

Originalarbeit

Pflege von Menschen mit Demenz und Inkontinenz – Reduktion der Belastung der Pflegenden durch Schulung und Fallbesprechungen

Myrta Kohler, Jeanette Mullis, Jürg Schwarz, Susi Saxer

Laienverständliche Zusammenfassung:

Menschen mit Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten, dies bedeutet, dass ihr Verhalten nicht der Situation angepasst oder sozial unangepasst ist. Zum Beispiel, wenn Menschen mit Demenz über längere Zeitspannen ruhelos umherwandern oder schreien, wird dies als herausforderndes Verhalten bezeichnet. Dieses Verhalten tritt vor allem bei körpernahen Pflegeverrichtungen auf, beispielsweise bei der Unterstützung des Toilettengangs. Für Pflegenden ist es anspruchsvoll und belastend, Menschen mit Demenz und Inkontinenz zu betreuen. "Inkontinenz" bedeutet, dass eine Person unfreiwillig Urin verliert. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie, wie sich eine Schulung sowie anschließende Team-Fallbesprechungen für Pflegepersonen zu den Themen Inkontinenz und Demenz auf die Belastung auswirkt. Um herauszufinden, ob dadurch die Belastung der Pflegenden abnimmt, kam der Fragebogen „Belastungserleben der Pflegenden von Menschen mit Demenz – in der stationären Altenhilfe“ (BelaDem) zu vier verschiedenen Zeitpunkten zum Einsatz (vor der Schulung, nach zwei Fallbesprechungen, nach sechs Fallbesprechungen, bei Studienende). 235 Pflegenden nahmen an der Studie teil und füllten diesen Fragebogen selbst aus. Im Studienverlauf reduzierte sich die Belastung der Pflegenden in sechs der acht Themenbereiche des Fragebogens sehr deutlich: „Quantitative Anforderungen“, „Akustische Störungen“, „Ruhigstellen“, „Probleme nicht teilen können“, „Apathisches Verhalten“ und „Umgang mit Angehörigen“. Diplomierte Pflegepersonen erlebten im Gegensatz zur Pflegeassistenten eine eher niedrigere Belastung. Diese Resultate lassen die Schlussfolgerung zu, dass eine Schulung für Pflegepersonen zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz sowie Fallbesprechungen möglicherweise einen positiven Einfluss auf das Belastungserleben haben. Reduzierte Belastung kann sich positiv auf die Zufriedenheit der Pflegenden auswirken.

EINLEITUNG

Demenz ist eine chronisch progrediente Krankheit des Gehirns, die verschiedene Hirnfunktionen negativ beeinflusst und mit einer Veränderung der Emotionen und des Sozialverhaltens verbunden ist (ICD-10, 2015). In der Schweiz leben rund 119.000 Menschen mit Demenz (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2015). Menschen mit Demenz zeigen aufgrund ihrer Einschränkungen häufig herausfordernde Verhaltensweisen wie Aggressivität, Apathie oder Schreien (Bartholomeyczik, Halek, & Riesner, 2006). Diese aggressiven Verhaltensweisen treten vor allem bei körpernahen Pflegeverrichtungen auf (Zeller, Needham, Dassen, Kok, & Halfens, 2013). Zu den körpernahen Verrichtungen zählen u.a. die Körperpflege, die Mobilisation und die Inkontinenzversorgung.

Rund 80 Prozent der Menschen mit Demenz, die in einem Pflegeheim wohnen, sind inkontinent. Bei einer schweren Demenz liegt die Prävalenz bei über 90 Prozent (Schüssler, Dassen, & Lohrmann, 2014). Der Umgang mit einer Inkontinenz wird als ein relevantes Problem für Pflegepersonen und für die Bewohnenden erlebt (Saxer, Halfens, Bie, & Dassen, 2008a). Dies lässt vermuten, dass die Betreuung von Personen mit Demenz und Inkontinenz eine sehr anspruchsvolle Aufgabe ist, die mit hohen Belastungen für Pflegepersonen verbunden ist. Hierzu liegen allerdings keine Studien vor.

