“, in welchem verschiedene Interventionen zur Verfügung standen. Diese Interventionen bestanden beispielsweise aus Musik hören, Lichttherapie, im Wasserbett liegen oder Fühlen von verschiedene Texturen.

Sanchez et al. (2016) untersuchten diese multisensorischen Interventionen im Vergleich zur Musiktherapie. Beide Gruppen zeigten eine signifikante Reduktion der Agitation ($p= 0.031$). Jedoch konnte zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Bezüglich der physischen Agitation zeigten beide Gruppen eine signifikante Reduktion ($p= 0.032$). Auch hier wurde kein signifikanter Gruppenunterschied verzeichnet. Auf das aggressive und verbal agitierte Verhalten konnten beide Gruppen keine signifikante Reduktion herbeiführen. Travers et al. (2016) stellten in der Gruppe der multisensorischen Interventionen eine signifikante Reduzierung der physischen Agitation im Vergleich zur Aktivitätsinterventionskontrollgruppe fest.

5 DISKUSSION

In diesem Abschnitt werden die im vorangegangenen Kapitel aufgelisteten Interventionen zur Reduzierung der Agitation bei Menschen mit Demenz aufgezeigt. Diese Ergebnisse werden erklärt, interpretiert, gewichtet und miteinander verglichen. Die Diskussion erfolgt in der identischen Unterteilung wie bei der Synthese der Ergebnisse. Zudem wird am Ende jeder Hauptgruppe ein zusammenfassender Überblick der dazugehörigen Interventionen gezeigt und auf die Übertragbarkeit der verschiedenen Settings eingegangen.

5.1 Sensorische Interventionen

Aromatherapie und Massage

Drei Studien zeigen Ergebnisse zur Aromatherapie. Dabei gibt eine Studie keinen Nutzen an (Livingston et al., 2014), eine Studie zeigt eine Wirkung bei der Anwendung von Lavendelöl, jedoch ohne Nutzen bei Melissenöl (de Oliveira et al., 2015) und das dritte systematische Review von Abraha et al. (2017) gibt unschlüssige Antworten. Abraha et al. (2017) geben in ihren eingeschlossenen Studien einerseits Nutzen wie auch kein Nutzen an und die anderen untersuchten Studien geben keine Ergebnisse bekannt. Obwohl das systematische Review von Abraha et al. (2017) die höchste Evidenz aufweist, stellt sich die Frage, weshalb dieses zu keiner abschliessenden Antwort gekommen ist. Die Interventionen wurden unterschiedlich durchgeführt, woraus geschlossen werden kann, dass ein allgemeiner Vergleich eher schwierig fällt. Abraha et al. (2017) geben also unschlüssige Antworten und sie berichten in ihrer Diskussion über den fraglichen Nutzen der Aromatherapie. De Oliveira et al. (2015) geben einen Nutzen von Lavendelöl an. In dieser Studie sind jedoch unterschiedliche und schlecht definierte Interventionen beinhaltet. Das Aromaöl wurde entweder mittels Inhalation, Applikation oder durch Akupressur angewendet. Diese unterschiedlichen Anwendungsarten lassen kaum einen Vergleich zu. Zudem ist das Sample der eingeschlossenen Studien eher gering, wodurch die allgemeine Übertragbarkeit deutlich verringert ist. Livingston et al. (2014) weisen eine hohe Evidenz auf und erläutern in ihrer Diskussion, dass mit nicht verblindeten Studien ein Effekt auf die Agitation festgestellt werden konnte, sobald jedoch eine Verblindung stattfand, kein effektiver Nutzen mehr aufgezeigt werden konnte. Dadurch kann in dieser Studie ein abschliessender signifikanter Nutzen der Aromatherapie für die Agitationsreduzierung nicht bewiesen werden. Eine Aromatherapie ist im Pflegealltag einfach umzusetzen und benötigt nur wenige zeitliche wie auch finanzielle Ressourcen. Eine Schwierigkeit zeigt sich jedoch, wenn sich Patienten und Patientinnen durch die dementielle

Erkrankungen nur noch schlecht mitteilen und somit ihre Vorlieben nicht preisgeben können. Eine weitere Problematik stellt sich auch in Mehrbettzimmern, wenn die verschiedenen Vorlieben von Düften in einem Raum zu einer Vermischung der Aromen führen und unter Umständen nicht mehr angenehm sind.

Bezüglich der Kombination von Aromatherapie und Massage geben vier Studien Ergebnisse zur allfälligen Verminderung von Agitation an. Millan-Calenti et al. (2016) geben keinen signifikanten Effekt auf die Agitation an. Die Massage wurde mit Melissenöl durchgeführt. Dieses Ergebnis scheint gut nachvollziehbar zu sein, da die reine Aromatherapie mit Melissenöl in einer anderen Studie (de Oliveira et al., 2015) ebenfalls keinen Nutzen erbringen konnte, was dem vorherigen Abschnitt zu entnehmen ist. Die Intervention wird in der Studie von Millan-Calenti et al. (2016) gut beschrieben und in ihrer Diskussion ist ersichtlich, dass eine starke Evidenz gegen den Nutzen dieser Intervention vorhanden ist. Hingegen in der Studie von Yang et al. (2016) wird fünf Wochen nach der Intervention eine signifikante Reduktion festgestellt, nach neun Wochen ist nur noch in Teilbereichen der Agitation eine signifikante Reduktion festzustellen. Die Intervention wird ausführlich beschrieben und in einem zusammenfassenden Protokoll ist der Ablauf der Aromatherapiemassage gut ersichtlich. Yang et al. (2016) haben im Vergleich mit den anderen eingeschlossenen Studien die kleinste Evidenz. In der dritten Studie von Anderson et al. (2017) wird über keine Signifikanz der Massage mit oder ohne Aromatherapie berichtet. Dieses Ergebnis ist einerseits aussagekräftig, weil vier Studien dazu untersucht wurden und das Sample gross war, was zu einer guten Übertragbarkeit führt. Andererseits enthält diese Studie keine statistischen Werte, wodurch nur ein schlechter Vergleich zwischen den verschiedenen eingeschlossenen Studien stattfinden kann und zusätzlich wurden die Studien auch auf Google Scholar gesucht, was keine wissenschaftliche Datenbank darstellt. Aus diesen Gründen stellt sich die Frage, wie hoch die Aussagekraft dieser Ergebnisse wirklich ist, wie stark diese schlussendlich gewichtet werden sollen und wie gut sie auf eine Gesamtpopulation übertragen werden können. Als Gegensatz zu den Ergebnissen von Anderson et al. (2017) sagen Abraha et al. (2017) aus, durch Massage der oberen Extremität eine signifikante Reduktion der Agitation festgestellt zu haben. Obwohl Abraha et al. (2017) keine statistischen Werte angeben, weist diese Studie eine hohe Evidenz auf. Die Aromatherapie mit Massage kann einerseits in die morgendliche Pflege integriert oder spezifisch geplant werden und ist auch durch Pflegefachpersonen ohne Massageausbildung durchführbar. Obwohl auch ungeschulte Pflegefachpersonen diese Intervention durchführen können, ist nicht zu vernachlässigen, dass durch die Massagetechniken im Körper Druckpunkte auch angeregt

werden könnten. Somit würde dies nicht unbedingt zu einer Minderung der Agitation führen. Weiter sollte vor der Verwendung der Öle die Verträglichkeit getestet werden, damit Patienten und Patientinnen nicht allergisch darauf reagieren.

Shiatsu und Akupressur

Durch Shiatsu und Akupressur konnte im systematischen Review von Abraha et al. (2017) eine Reduktion der Agitation festgestellt werden. Abraha et al. (2017) weisen eine hohe Evidenz auf, obwohl die Intervention nicht beschrieben wird. Wie bereits erwähnt, werden bei diesen Interventionen laut Itin (2007) und Wellens-Müchner (2013) bestimmte Punkte am Körper gedrückt, was ein Fachwissen voraussetzt. Die Durchführung ist folge dessen nur von geschulten Fachpersonen möglich, was eine Anwendung in den verschiedenen Settings erschwert. Da für diese Interventionen externe Fachpersonen benötigt werden, führt dies zu einem deutlichen Mehraufwand und einer finanziellen Belastung. Wenn an die europäischen Gegebenheiten gedacht wird, liegt es auf der Hand, dass Shiatsu und Akupressur weniger bekannt und etabliert sind.