Es gibt jedoch Hinweise, dass die Versorgung von

Menschen mit Demenz mit einem hohen Belastungserleben der Pflegenden einhergeht. In einer Befragung von 344 Pflegenden in Schweden, die in der Langzeitpflege mit Menschen mit Demenz arbeiteten, zeigte sich, dass diese eine sehr anspruchsvolle Arbeit haben und einer sehr hohen Belastung ausgesetzt sind (Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson, 2009). Eine qualitative Studie mit 35 Pflegepersonen aus Schweden, Australien und Großbritannien zeigte, dass Pflegepersonen den Wunsch haben, das Beste für Menschen mit Demenz bewirken zu können. Sie möchten das Leiden so gut wie möglich lindern, um so die Lebensqualität zu steigern. Fehlen ihnen Ressourcen, Möglichkeiten oder Fähigkeiten, um diese Ziele zu erreichen, steigt ihre Belastung (Edberg et al., 2008). Ähnliche Resultate lieferte auch die Untersuchung von Schmidt, Palm, Dichter, und Hasselhorn (2011), welche die Zufriedenheit von Pflegepersonen mit der Pflege von Menschen mit Demenz in Langzeiteinrichtungen untersuchten. Es zeigte sich, dass „quantitative Anforderungen“ aufgrund des erhöhten Pflegeaufwandes bei Menschen mit Demenz einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Pflegenden haben.

Auch wenn diese Studien sich nicht spezifisch mit der Belastung der Pflegenden aufgrund der Inkontinenz und Demenz bei Pflegeheimbewohnenden auseinandergesetzt haben, kann davon ausgegangen werden, dass auf Grund der bereits beschriebenen Prävalenz der Inkontinenz bei

Hintergrund:

Menschen mit Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten, das vor allem bei körpernahen Pflegeverrichtungen auftritt, beispielsweise bei der Unterstützung des Toilettengangs. Für Pflegenden ist es anspruchsvoll und belastend, Menschen mit Demenz und Inkontinenz zu betreuen.

Fragestellung/Ziel:

Diese Studie untersucht, wie sich eine Schulung und Fallbesprechungen für Pflegepersonen zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz auf die Belastung der Pflegepersonen auswirken.

Methode:

Die Intervention bestand aus einer Schulung für Pflegenden zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz sowie aus Fallbesprechungen. Im Rahmen eines Stepped Wedge-Trial-Designs fanden Datenerhebungen mit dem Fragebogen „Belastungserleben der Pflegenden von Menschen mit Demenz – in der stationären Altenhilfe“ (BelaDem) statt. Die Analyse der Daten erfolgte quantitativ.

Ergebnisse:

Die Stichprobe umfasste 235 Pflegepersonen aus sieben Pflegeheimen. In sechs von acht Kategorien hat die Belastung signifikant abgenommen: „Quantitative Anforderungen“, „Akustische Störungen“, „Ruhigstellen“, „Probleme nicht teilen können“, „Apathisches Verhalten“ und „Umgang mit Angehörigen“. Diplomierte Pflegepersonen und Fachperson Gesundheit (FaGe) / Fachperson Betreuung (FaBe) (dreijährige Berufslehre in der Schweiz) erlebten im Gegensatz zur Pflegeassistentin eine eher niedrigere Belastung. Die Interventionsgruppe zeigte bezüglich „Ruhigstellen“ und „Apathisches Verhalten“ eine signifikant niedrigere Belastung als die Kontrollgruppe.

Schlussfolgerungen:

Eine Schulung für Pflegepersonen zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz sowie Fallbesprechungen haben möglicherweise einen positiven Einfluss auf das Belastungserleben.

Schlüsselbegriffe:

Demenz, Urininkontinenz, Schulung, Fallbesprechungen, Belastung

Menschen mit Demenz, die meisten der in diesen Studien eingeschlossenen Menschen auch inkontinent waren.

Ein adäquates Inkontinenzmanagement benötigt zusätzliche zeitliche Ressourcen der Pflegepersonen (Durrant, 2003). Steigt die Arbeitsbelastung durch erhöhte Pflegeab-

hängigkeit, äußern Pflegepersonen häufig, sich schuldig zu fühlen oder unfähig zu sein, den Bedürfnissen der Bewohner zu entsprechen. Dies nehmen sie oft als Belastung wahr (Durrant, 2003). Eine Unterstützung der Pflegepersonen, beispielsweise durch Schulung oder Zusammenarbeit mit ExpertInnen, kann diese Belastung senken und das Wohlbefinden erhöhen (Edvardsson et al., 2009). Auch nachgewiesener Wissensmangel bezüglich Inkontinenz lässt sich durch Schulung positiv beeinflussen (Ehlman et al., 2012; Saxer, Bie, Dassen, & Halfens, 2009).