Therapeutische Berührungen

Drei systematische Reviews befassten sich mit den therapeutischen Berührungen (Anderson et al., 2017; Livingston et al., 2014; Millan-Calenti et al., 2016). Millan-Calenti et al. (2016) berichten in ihrer Studie über eine Reduktion des körperlichen nicht-aggressiven Verhaltens (wiederholende Bewegungen, Ruhelosigkeit), jedoch über keine Wirkung auf die aggressive und verbale Agitation. Livingston et al. (2014) geben einen Nutzen an, jedoch besteht kein Beweis für eine Langzeitwirkung. Eine Studie gibt keinen Nutzen von therapeutischen Berührungen an (Anderson et al., 2017). Die Studie von Millan-Calenti et al. (2016) erklärt die Intervention sehr exakt. Durch das Händeauflegen während 30 – 40 Minuten während fünf Tagen konnte eine Wirkung erzielt werden. Diese Studie beinhaltet nur randomisierte, kontrollierte Studien und hat eine hohe Qualität. Andererseits wurde beschrieben, dass die Interventionen vorwiegend an Frauen durchgeführt wurden, daher ist die Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation etwas fraglich. Auch Livingston et al. (2014) konnten in ihrem systematischen Review eine Verbesserung der Agitation durch therapeutische Berührungen aufzeigen. Dieses systematische Review beinhaltet eine grosse Anzahl eingeschlossener Studien und es wurde eine umfassende Suche auf vielen Datenbanken vorgenommen. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse wissenschaftlich fundiert sind. Trotzdem kommen Fragen auf, da nicht ersichtlich ist, wie die therapeutischen Berührungen durchgeführt werden müssen. Auch in der Studie von Anderson et al. (2017) werden die Interventionen kaum beschrieben und daher ist die Anwendung nicht nachvollziehbar. Es

wurden nur randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen, jedoch wurde nur auf einer Datenbank nach Literatur gesucht, wodurch die Suchstrategie eher unzureichend ist. Aus diesem Grund gewichten die Autorinnen dieses Ergebnis weniger. In Bezug auf die Anwendbarkeit dieser Interventionen sehen die Autorinnen eine mögliche Problematik. Für die Durchführung der Intervention sind keine zusätzlichen Hilfsmittel nötig, daher wäre die Ausführung durch Pflegefachkräfte möglich. Wie im theoretischen Bezugsrahmen jedoch beschrieben ist, wird diese Intervention durch gezielte Berührungen und sanfte Stimulationen angewendet (Bartholomay, 2015), was ein Grundwissen voraussetzt. Daher wäre es nötig, dass Pflegefachkräfte zusätzlich eine Weiterbildung absolvieren, was zu Mehraufwand führen würde. Da bei dieser Intervention die Nähe im Vordergrund steht, sollte eine Vertrauensbasis vorhanden sein. Zudem ist es zentral, den Patienten oder die Patienten zu kennen oder zu wissen, wie diese auf die Nähe reagieren. Weiter ist zu beachten, dass es je nach Demenzstadium für die Betroffenen nicht mehr möglich ist, sich für oder gegen diese Intervention zu entscheiden.

Sensorische Gartenaktivitäten

Eine Studie befasst sich mit den sensorischen Gartenaktivitäten (Abraha et al., 2017). Es konnte keinen Effekt auf die Agitation gezeigt werden. Die Studie weist eine hohe Evidenz auf, jedoch ist die sensorische Gartenaktivität nur ein kleiner Teil darin. Da nur eine Studie diese Intervention untersuchte, ist ein Vergleich mit anderen Ergebnissen nicht möglich. Zudem wird die Intervention kaum beschrieben, was eine Anwendungsempfehlung schwierig macht. Um diese Intervention in einer Institution anwenden zu können, müssten genügend Ressourcen und Platz vorhanden sein, um einen solchen Garten einzurichten. Da in der Literatur nirgends klar ersichtlich ist, wie ein sensorischer Garten aussehen muss, ist die Umsetzung dieser Intervention eher schwierig. Für die Pflegefachkräfte könnte diese Intervention bei akutem agitiertem Verhalten hilfreich sein. Falls alles gut abgegrenzt ist, könnten die Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz sicherlich alleine im Garten unterwegs sein und somit entstände kein Mehraufwand für das Pflegepersonal. Für die Patienten und Patientinnen wäre ein solcher Garten zusätzlich gut für die Gesundheit, da sie sich bewegen können und draussen sind. Trotzdem ist in den Ergebnissen kein Nutzen ersichtlich. Wie bereits erwähnt, stützen sich die sensorischen Gartenaktivitäten auf alle Sinne ab. Daher scheint es möglich zu sein, den fehlenden Nutzen auf die Einschränkung eines oder mehrerer Sinnen zurückzuführen.

5.1.1 Übertragbarkeit der sensorischen Interventionen

Die oben genannten Interventionen bieten eine breite Möglichkeit, auf sensorischer Ebene Interventionen durchzuführen. Es stellt sich nun die Frage, welche sensorischen Interventionen in welchen Settings wirklich durchführbar sind. Es gibt Interventionen, welche mehr oder weniger Aufwand bereiten. Die Aromatherapie, welche als Erstes diskutiert wird, ist eine einfach durchzuführende Intervention, welche in jedem Setting Anwendung finden kann. Zeitlich und auch finanziell braucht sie wenige Ressourcen und aufwändige Schulungen für die Pflegefachpersonen sind nicht notwendig. Grundsätzlich ist die Aromatherapie auch in der Spitex durchführbar, wobei jedoch für jede Pflegefachperson Aromen zur Verfügung stehen müssen, da sie stets vor Ort sein müssen. Dies würde höhere finanzielle Ausgaben bedeuten. Auch wenn die Aromatherapie mit Massage kombiniert wird, ist dies eine praktische Intervention, welche gut in allen Settings durchführbar ist. Wie bereits erwähnt wurde, kann sie in die morgendliche Pflege integriert werden. In allen Settings wird Zeit für die Morgenpflege eingeplant und somit würde es einen kleinen Aufwand darstellen, die Aromatherapiemassage miteinzuplanen. Gerade auch Massagen der oberen Extremitäten können einfach durchgeführt und beispielsweise mit einem Gespräch verbunden werden. Eher schwierig durchzuführende Interventionen stellen Shiatsu und Akupressur dar. Aufgrund von mangelnder Ausbildung der Pflegefachpersonen in diesen Breitengraden, kann diese Intervention kaum ohne externes Personal durchgeführt werden. Da es zudem Erfahrung in diesen Techniken braucht, reicht eine Schulung der Pflegefachpersonen nicht aus. In einer Langzeitinstitution scheint es einfacher durchführbar zu sein, wenn externe Fachpersonen involviert werden und dann auch mehrere Patienten und Patientinnen behandeln können. Im Akutspital sind meist nur wenig potentielle Patienten und Patientinnen vorhanden und somit wäre hier möglicherweise der Aufwand nicht im Gleichgewicht mit dem Ertrag. Die therapeutischen Berührungen bringen eine ähnliche mögliche Problematik wie Shiatsu und Akupressur mit sich. Die Interventionsdurchführung ist eher unklar und ohne Schulung der durchführenden Personen scheint diese Intervention kaum Nutzen zu bringen. Das therapeutische Händeauflegen benötigt Zeit (Millan-Calenti et al., 2016) und kann schlecht mit anderen pflegerischen Tätigkeiten kombiniert werden. In Situationen, in denen sich Patient oder Patientin und die durchführende Person noch nicht gut kennen, scheint diese Intervention eher schwierig umsetzbar zu sein. Daraus lässt sich ableiten, dass die Intervention gerade in Akutsettings eher eine Problematik darstellt. In Langzeitsettings, in denen sich Pflegefachkräfte sowie Patienten und Patientinnen meist besser und schon länger kennen, wird das Vertrauen und die Nähe weniger ein Problem darstellen. Es werden keine zusätzlichen Hilfsmittel gebraucht, was ein positiver Aspekt

darstellt und somit eine Durchführung in allen Settings einfacher macht. Als nächste sensorische Intervention ist die sensorische Gartenaktivität eine nächste Herausforderung für die Umsetzung in den verschiedenen Settings. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass in Akutsettings diese Intervention meist nicht durchführbar ist. Hospitalisierte Patienten und Patientinnen weisen oftmals medizinische Zugänge oder Wunden auf, welche sauber gehalten werden müssen. Wenn Akutspitäler über einen solchen Garten verfügen, dürfen die Personen nicht alleine in den Garten gelassen werden und durch die Begleitung fehlt eine Fachperson auf der Station, was meist zu personellen Engpässen führt. In Langzeitsettings scheint die Intervention einfacher umsetzbar zu sein. In diesem Setting haben die Patienten und Patientinnen keine kritischen medizinischen Zugänge und sie dürfen sich normalerweise auf dem Gelände frei bewegen. Der Garten muss jedoch sicher sein und darf keine Gefahr für Verletzungen darstellen. Somit lässt sich ableiten, dass der sensorische Garten zuvor geplant werden muss und dadurch finanzielle wie auch zeitliche Ressourcen benötigt werden. Wird noch das Setting der Spitex miteinbezogen, ist diese Intervention dort überhaupt nicht durchführbar, da die Patienten und Patientinnen zu Hause nicht über einen solchen sensorischen Garten verfügen.

5.2 Emotionsbezogene Interventionen

Musiktherapie

Bezüglich der Musiktherapie geben acht Studien Ergebnisse an. Abraha et al. (2017), de Oliveira et al. (2015) sowie Travers et al. (2016) berichten über eine Reduktion der Agitation. Eine Studie gibt eine Fluktuation an, wobei das aggressive Verhalten abnimmt (Konno et al., 2014). Gomez-Romero et al. (2017) zeigen keine einheitlichen Ergebnisse, da zwei enthaltene Studien einen Effekt angeben und eine nicht. Millan-Calenti et al. (2016), Livingston et al. (2014) sowie van der Steen et al. (2017) berichten über keinen Effekt bezüglich der Agitation. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Interventionen, bei denen Musik gehört oder Instrumente gespielt wurden, eine positive Wirkung haben. Bei Studien, in denen nur Musiktherapie in Form von Sitzungen durchgeführt wurde, fallen die Ergebnisse meist negativ aus. Die Studie von Abraha et al. (2017) berichtet in der Diskussion, dass Musiktherapie die einzig wirksame Intervention in der Gruppe der sensorischen Interventionen war. Es wird zudem erwähnt, dass die Art der Intervention wie auch die Schwere der Demenz eine wesentliche Rolle spielen bezüglich Ansprechbarkeit auf die Musiktherapie. Daher scheint es wichtig zu sein, die Anamnese der Menschen mit Demenz genau zu kennen, um die passende Musikintervention auswählen zu können. Die Studien von de Oliveira et al. (2015) und Travers et al. (2016) beschreiben die Musiktherapie sehr gut und weisen ein hohes Evidenzlevel auf. Die Ergebnisse von

Konno et al. (2014) lassen Interpretationsspielraum offen. Sie berichten über eine Fluktuation, wobei nicht klar ersichtlich ist, ob es nun einen Effekt gehabt hat oder nicht. Einzig beim aggressiven Verhalten ist ein positiver Effekt zu entnehmen. Die Suchstrategie war sehr umfangreich, jedoch wurde die Qualität der eingeschlossenen Studien als eher schlecht bewertet. Daher ist die Aussagekraft etwas geringer und wird in dieser Studie weniger gewichtet. Gomez-Romero et al. (2017) sind sich bei den Ergebnissen nicht einig. Zwei enthaltene Studien geben eine Wirkung der Musiktherapie an und eine nicht. Durch diese drei eingeschlossenen Studien ist das Sample von Gomez-Romero et al. (2017) klein, was kritisch betrachtet wird. Wenn das Verhältnis der Aussagen angeschaut wird, kann trotzdem eher auf einen Nutzen der Musiktherapie tendiert werden. Wie in der Diskussion von Gomez-Romero et al. (2017) ersichtlich ist, wurden die Interventionen von verschiedenen Fachpersonen durchgeführt. Dadurch ist diese Intervention in den verschiedenen Settings ohne speziell geschultes Personal gut möglich. Aufgrund der Definition der Musiktherapie, welche durch qualifizierte Musiktherapeuten und -therapeutinnen durchgeführt werden muss, kann hier nicht mehr von einer offiziellen Musiktherapie gesprochen werden (Gomez-Romero et al., 2017). Millan-Calenti et al. (2016) berichten über keinen Effekt auf die Agitation. Jedoch ist dieses Ergebnis kritisch zu betrachten, da die Intervention kaum beschrieben wird. Also ist nicht klar ersichtlich, wie die Musiktherapie durchgeführt wurde. Auch ist die Musiktherapie durch Musiktherapeuten oder -therapeutinnen erfolgt, was die Anwendung in der Praxis erschwert. Livingston et al. (2014) bestätigen die Aussage von Millan-Calenti et al. (2016). Auch hier wird keine genaue Intervention angegeben und somit ist nicht ersichtlich, in welcher Form die Musiktherapie angewendet wurde. Zudem wird berichtet, dass nur wenig Evidenz für einen langfristigen Nutzen und für Menschen mit schwerer Agitation besteht. Es lässt sich vermuten, dass es möglicherweise einen Nutzen für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Agitation gibt. Somit kann nicht klar gesagt werden, dass die Intervention keinen Nutzen mit sich bringt. Van der Steen et al. (2017) schliessen sich den Aussagen der beiden vorangegangenen Studien an. Die Suchstrategie dieser Studie war sehr umfangreich und es wurden viele Studien eingeschlossen. Jedoch war die Qualität der eingeschlossenen Studien mässig bis tief und auch die Interventionen wurden nicht genau erläutert. Abraha et al. (2017) und van der Steen et al. (2017) sind nach kritischer Würdigung der Studien die qualitativ Besten. Daher werden diese beiden Ergebnisse am stärksten gewichtet. Allerdings widersprechen sich die Ergebnisse. Aus der obenstehenden Diskussion ist ersichtlich, dass die meisten Ergebnisse eher für die Intervention sprechen. Die Musiktherapie in Form von Musik abspielen oder Instrumente spielen erzielt gemäss den Ergebnissen den besten Effekt. Für die Anwendung dieser Intervention

werden zwei mögliche Aspekte gesehen. Wenn die Interventionen in Form von zusammen singen oder Instrumente spielen erfolgen, was gemäss Groksch (2016) zur aktiven Form der Musiktherapie gehört, sowie die Musik abgespielt wird, ist die Durchführung für Pflegefachkräfte ohne eine spezielle Schulung möglich. Bei Musiktherapien, welche in Form von Gruppensitzungen erfolgen, wäre eine spezielle Ausbildung der Mitarbeitenden notwendig. Daraus lässt sich ableiten, dass dieser Aspekt bezüglich der Agitationsverminderung am effektivsten und auch für das Pflegepersonal gut umzusetzen ist. Aus Sicht der Betroffenen scheint die Musiktherapie eine einfache Intervention zu sein. Je nach Schweregrad der Demenz können die Patienten und Patientinnen die Musik und die Therapieform nach ihren Wünschen selbst auswählen. Durch die Musik kann gemäss Groksch (2016) das innere Befinden positiv beeinflusst werden. Genau aus diesem Grund könnte die Musiktherapie durch die Steigerung des positiven Befindens gleichzeitig die Agitation vermindern.

Humortherapie

Low et al. (2014) konnten durch Humortherapie eine Abnahme von hoher und auch niedriger Agitation feststellen. Die Studie von Low et al. (2014) weist ein grosses Sample auf, was eine bessere Übertragbarkeit gewährleistet, obwohl nicht die höchste Evidenz durch das Design der randomisierten kontrollierten Studie erreicht ist. Das Sample war mehrheitlich weiblich, wodurch keine allgemeine Übertragbarkeit garantiert ist. Zudem stellt sich in dieser Studie auch das ethische Dilemma zwischen den Prinzipien „Gutes tun“ und „Nicht schaden“ zur Frage. Somit lässt sich diskutieren, ob den Patienten und Patientinnen wirklich Gutes getan wird, wenn durch die humorvollen Interventionen versucht wird, die Stimmung zu verbessern. Es besteht das Risiko, den Personen zu schaden, indem Angst oder auch Unverständnis ausgelöst werden könnten, weil nicht jede Person gleich auf Humor reagiert. Es scheint plausibel, anzunehmen, dass Menschen mit Demenz kognitivbedingt den Humor nicht mehr richtig zuordnen können. Diese Annahme würde sich auch mit der Erklärung von Dilling & Freyberger (2015) decken, dass Demenz mit einer Störung der kortikalen Funktion, wie beispielsweise der Auffassung, einhergeht. Die Intervention ist kaum durch Pflegefachpersonen durchführbar und benötigt spezialisierte Personen. Wenn die Intervention durch Pflegefachpersonen durchgeführt wird, benötigt dies zeitliche Ressourcen, welche unter Umständen knapp sein können. Wie vorangehend bereits erwähnt wurde, kann die Humortherapie auch Risiken mit sich bringen. Kennt man die Patienten und Patientinnen nur schlecht, weiss man nicht, wie sie auf Humor reagieren oder was ihre Vorlieben sind. Somit kann Humor mehr Negatives als Positives bewirken. Es lässt sich also daraus schliessen, dass die Humortherapie

gut geplant und überdacht werden muss, damit man den Patienten und Patientinnen mit Demenz nicht zu nahe tritt und einen erfolgreichen Effekt erzielen kann.