Obwohl die Betreuung von Bewohnenden mit Inkontinenz und Demenz für Pflegepersonen belastend ist, waren bei der Projektentwicklung im Jahr 2012 keine Studien zu durchgeführten Schulungen oder Fallbesprechungen in den Datenbanken PubMed und CINAHL identifizierbar. In Untersuchungen, die nicht speziell auf Menschen mit Demenz abzielen, gibt es jedoch Hinweise, dass sich Schulungen und Fallbesprechungen positiv auf die Inkontinenzversorgung auswirken und dies wiederum die Belastung der Pflegenden senken könnte.

Tanaka et al. (2009) zeigten, dass ein Schulungsprogramm für Pflegenden einen positiven Effekt auf die Inkontinenzversorgung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner hat. Ein umfassendes Literaturreview zu Schulungen in der Langzeitpflege konnte einen Wissenszuwachs bei den Pflegenden aufzeigen. Die Darstellung bezog sich jedoch hauptsächlich auf kurzfristige Auswirkungen. Über einen langfristigen Nutzen ließ sich nichts aussagen (Aylward, Stolee, Keat, & Johncox, 2003). Aus diesem Grund könnte eine Kombination aus Schulungen und Fallbesprechungen sinnvoll sein. Diese unterstützen den Wissenszuwachs der Pflegenden und fördern den Wissenstransfer (Buscher, Kühnert, & Panke-Kochinke, 2010).

FRAGESTELLUNG

Diese Studie untersucht, wie sich eine Schulung und Fallbesprechungen für Pflegenden zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz auf die Belastung der Pflegepersonen auswirken. Daher wurde folgende Forschungsfrage formuliert: Welche Auswirkungen haben eine Schulung für Pflegenden zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz und Fallbesprechungen auf die Belastung der Pflegepersonen?

METHODE UND MATERIAL

Design

Um die Fragestellung zu beantworten, fiel die Wahl auf ein Stepped Wedge Trial-Design (Brown & Lilford, 2006; Craig et al., 2013; Hussey & Hughes, 2007; The Gambia Hepatitis Study Group, 1987). In diesem Design findet eine schrittweise Einführung der Intervention innerhalb eines

bestimmten Zeitraums und aufgeteilt in Gruppen statt. Dies ermöglicht, die Gruppe mit der spätesten Einführung der Intervention als Kontrollgruppe zu nutzen (Hussey & Hughes, 2007). Das Design eignet sich, wenn eine Intervention in die Routinearbeit eingebettet werden soll (Mdege, Man, Taylor, & Torgerson, 2011). Dies betrifft in der vorliegenden Studie die Fallbesprechungen.

Aus praktischen Gründen erfolgte keine auf der Individualebene (Bewohnerinnen, Bewohner) randomisierte kontrollierte Studie, die üblicherweise genutzt wird, um eine Ursachen-Wirkungs-Beziehung zu überprüfen (Polit & Beck, 2012). Einer Gruppe von Pflegepersonen auf der gleichen Station die Intervention vorzuenthalten und während der Interventionsphase Bewohnende einer Station unterschiedlich zu betreuen, war nicht umsetzbar.

Der vorliegende Artikel zeigt Teilergebnisse einer umfassenden Untersuchung. Zusätzlich zu den hier berichteten Auswirkungen der Intervention auf das Belastungserleben der Pflegenden erfolgte auch eine Outcome-Messung bei den Bewohnenden in Bezug auf Lebensqualität und Urininkontinenz (Kohler, Schwarz, Burgstaller & Saxer, 2016) sowie hinsichtlich einer Veränderung der Stuhlinkontinenz (Mullis, Kohler, & Saxer, 2016). Eine Prozessevaluation nach Craig et al. (2013) diente dazu, das Wissen der Pflegenden zu erheben.

Setting und Stichprobe

Die Studie fand in zwei Regionen der Deutschschweiz, in sieben Pflegeheimen, auf 14 Stationen statt. Die einzelnen Heime unterschieden sich bezüglich der Stations- und Bettenanzahl, haben jedoch vergleichbare Organisationsstrukturen. Mit Ausnahme eines Pflegeheims nahmen jeweils nur einzelne Stationen jedes Heimes an der Studie teil.

Vier Cluster wurden gebildet. In drei Clustern waren jeweils zwei Pflegeheime enthalten. Ein Cluster bestand aus lediglich einem Pflegeheim. Bei der Clusterbildung sollte jedes Cluster ungefähr gleich viele Bewohnende enthalten. Eine randomisierte Aufteilung in vier Interventionsgruppen erfolgte durch blickdichte Couverts. Unabhängig von der Ausbildung waren alle Pflegepersonen der einbezogenen Stationen in die Studie eingeschlossen.