Lichttherapie

Alle vier gefundenen Studien, die über Lichttherapie berichten, geben keinen signifikanten Nutzen an (Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014; de Oliveira et al., 2015; Millan-Calenti et al., 2016). Wie bereits mehrfach erwähnt, weisen Abraha et al. (2017) eine hohe Evidenz auf und können somit stärker gewichtet werden. Zudem wird in der Diskussion von Abraha et al. (2017) über keine nennenswerte klinische Wirkung berichtet, wodurch eine praktische Durchführung wenig sinnvoll erscheint. Livingston et al. (2014) stützen diese Aussagen und geben zusätzlich eher eine Verschlimmerung der Agitation an. Livingston et al. (2014) haben eine starke Aussagekraft, da diese Studie ebenfalls eine hohe Evidenz aufweist. Neben dem fehlenden Nutzen dieser Intervention geben Millan-Calenti et al. (2016) auch noch einen Unterschied zwischen der Morgen- und Nachmittagslichtexposition an. Diese Aussage wird von de Oliveira et al. (2015) ebenfalls gestützt. In beiden Studien ist jedoch nicht ersichtlich, was genau für ein Unterschied besteht und es wird keine Empfehlung für eine Lichtexposition ausgesprochen. Da die allgemeine Übertragbarkeit durch ein eher kleines Sample gering ist (de Oliveira et al., 2015) und diesbezüglich keine p-Werte vorhanden sind (Millan-Calenti et al., 2016), können die Aussagen zum Unterschied der verschiedenen Lichtexpositionen schlecht nachvollzogen werden. In allen Studien ist der Vorgang der Lichttherapie kaum beschrieben und lässt somit einen grossen Spielraum offen, um diese Intervention durchzuführen. Wenn die Lichttherapie mittels speziellen Lampen durchgeführt wird, ist dies für die Pflegefachpersonen einerseits eine einfache Intervention, benötigt andererseits jedoch finanzielle Ressourcen. Zudem stellt sich die Frage, wie angenehm eine solche Lichtexposition für Patienten und Patientinnen wirklich ist. Daher scheint es für die Patienten und Patientinnen attraktiver zu sein, die Lichttherapie mit natürlichem Licht draussen durchzuführen, da man sich zusätzlich auch noch an der frischen Luft aufhält. Seitens der Pflegefachkräfte wäre dies jedoch mit einem zeitlichen Mehraufwand verbunden.

5.2.1 Übertragbarkeit der emotionsbezogenen Interventionen

Zu den emotionsbezogenen Interventionen gehören neben der Musiktherapie die Humorthherapie sowie die Lichttherapie. Wie in den Ergebnissen ersichtlich ist, kann die Musiktherapie auf verschiedene Arten zur Anwendung kommen. Auch im theoretischen Bezugsrahmen ist von Groksch (2016) beschrieben, dass die Musiktherapie in aktiver

wie auch passiver Form durchgeführt wird. Daher besteht die Möglichkeit, diese Intervention in den verschiedenen Settings anzuwenden und je nach Ressourcen individuell zu gestalten. Im Akutspital scheint die passive Form idealer zu sein. Bei Patienten und Patientinnen mit Demenz, die Symptome einer Agitation zeigen, kann beispielsweise Musik nach ihren Vorlieben abgespielt werden. Dies ist eine einfache Anwendung und in Bezug auf die knappen Zeitressourcen sinnvoll. Sprechen die Betroffenen darauf an, kann auf zusätzliches Personal wie eine Sitzwache verzichtet und es können dadurch Kosten gespart werden. In der Langzeitpflege können verschiedene Formen der Musiktherapie angedacht werden. Es kann je nach Ausprägung der Demenz und Agitation möglich sein, Gruppensitzungen in Form von Instrumenten spielen oder singen durchzuführen. Wie auch im Akutspital besteht die mögliche Alternative, den Betroffenen Musik abzuspielen. In diesem Setting scheint also eine Vielzahl von Anwendungsarten umsetzbar zu sein. Bezüglich der Humorthherapie muss gemäss Takeda (2010) eine gute Kenntnis des Patienten oder der Patientin vorhanden sein. Daher könnte es gerade im Akutspital schwierig sein, die Humorthherapie durchzuführen, da man durch den oftmals kurzen Spitalaufenthalt die Patienten und Patientinnen meist schlecht kennt. Trotzdem wird im Akutspital die Möglichkeit gesehen, die Humorthherapie in Form von Witzen oder Clowns anzuwenden. Wie bereits in Kinderspitälern Clowns eingesetzt werden, könnte dies auch bei den Erwachsenen zur Anwendung kommen. Hier muss aber auch eine mögliche beängstigende Wirkung von Clowns berücksichtigt werden. In der Langzeitpflege könnte die Humorthherapie zudem in Form von Aufführungen durchgeführt werden, bei denen die Betroffenen zuschauen können. Zur Lichttherapie ist aus den Ergebnissen keine klare Anwendung ersichtlich. Wie im theoretischen Bezugsrahmen erläutert wurde, wird die Lichttherapie üblicherweise mit Sonnenlicht durchgeführt. Gemäss Höwler (2004) wird diese Intervention meist bei depressiven Stimmungslagen in den Herbst- und Wintermonaten angewendet. Diese Intervention eignet sich somit eher in einem Langzeitsetting als in einem Akutspital, weil in diesem Setting die Personen über eine längere Zeit betreut werden. Die Exposition mit natürlichem Tageslicht eignet sich in der Langzeitpflege am besten. Ein Ergebnis deutet auf einen kleinen Effekt bezüglich der Morgenlichtexposition hin. Da gemäss Höwler (2004) das Licht den Serotoninstoffwechsel stimuliert und eine positive Stimmungslage entstehen kann, scheint diese Anwendung am effektivsten. Aufgrund der Ergebnisse ist diese Intervention zur Reduzierung der Agitation vermutlich nicht geeignet.

5.3 Verhaltensbezogene Interventionen

Tiergestützte Interventionen

Die drei gefundenen Studien zu tiergestützten Interventionen sagen alle teilweise etwas anderes aus. Die Studie von Olsen et al. (2016) gibt durch Sitzungen mit Hunden und deren Trainern oder Trainerinnen keine Veränderung der Agitation an. Pope et al. (2016) unterstützen diese Aussage, geben jedoch eine Verbesserung des Schreiens und der verbalen Agitation an. Beide Studien sind randomisierte kontrollierte Studien und weisen den identischen Evidenzlevel auf. Obwohl beide Studien übersichtlich und mit guten Tabellen ergänzt sind, wurde in keiner der Studien eine Verblindung durchgeführt. Im Gegensatz zu diesen Studien geben Abraha et al. (2017) einen positiven Effekt auf die Agitation an. Durch das Design des systematischen Reviews von systematischen Reviews ist die Evidenz hoch. In der Diskussion von Abraha et al. (2017) ist jedoch zu beachten, dass sie von keinem überzeugendem Effekt durch die tiergestützte Intervention sprechen. Daher stellt sich nun die Frage, wie signifikant der Nutzen nun wirklich ist. Nicht zu vernachlässigen ist auch, wenn Patienten und Patientinnen an einer Hundeallergie leiden oder Angst vor Hunden haben. In solchen Fällen können keine tiergestützten Interventionen durchgeführt werden. Es scheint jedoch, dass Patienten oder Patientinnen, die früher Tiere hatten, durch diese Intervention an schöne Momente erinnert werden. Daher könnte die Wahrscheinlichkeit des Nutzens der tiergestützten Intervention höher ausfallen. Es ist sinnvoll, anzudenken, dass diese Intervention für die Pflegefachpersonen eher schwierig ist und daher geschulte Hundetrainer oder –trainerinnen organisiert werden müssen. Durch diese Tatsache werden finanzielle Ressourcen der Institution gebraucht und es benötigt einen grossen Aufwand, diese Intervention durchzuführen.

Individualisierte Freizeitgestaltung

Die Studien von Travers et al. (2016) und Livingston et al. (2014) befassten sich mit der individualisierten Freizeitgestaltung. Eine Studie berichtet über eine Reduktion von agitiertem Verhalten, jedoch über keinen Effekt bei Menschen mit Demenz ohne depressive Symptome (Travers et al., 2016). Auch Livingston et al. (2014) berichten über eine Verminderung der Agitation, wobei kein Hinweis auf eine Langzeitwirkung sowie keinen Effekt bei schwerer Agitation vorliegen. Bei der Studie von Travers et al. (2016) wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt, jedoch wurden nur englische Studien einbezogen. Dadurch ist die Übertragbarkeit auf alle Länder eingeschränkt. Die Beschreibung der Interventionen lässt auch hier wieder Interpretationsspielraum offen. Es wird

erwähnt, dass entspannende Aktivitäten nach persönlichen Interessen sowie soziale Interaktionen mittels eines Gesprächs durchgeführt wurden. Daraus ist nicht ersichtlich, wie sich diese Interventionen genau abgespielt haben. Auch wird darauf hingewiesen, dass nur ein Effekt bei Menschen mit Demenz und depressiven Symptomen gegeben ist. Livingston et al. (2014) beschreiben in ihrem systematischen Review über verschiedene Aktivitäten. Somit ist auch hier nicht genau ersichtlich, welche Interventionen durchgeführt wurden. Es ist in Frage gestellt, ob eine Empfehlung für diese Intervention abgegeben werden kann. Die Studie von Livingston et al. (2014) weist eine hohe Qualität auf. Es wurde eine grosse Anzahl Studien eingeschlossen, wobei sich fünf systematische Reviews mit den Aktivitäten befassten. Obwohl in den Studien eine Reduktion der Agitation gezeigt werden konnte, gibt es bei beiden gewisse Einschränkungen. Es ist fraglich, wie der Nutzen bei Menschen mit schwerer Agitation und bei Menschen mit Demenz ohne Depression ist und ob eine Langzeitwirkung erzielt werden kann. Da bezüglich dieser Intervention kaum etwas in der Literatur gefunden wurde, scheint es noch ein wenig erforschtes Thema zu sein. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Anwendung bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz möglich ist. Für die Pflegefachpersonen wäre es daher wichtig, die Interessen dieser Menschen herauszufinden, um die Freizeitgestaltung den persönlichen Vorlieben anpassen zu können. Da diese Intervention gemäss den Studien keinen Langzeiteffekt hat, wird sie eher in Akutsituationen als anwendbar betrachtet.

5.3.1 Übertragbarkeit der verhaltensbezogenen Interventionen

Zur Übertragbarkeit der tiergestützten Interventionen sowie den individualisierten Freizeitgestaltungen gibt es einige Punkte zu diskutieren. Wie Püllen (2013) beschreibt, ist die Anwendung der tiergestützten Interventionen im Akutspital aufgrund der Hygienevorschriften nicht erlaubt. Daher eignet sie sich vor allem im Langzeitbereich. Es scheint eine sinnvolle Intervention zu sein, welche gut in die Tagesstruktur integriert werden könnte. In den Ergebnissen kommt heraus, dass die tiergestützten Interventionen eine Wirkung bezüglich des Schreiens und der verbalen Agitation zeigten. Cohen-Mansfield (2008) ordnet diese Symptome der verbal-aggressiven Kategorie zu. Diese Erkenntnis deckt sich zudem mit der Aussage von Püllen (2013). Dieser berichtet, dass die tiergestützten Interventionen zur Verbesserung der verhaltensbezogenen Problemen dienen können. Es liegt nahe, diese Intervention vor allem bei solchen Verhaltensauffälligkeiten einzusetzen. Bezüglich der individualisierten Freizeitgestaltung sind der Literatur kaum Hinweise zur Durchführung zu entnehmen. Dies lässt auf die mangelnd erforschte Intervention schliessen. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass die individualisierte Frei-

zeitgestaltung eine gute Alternative bei der Behandlung der Agitation ist. Für die Umsetzung dieser Intervention eignet sich eher das Langzeitsetting. Im Akutspital fehlen oftmals die zeitlichen und personellen Ressourcen, um solche Massnahmen durchzuführen. Eine Überlegung im Langzeitsetting ist, diese Intervention in den Alltag zu integrieren. Es ist eine gewisse Kreativität des Pflegepersonals vorausgesetzt, da die individualisierte Freizeitgestaltung durch fehlende Beschreibungen keine Grenzen setzt. Um die Freizeitgestaltung ganz auf die Menschen mit Demenz abzustimmen, sind aber auch hier gute Kenntnisse über das Demenzstadium wie auch die Interessen der einzelnen Personen wichtig.

5.4 Kombinierte Interventionen

Kombinierte Interventionen und Übungen

Kombinierte Interventionen werden von drei Studien untersucht (de Oliveira et al., 2015; Abraha et al., 2017; Livingston et al., 2014). De Oliveira et al. (2015) konnten durch Musik mit Bewegungsübungen und Malen eine Reduktion der Agitation feststellen. Auch Abraha et al. (2017) verzeichneten eine Reduktion der Agitation durch Musik in Kombination mit einer Handmassage. Jedoch fand keine Veränderung der Agitation statt, wenn eine sensorische Stimulation durchgeführt und die Umgebung angepasst wurde (Abraha et al., 2017). Die dritte Studie von Livingston et al. (2014) gibt keine Reduktion an und somit keine Empfehlung ab. In dieser Studie wurden Massage, Präsenztherapie und tägliche Aktivitäten miteinander kombiniert. Alle drei eingeschlossenen Studien zu dieser Thematik weisen eine hohe Evidenz auf und haben dadurch eine hohe Aussagekraft. Aufgrund der unterschiedlichen Kombinationen und Durchführungen der Interventionen kann kein klarer Vergleich durchgeführt werden. Trotzdem ist eine Verminderung der Agitation festzustellen, wenn die kombinierte Intervention Musik beinhaltet. Auch in diesen Punkten sind jedoch die Vorlieben der Patienten und Patientinnen zu berücksichtigen und in die Interventionen zu integrieren, was die Therapien deutlich erschwert. Für die Pflegefachpersonen scheint es bei kombinierten Interventionen umso wichtiger zu sein, auf jede Person individuell einzugehen, da durch die Kombination mehrere und verschiedene Sinne angesprochen werden. Dies setzt eine Beziehung zueinander und Kenntnis der Persönlichkeit der Patienten und Patientinnen voraus. Aus Sicht der Patienten und Patientinnen könnte diese Intervention ansprechend sein, da die Möglichkeit besteht, von einer Vielfalt an gewünschten Interventionen zu profitieren.

Multisensorische Interventionen

Zwei Studien geben einen Nutzen dieser Intervention an (Sanchez et al., 2016; Travers et al., 2016). Travers et al. (2016) berichten über eine signifikante Reduzierung der physischen Agitation durch multisensorische Interventionen. Die Interventionen beinhalten vor allem den Snoezelen-Raum. Jedoch werden die Interventionen nicht genauer erläutert und es ist nicht ersichtlich, wie sie durchgeführt wurde. Die Studie von Travers et al. (2016) hat aber eine höhere Evidenz und daher kann diese Studie mehr gewichtet werden. Sanchez et al. (2016) erklären die Intervention exakt, doch die genaue Durchführung wird nicht beschrieben. Es ist gut nachvollziehbar, wie der Snoezelen-Raum aufgebaut ist und welche Interventionen darin angeboten werden. Es konnte eine Wirkung auf die physische Agitation gezeigt werden, jedoch wird über keine Reduktion des aggressiven und verbal agitierten Verhaltens berichtet. Die Population in dieser Studie ist eher gering und da es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt, ist die Aussagekraft gegenüber der anderen Studie verringert. Aufgrund der mangelnden Beschreibung der Durchführung ist es schwierig, die genaue Anwendung nachvollziehen zu können. Ein Snoezelen-Raum ist sehr teuer und in Anbetracht dieses Aspekts ist es aus finanzieller Sicht nicht in jeder Institution möglich, einen solchen Raum einzurichten. Wie im theoretischen Bezugsrahmen erklärt, besteht ein Snoezelen-Raum beispielsweise aus dem Abspielen von Musik, dem Ertasten von Dingen oder aus Duftlampen für die olfaktorische Stimulation. Somit stellt sich die Frage, ob die Pflegefachpersonen über eine zusätzliche Ausbildung verfügen müssen, um diese Intervention anbieten zu können. Für die Patienten und Patientinnen kann dieser Raum sehr spannend sein. Eine mögliche Überlegung ist jedoch auch, dass Menschen in einem späteren Demenzstadium eher Mühe haben, sich in diesem Raum zurecht zu finden. Wie bei den Ergebnissen ersichtlich, hat diese Intervention einen mässigen Erfolg auf die aggressive und verbale Agitation. Somit sollte bei der Anwendung dieser Intervention auch immer das Ausmass der Agitation berücksichtigt werden. Auf die physische Agitation scheint diese Intervention eine Wirkung zu haben. Wenn die Erkenntnis von Kurz et al. (2016), dass medikamentöse Interventionen Gehstörungen auslösen können, miteinbezogen wird, kann auch eine Reduzierung der Stürze durch multisensorische Interventionen abgeleitet werden. So stellt sich die Frage, ob multisensorische Interventionen allenfalls nicht als Ersatz der medikamentösen Interventionen in Frage kommen und diese in Kombination ihren Nutzen erbringen könnten.