Intervention

Um die Intervention zu entwickeln, entstand zunächst ein Entwurf, basierend auf einer Literaturanalyse sowie auf der Expertise der Projektleiterin (Saxer et al., 2008a; Saxer, Bie, Dassen, & Halfens, 2008b; Saxer et al., 2009; Saxer, Dassen, de Bie RA., & Halfens, 2010). Mit einem Expertengremium arbeitete die Projektleiterin diesen Entwurf weiter aus. Das

Expertengremium bestand aus PflegewissenschaftlerInnen sowie PraktikerInnen aus der Schweiz und aus Deutschland. Alle verfügten über vertieftes Wissen im Themenbereich Inkontinenz.

Die Intervention bestand aus einer Schulung sowie Fallbesprechungen. Die vierstündige Schulung erfolgte in zwei Gruppen. Diplomierte Pflegefachpersonen sowie Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit/Betreuung (FaGe/FaBe; dreijährige Berufslehre in der Schweiz) bildeten eine Gruppe, Pflegeassistenten (Pflegerinnen, die keine bis maximal ein Jahr pflegerische Ausbildung haben) die andere Gruppe. Eine ausgewiesene Expertin vermittelte Wissen über Inkontinenz bei Personen mit Demenz und über die adäquate Versorgung dieser Personengruppe. Inhalt der Schulung waren einerseits theoretische Grundlagen zu Inkontinenz, insbesondere das Assessment und spezifische Behandlungsmaßnahmen bei Menschen mit Demenz. Andererseits waren auch praktische Grundlagen für den Umgang mit Menschen mit Demenz und insbesondere herausforderndes Verhalten Gegenstand der Schulung. Um das Wissen zu vertiefen, fand mit den Teilnehmenden eine Diskussion über zahlreiche Praxisbeispiele statt. Zwei Wochen danach folgte die erste von insgesamt sechs einstündigen Fallbesprechungen, die alle vier Wochen stattfanden. Im Zentrum jeder Fallbesprechung stand eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner mit dem prioritären Problem der Inkontinenz. Dieses Vorgehen lehnte sich an die Methode von Schrems (2013) an. Das Pflegeteam wählte eine als problematisch erlebte Situation aus dem Themengebiet „Inkontinenz“ aus, um sie anschließend strukturiert und im fachlichen Austausch in einer Fallbesprechung zu bearbeiten. Ein Protokoll ermöglichte, Zielsetzungen, Lösungsmöglichkeiten und Abmachungen zur weiteren Betreuung der betroffenen Personen festzuhalten. Für die Information der abwesenden KollegInnen sowie für die Dokumentation übernahm jeweils eine Person die Verantwortung. Die ersten beiden Fallbesprechungen führte die Projektleiterin, eine Expertin für Inkontinenz und Demenz, in Anwesenheit der jeweiligen Pflegeexpertin des Heims. Die dritte Fallbesprechung leitete die Pflegeexpertin mit Rückmeldung der Projektleiterin. Bei den weiteren Fallbesprechungen übernahm die Pflegeexpertin die Leitung.

Als Kontrollphase diente die Standardbetreuung (übliche Pflege) vor Durchführung der Schulung bzw. Implementation der Fallbesprechungen. Bei der „Standardbetreuung“ konnte ein oberflächliches und unstrukturiertes Inkontinenzassessment mit anschließendem unsystematischem Inkontinenzmanagement, das inkonsequent zum Einsatz kam beobachtet werden. Zum Beispiel fehlten Miktionsprotokolle oder die Toilettentrainings wurden nicht adäquat

durchgeführt.

Die Einführung der Intervention erfolgte schrittweise im Abstand von zwei Monaten in den jeweiligen Clustern (Abbildung 1).

Datensammlung

Zur Datensammlung diente der Fragebogen „Belastungserleben der Pflegenden von Menschen mit Demenz – in der stationären Altenhilfe“ (BelaDem Version 3.0, Juli 2013). Vier Messungen mit BelaDem fanden statt: vor dem Start der Intervention, nach der Schulung und zwei Fallbesprechungen, nach allen Fallbesprechungen sowie bei Studienabschluss. Ergänzend erfolgte eine Erhebung der demografischen Daten. Der Studienablauf ist in **Abbildung 1** dargestellt.