5.4.1 Übertragbarkeit der kombinierten Interventionen

Werden nun die kombinierten Interventionen auf ihre Übertragbarkeit in den verschiedenen Settings beleuchtet, fällt schnell auf, dass Kombinationen von Therapien mehr Aufwand bedeuten. Kombinationen mit Musik, im Sinne von Musik abspielen, scheinen einfacher durchführbar zu sein als beispielsweise sensorische Interventionen in Kombination mit Anpassung der Umgebung. Wie bereits bei den emotionsbezogenen Interventionen diskutiert und erläutert wurde, ist das Abspielen von Musik in allen Settings gut umsetzbar. Wird nun Musik mit Massage kombiniert, sollte auch dies in den verschiedenen Settings möglich sein. Trotzdem stellen sich hier die identischen Schwierigkeiten bei Musik sowie Massage, welche bereits in den vorangehenden Kapiteln diskutiert wurden und hier nicht nochmals aufgegriffen werden. Bezüglich des Snoezelen-Raums liegt die schwierige Umsetzbarkeit bereits auf der Hand. Es benötigt den Platz, um einen solchen Raum einrichten zu können. Folge dessen werden auch die finanziellen Ressourcen benötigt. Die Sitzungen in diesem Snoezelen-Raum sind geführt und die Patienten und Patientinnen werden begleitet, wodurch dies personell auch eingeplant werden muss. Es wird angenommen, dass in einer Langzeitinstitution mehr Personen leben, welche einen solchen Raum nutzen würden. Abgeleitet von diesem Ansatz macht ein Snoezelen-Raum im Langzeitsetting mehr Sinn. Trotzdem müssen entweder Pflegefachpersonen dieser Institution geschult oder externe Fachpersonen involviert werden, damit diese Intervention richtig umgesetzt werden kann. Schlussendlich stellt diese multisensorische Intervention einen hohen Aufwand dar.

5.5 Beantwortung der Fragestellung

Anhand der Ergebnisse und der anschließenden Diskussion wird nun die gestellte Forschungsfrage beantwortet. "Welche nichtmedikamentösen Massnahmen können zur Reduzierung der Agitation bei Menschen mit Demenz angewendet werden?"

Es wurden 11 Interventionen zur Behandlung der Agitation gefunden. Davon konnten neun Studien eine Reduktion der Agitation feststellen, wobei einige nur einen Teilbereich der Agitation beeinflussten.

Die Aromatherapie und Massage zeigen Indizien zur Wirkung bei Agitation. Vor allem bei der Verwendung von Lavendelöl sowie Massage der oberen Extremitäten konnte die Agitation verbessert werden. Einen eindeutigen positiven Effekt zur Reduzierung der Agitation konnte aber nicht gezeigt werden.

Shiatsu und Akupressur sowie Humorthérapie zeigen eine klare Wirkung zur Agitationsverminderung auf. Auch die Musiktherapie und die kombinierten Interventionen lassen auf eine positive Wirkung bezüglich der Agitation schliessen.

Die therapeutischen Berührungen, individualisierte Freizeitgestaltung, tiergestützte sowie multisensorische Interventionen bewirken nur in gewissen Kategorien der Agitation eine Reduzierung. Therapeutische Berührungen wirken bei körperlich nicht-aggressivem Verhalten und die individualisierte Freizeitgestaltung bringt nur bei leichter Agitation in Akutsituationen einen Nutzen. Tiergestützte Interventionen verbessern die verbale Agitation, wobei die physische Agitation durch multisensorische Interventionen reduziert werden kann.

5.6 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Suche wurde auf fünf Datenbanken durchgeführt, wobei 235 Studien auf ihre Eignung überprüft wurden. Zudem wurden nur Studien der letzten fünf Jahre einbezogen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass durch die breite Suche die meisten vorhandenen Studien einbezogen wurden und aktuell sind.

Viele Studien befassen sich mit den allgemeinen Symptomen von BPSD. Ist die Agitation kein klares Outcome, wurde diese Studie ausgeschlossen. Es besteht somit die Möglichkeit, dass durch den Ausschluss solcher Studien wichtige Ergebnisse verloren gegangen sind.

Diese Bachelorthesis stellt eine Zweierarbeit dar, welche sich gerade in der Literatursuche und in der Bewertung der Studien auszahlt. Diese zwei Arbeitsschritte wurden unabhängig voneinander durchgeführt und schlussendlich miteinander verglichen, diskutiert und gegebenenfalls angepasst.

Die meisten eingeschlossenen Studien wurden im Langzeitsetting durchgeführt. Es wurden kaum Studien aus dem Akutsetting gefunden und da deshalb das Langzeitsetting hauptsächlich vertreten war, konnten oftmals keine fundierten Empfehlungen für das Akutspital abgegeben werden. Daher kann die Möglichkeit bestehen, dass die Übertragbarkeit ins Akutspital eingeschränkt ist und die Interventionen nicht immer den gewünschten Effekt auslösen.

Eine Stärke dieser Arbeit stellen die verschiedenen erläuterten Interventionen dar. Durch diese Arbeit wird eine breite Palette an möglichen Interventionen aufgezeigt und kritisch betrachtet, bewertet und verglichen. Gleichzeitig ist diese Tatsache jedoch auch eine Schwäche. Gerade durch diese Vielfalt gibt es nicht zu jeder Intervention mehrere Studien, die diese untersucht haben. Daher steht zum Teil nur eine Aussage einer Studie

zur Verfügung und kann somit schlecht verglichen werden. Weiter ist die Durchführung der Interventionen teils ziemlich heterogen, wodurch der Vergleich und die Übertragbarkeit weiter erschwert wurden.

Neun von vierzehn eingeschlossenen Studien sind systematische Reviews und die anderen sind randomisierte kontrollierte Studien. Durch den hohen Evidenzlevel können aussagekräftige Ergebnisse am ehesten garantiert werden. Dies wirkt sich auch positiv auf die Aussagekraft der Empfehlungen dieser Arbeit aus.

6 SCHLUSSFOLGERUNG

In diesem Kapitel werden auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnissen Empfehlungen für die Praxis und Forschung abgegeben.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Zur Reduzierung der Agitation kann Aromatherapie mit oder ohne Massage in allen Settings zur Anwendung kommen. Dies könnte beispielsweise auch im Akutspital in die Morgenpflege integriert werden. Zur Durchführung, Häufigkeit oder den verschiedenen Ölen kann keine abschliessende Empfehlung gegeben werden. Einzig beim Lavendelöl besteht eine Tendenz zur Wirkung und dessen Empfehlung, wobei es für Melissenöl keine Empfehlung gibt. Für die durchführende Person ist es daher wichtig, auf die Reaktionen und Wünsche der Patienten und Patientinnen mit Demenz einzugehen.

Aufgrund von nur einem Ergebnis bezüglich Shiatsu und Akupressur kann keine definitive Empfehlung abgegeben werden. Da das Ergebnis aber einen positiven Effekt auf die Agitation gezeigt hat, kann diese Intervention durch geschultes Fachpersonal durchgeführt werden. Jedoch kann keine Empfehlung an ungeschultes Pflegepersonal abgegeben werden aufgrund von mangelndem Fachwissen. Die Intervention kann in jedem Setting Anwendung finden.

Humorthherapie wird nur in einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht. Da dadurch eine mangelnde Aussagekraft besteht, wird die Humorthherapie nicht als erste Massnahme beim Auftreten von Agitation bei Menschen mit Demenz empfohlen. Trotzdem wird diese Intervention als ergänzende Massnahme aufgrund des positiven Ergebnisses als sinnvoll erachtet. Die Humorthherapie in Form von Witzen und Besuchen eines Clowns lässt sich im Akut- sowie auch im Langzeitsetting gut durchführen. Sitzungen oder humorvolle Veranstaltungen finden jedoch eher Anwendung in Langzeitinstitutionen.

Als weitere Massnahme zur Reduzierung der Agitation wird die Musiktherapie empfohlen. Die effektivste Wirkung konnte durch das Abspielen von Musik, Singen oder Instrumente spielen erreicht werden. Die Empfehlung im Akutspital liegt vorwiegend im Abspielen von bevorzugter Musik, wobei in der Langzeitpflege die Musiktherapie auf verschiedene Arten durchgeführt werden kann. Als Möglichkeit werden dabei musische Interventionen in Gruppen gesehen, in denen falls möglich gemeinsam aktiv Musik gemacht wird. Für die genannten empfohlenen Massnahmen müssen nicht zwingend Musiktherapeuten oder –therapeutinnen involviert werden, sondern sie können durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

Kombinierte Interventionen sollen vor allem dann angewendet werden, wenn Musik Bestandteil der Kombination ist. Da die Kombinationen sehr unterschiedlich sein können und keine klare Vorgabe existiert, wird empfohlen, dass die Pflegefachpersonen die Interventionen je nach Vorlieben der Patienten und Patientinnen mit Demenz zusammenstellen. Evidenzbasierte Kombinationen sind beispielsweise Musik, Bewegungsübungen mit Malen oder Musik mit Handmassage.

Der positive Einfluss der therapeutischen Berührungen auf die Agitationsverminderung konnte nicht vollständig evaluiert werden, jedoch wurde eine Verbesserung der körperlich nicht-aggressiven Symptomatik festgestellt. Auch bei dieser Intervention besteht keine klare Empfehlung zur Durchführung und Häufigkeit, daher ist diese Massnahme ebenfalls nicht als erste Wahl geeignet. Im Akutspital werden die therapeutischen Berührungen nicht empfohlen, da sich Patienten und Patientinnen und die durchführende Person meist schlecht kennen, was den Vertrauensaufbau erschwert. Im Langzeitsetting wird die Intervention nur für die Behandlung von körperlich nicht-aggressivem Verhalten empfohlen, wenn sie durch geschultes Personal durchgeführt wird.

Hauptsächlich für das Langzeitsetting wird die individualisierte Freizeitgestaltung empfohlen. Klare Anwendungsempfehlungen können aufgrund fehlender Daten nicht gegeben werden. Die Ergebnisse geben jedoch Hinweise auf die Wirkung bei leichter Agitation in Akutsituationen. In solchen Situationen soll die Freizeit gemäss den Interessen der Menschen mit Demenz gestaltet werden.

Es besteht eine Tendenz für die Agitationsverminderung durch tiergestützte Interventionen. Im Akutsetting wird diese Intervention aufgrund von Hygienerichtlinien nicht empfohlen, daher würde sie sich eher in Langzeitinstitutionen eignen. Die Intervention muss durch ausgebildete Hundetrainer und –trainerinnen erfolgen. Die tiergestützten Interventionen werden hauptsächlich beim Auftreten von verbaler Agitation empfohlen.

Die Wirksamkeit von multisensorischen Interventionen auf die Minimierung der Agitation konnte durch den Snoezelen-Raum festgestellt werden. Aufgrund des Kosten-Nutzen-Ungleichgewichts wird diese Intervention im Akutspital jedoch nicht empfohlen. In Langzeitinstitutionen kann es sinnvoll sein, einen Snoezelen-Raum einzurichten und dadurch die physische Agitation zu lindern. Es muss offen gelassen werden, wie diese Intervention in einem solchen Raum aussehen muss, da genaue Angaben fehlen.

6.2 Empfehlungen für die Forschung

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es mehr Forschung in diesem Bereich der Pflege benötigt, um handfeste Empfehlungen abgeben zu können. Die Aussagen erscheinen oft widersprüchlich oder stehen alleine da. Aus diesen Gründen wird nun genauer erklärt, in welchen Bereichen es mehr Forschung benötigt.

Es können viele Studien gefunden werden, die sich mit den allgemeinen Symptomen von BPSD befassen. Wird jedoch das Outcome nur auf die Agitation eingeschränkt, reduziert sich die Anzahl an Studien rasant. Es braucht daher mehr Studien, welche sich auf die Agitation und deren Reduzierung fokussieren.

Weiter müssen die Interventionen genauer definiert werden, damit eine einheitliche Durchführung garantiert werden kann. Bei den therapeutischen Berührungen, der individualisierten Freizeitgestaltung sowie dem Snoezelen-Raum wird es als wichtig erachtet, genauere Forschung durchzuführen, um klare Anwendungsempfehlungen machen zu können. Es ist notwendig, die Applikationsformen der Aromatherapie weiter zu erforschen und die Wirkung der Aromen bezüglich des Effekts auf die Agitation zu untersuchen. Schlussendlich kann durch die zusätzliche Forschung gewährleistet werden, dass die Interventionen in der Praxis auch so durchgeführt werden, wie sie in der Studie einen Nutzen erbracht haben.

Eine weitere Problematik stellt das Setting dar. Wie bereits bei den Stärken und Schwächen dieser Arbeit erwähnt wurde, sind kaum Studien im Akutsetting durchgeführt worden. Für eine gute Übertragbarkeit in den Akutbereich wäre es notwendig, weitere Studien in diesem Setting durchzuführen, da die Thematik dort aufgrund des demografischen Wandels immer mehr zunimmt.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., . . . Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759
- Alzheimer Schweiz. (2015). Demenzformen und Ursachen. Retrieved from <http://www.alz.ch/index.php/demenzformen-und-ursachen.html>
- Alzheimer Schweiz. (2017). Demenz im Akutspital.
- Alzheimer Schweiz. (2018). Menschen mit Demenz in der Schweiz: Zahlen und Prognosen.
- Anderson, A. R., Deng, J., Anthony, R. S., Atalla, S. A., & Monroe, T. B. (2017). Using Complementary and Alternative Medicine to Treat Pain and Agitation in Dementia: A Review of Randomized Controlled Trials from Long-Term Care with Potential Use in Critical Care. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 29(4), 519-537. doi:10.1016/j.cnc.2017.08.010
- Bartholomay, V. (2015). Heilsame Berührung - Therapeutic Touch. In. München: Integral Verlag.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., . . . Zegelin, A. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. In. Witten: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bartoszek, G. (2017). Pflegen - Grundlagen und Interventionen. In. Deutschland: Elsevier GmbH.
- Briggs, J. (2013). New JBI Levels of Evidence. Retrieved from http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Bundesamt für Statistik. (2014). Gesundheitsstatistik 2014. In. Neuchâtel: Eidgenössisches Departement des Innern EDI.
- Caughey, A. (2015). *Das Demenz-Buch - praktische und persönliche Ratschläge für pflegende Angehörige und professionelle Helfer*. Deutschland: Schattauer.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological Symptoms of dementia. In. Portugal: Frontiers in Neurology.
- Cohen-Mansfield, J. (2008). Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. In. Vereinigte Staaten: Journal of Psychiatric Research.

- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. In. New York: Springer Science+Business Media.
- de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., . . . Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Biomed Res Int*, 2015, 218980. doi:10.1155/2015/218980
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2015). *ICD-10, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*: Hogrefe.
- Fischer, T., Kuhlmeiy, A., Sibbel, R., & Nordheim, J. (2008). Die deutsche Fassung der «Serial Trial Intervention» (STI-D). In. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.
- Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. (2016). Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen. In. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz.
- Gomez-Romero, M., Jimenez-Palomares, M., Rodriguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & Gonzalez Lopez-Arza, M. V. (2017). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review. *Neurologia*, 32(4), 253-263. doi:10.1016/j.nrl.2014.11.001
- Grosch, S. (2016). Musiktherapie - Musik und Entspannung. In. Hamburg: Imprint der Diplomica Verlag GmbH.
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B., & Jonitz, M. F. (2010). Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. In. Bonn: Springer-Verlag.
- Höwler, E. (2004). Gerontopsychiatrische Pflege - Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege. In. Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei.
- International Snoezelen Association. (2018). Was ist Snoezelen. Retrieved from <http://www.isna.ch/snoezelen.html>
- Itin, P. (2007). *Shiatsu als Therapie*. Schweiz: BoD - Books on Demand.
- Jessen, F., & Spottke, A. (2016). S3-Leitlinie "Demenzen". In. Deutschland: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN).
- Kasper, S., Baranyi, A., Eisenburger, P., Erfurth, A., Ertl, M., Frey, R., . . . Winkler, D. (2013). Die Behandlung der Agitation beim psychiatrischen Notfall. Konsensus-Statement - State of the art. In. Wien: CliniCum neuropsy.
- Konno, R., Kang, H. S., & Makimoto, K. (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *J Adv Nurs*, 70(10), 2167-2180. doi:10.1111/jan.12432

- Krall, O. (2015). Das Symptom der Agitation bei Menschen mit Demenz. Pflegerische Interventionen in der Palliative-Care. In. München: Grin Verlag.
- Kupeli, N., Vickerstaff, V., White, N., Lord, K., Scott, S., Jones, L., & Sampson, E. L. (2017). Psychometric evaluation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in a acute general hospital setting. In. Grossbritannien: International Journal of Geriatric Psychiatry.
- Kurz, A. (2013). Psychosoziale Interventionen bei Demenz. In. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kurz, A., Freter, H. J., Saxl, S., & Nickel, E. (2016). *Demenz. Das Wichtigste - Ein kompakter Ratgeber*. Berlin: Deutsche Alzheimergesellschaft.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., . . . Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 205(6), 436-442. doi:10.1192/bjp.bp.113.141119
- Low, L. F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A. N., Chenoweth, L., . . . Brodaty, H. (2014). The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: the SMILE cluster randomized trial. *J Am Med Dir Assoc*, 15(8), 564-569. doi:10.1016/j.jamda.2014.03.017
- Millan-Calenti, J. C., Lorenzo-Lopez, L., Alonso-Bua, B., de Labra, C., Gonzalez-Abraldes, I., & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*, 11, 175-184. doi:10.2147/cia.s69484
- Mitchell, A. M., Chiappetta, L., Boucek, L., Cain, M., Patterson, G., Owens, K., . . . Stark, K. H. (2015). Nonpharmacological therapeutic techniques to decrease agitation in geriatric psychiatric patients with dementia. *J Gerontol Nurs*, 41(2), 53-59. doi:10.3928/00989134-20141014-02
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(12), 1312-1321. doi:10.1002/gps.4436
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing Research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice (9. ed.). In. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pope, W. S., Hunt, C., & Ellison, K. (2016). Animal assisted therapy for elderly residents of a skilled nursing facility. In. Alabama, USA: Journal of Nursing Education & Practice.

- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia In. London: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Pschyrembel, W. (2017). *Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch*. Berlin/Boston: De Gruyter GmbH.
- Püllen, R., Coy, M., Hunger, B., Koetter, G., Spate, M., & Richter, A. (2013). Tiergestützte Therapie im Demenzbereich eines Akutkrankenhauses. In. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rabinowitz, J., Davidson, M., De Deyn, P. P., Katz, I., Brodaty, H., & Cohen-Mansfield, J. (2005). Factor Analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Three Large Samples of Nursing Home Patients With Dementia and Behavioral Disturbance. In. Amerika: American Association for Geriatric Psychiatry.
- Reichert, B. (2015). Massage-Therapie. In. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Riedel, A., & Linde, A.-C. (2016). Herausforderndes Verhalten bei Demenz als wiederkehrender Anlass ethischer Reflexion im Krankenhaus. In. Deutschland: Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik.
- Sanchez, A., Maseda, A., Marante-Moar, M. P., de Labra, C., Lorenzo-Lopez, L., & Millan-Calenti, J. C. (2016). Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis*, 52(1), 303-315. doi:10.3233/jad-151150
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., . . . 2Renè Mueri, A. M., 1Julius Popp, 8Ruth Schmid, 1Marc A. Wollmer. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). In. Zürich: Praxis.
- Schaeffer, D., & Wingenfeld, K. (2008). Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In. Bielefeld: Pflege und Gesellschaft.
- Scheibeck, R., Pallauf, M., & Seeberger, B. (2011). Tier-Mensch-Beziehung im Pflegeheim. In. Österreich: Springer Verlag.
- Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie. (2018). Was ist Musiktherapie. Retrieved from <http://www.musictherapy.ch/musiktherapie/was-ist-musiktherapie/>
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., & et al. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. In: BMC Medical Research Methodology, 7, 10.

- Sonntag, K., & Reibnitz, C. (2014). *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz*. Berlin: Springer-Verlag.
- Takeda, M., Hashimoto, R., Kudo, T., Okchi, M., Tagami, S., Morihara, T., . . . Tanaka, T. (2010). Laughter and humor as complementary and alternative medicines for dementia patients. In. Japan: BioMed Central.
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., . . . Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 14(12), 163-225. doi:10.11124/jbisrir-2016-003230
- van der Steen, J. T., van Soest-Poortvliet, M. C., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd003477. doi:10.1002/14651858.CD003477.pub3
- Wellens-Müchner, D. (2013). Akupressur in Pflege und Betreuung. In *Praktische Anwendung des Konzepts "Begleitende Hände"*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Yang, Y. P., Wang, C. J., & Wang, J. J. (2016). Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia. *J Gerontol Nurs*, 42(9), 38-46. doi:10.3928/00989134-20160615-03

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Stadien Demenz gemäss Kurz et al. (2016)	12
Tabelle 2: Suchstrategie.....	20
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien.....	22
Tabelle 4: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series.....	26
Tabelle 5: Using Complementary and Alternative Medicine to Treat Pain and Agitation in Dementia. A Review of Randomized Controlled Trials from Long-Term	27
Tabelle 6: Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review	28
Tabelle 7: Benefits of music therapy on behavior disorders in subjects diagnosed with dementia: A systematic review	29
Tabelle 8: A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes	30
Tabelle 9: Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomized controlled trials.....	31
Tabelle 10: The Effects of Humor Therapy on Nursing Home Residents Measured Using Observational Methods: The SMILE Cluster Randomized Trial	32
Tabelle 11: Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions	33
Tabelle 12: Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial	34
Tabelle 13: Animal assisted therapy for elderly residents of a skilled nursing facility ...	35
Tabelle 14: Comparing the Effects of Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Elderly People with Severe Dementia: A Randomized Controlled Trial	36
Tabelle 15: Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review	37
Tabelle 16: Music-based therapeutic interventions for people with dementia (Review)	38

Tabelle 17: Effect of Aromatherapy Massage on Agitation and Depressive Mood in Individuals With Dementia	39
Tabelle 18: Zusammenfassung Aromatherapie und Massage	40
Tabelle 19: Zusammenfassung Shiatsu und Akupressur	42
Tabelle 20: Zusammenfassung therapeutische Berührungen.....	42
Tabelle 21: Zusammenfassung sensorische Gartenaktivitäten.....	43
Tabelle 22: Zusammenfassung Musiktherapie	43
Tabelle 23: Zusammenfassung Humorthherapie	45
Tabelle 24: Zusammenfassung Lichttherapie	45
Tabelle 25: Zusammenfassung tiergestützte Interventionen	46
Tabelle 26: Zusammenfassung individualisierte Freizeitgestaltung	46
Tabelle 27: Zusammenfassung kombinierte Interventionen und Übungen.....	47
Tabelle 28: Zusammenfassung multisensorische Interventionen.....	48

9 ANHANG

9.1 Selbstständigkeitserklärung Michèle Aline Plüss

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit **Die Problematik der Agitation bei Menschen mit Demenz**
Nichtmedikamentöse Therapien zur Reduzierung der Agitation im Vergleich

Name, Vorname Plüss Michèle Aline

Matrikelnummer 15-268-287

Ort, Datum Spiez, 19.07.2018

Unterschrift



9.2 Selbstständigkeitserklärung Melina Corinne Rohner

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Departement Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit **Die Problematik der Agitation bei Menschen mit Demenz**
Nichtmedikamentöse Therapien zur Reduzierung der Agitation im Vergleich

Name, Vorname Rohner Melina Corinne

Matrikelnummer 15-268-261

Ort, Datum Spiez, 19.07.2018

Unterschrift