BelaDem Version 3.0 beinhaltet 16 Themen zu belastenden Situationen für Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz (**Tabelle 1**). Die Pflegepersonen schätzten jedes Themengebiet bezüglich der Schwere der Belastung anhand einer Likert-Skala ein (0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = leicht, 3 = mässig, 4 = stark und 5 = sehr stark). Die Häufigkeit bestimmten sie ebenfalls mithilfe einer Likert-

Skala (0 = nie, 1 = selten, 2 = manchmal und 3 = oft). Je höher der Index, desto höher war die wahrgenommene Belastung der Pflegenden.

BelaDem Version 3.0 ist das Resultat einer Studie, welche die BelaDem Version 2.0 bezüglich Konstruktvalidität und interner Konsistenz überprüfte (Schwab, 2013). Vier Subskalen ließen sich identifizieren: „Akustische Störungen“, „Aggressives Verhalten“, „Hilflosigkeit“ und „Quantitative Anforderungen“. Die Bestimmung der Konstruktvalidität erfolgte mittels einer Mokken-Analyse, wobei starke Skalen (H) angestrebt waren (H-Skala-Wert von $\geq 0,50$ = starke Skala; $\geq 0,40$ = mittlere Skala; $\geq 0,30$ = schwache Skala [Müller, 2001]). Die drei erstgenannten Subskalen erwiesen sich als starke Skalen (H = 0,52-0,50), die letztgenannte als mittlere (H = 0,46) Skala. Die drei zuletzt genannten Subskalen zeigten eine interne Konsistenz mit einer hohen (Cronbachs $\alpha = 0,70 - 0,74$) Korrelation auf. „Akustische Störungen“ als Subskala mit zwei Items hatte einen entsprechend geringeren Wert (Cronbachs $\alpha = 0,64$). Vier Items verblieben als einzelne Fragen im Instrument. Diese waren nicht stabil in konfirmatorischen Analysen zu den Gruppen „Pflegefachpersonen“ und „Hilfspersonen“. In vorliegen-

Monat	1	3	5	7	9	11	13
C1	T0	T1			T2	T3	
C2	T0	T1				T2	T3
C3	T0	T0	T1			T2	T3
C4	T0	T0		T1			T2

Abbildung 1: Studienablauf

Anmerkungen: C=Cluster, T0=Nullmessung, T1 = 1. Nachmessung nach 2 Monaten, T2 = 2. Nachmessung nach 6 Monaten, T3 = Abschlussmessung, farblich markierte Zeitabschnitte = Interventionsphase (Schulung und Fallbesprechungen)

		Belastende Situationen
Kategorien	Aggressives Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> › Bedrohungsgefühl › Geschlagen werden › Beschimpft werden
	Hilflosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> › Leid wahrnehmen › Gefühl, nichts machen zu können › Verhalten nicht verstehen
	Quantitative Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> › Arbeit nicht leisten können › Ständig hinter Menschen mit Demenz her sein und sie suchen › Keine Zeit, um sich mehr um Bewohnende zu kümmern › Ständig aufpassen
	Akustische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> › Laute Geräusche › Ständiges Rufen oder Fragenstellen
Einzelitem	Ruhigstellen	› Bewohnende ruhigstellen müssen
	Probleme teilen	› Probleme nicht mit anderen teilen können
	Apathisches Verhalten	› Apathisches Verhalten wahrnehmen
	Umgang mit Angehörigen	› Fordernder Umgang mit Angehörigen

Tabelle 1: Themen des Fragebogens „Belastungserleben der Pflegenden von Menschen mit Demenz – in der stationären Altenhilfe“ (BelaDem)

dem Artikel wurde zusätzlich die interne Konsistenz des BeLaDem Version 3.0 mittels Cronbachs Alpha berechnet. Die laut Schmitt (1996) als akzeptabel zu beurteilenden Cronbachs Alpha über alle Messzeitpunkte hinweg lagen in dieser Studie zwischen 0,66 - 0,77 in der Kategorie „Aggressives Verhalten“, 0,66 - 0,75 in der Kategorie „Hilflosigkeit“, 0,70 - 0,81 in der Kategorie „Quantitative Anforderungen“ und 0,60 - 0,79 in der Kategorie „Akustische Störungen“.

Datenanalyse

Die Datenanalyse fand mithilfe von IBM SPSS 22.00 statt. Die Berechnung der Indizes der Kategorien und Einzelitems erfolgte prozentual (Schwere der Belastung x $\sqrt{\text{Häufigkeit der Belastung}}$). Die Auswertung der demografischen Daten sowie der Indizes erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Das Stepped Wedge Trial-Design erfordert prinzipiell eine statistische Auswertung mit einem Mixed Model-Ansatz (Hussey & Hughes, 2007). Der Analyseansatz ist jedoch auch durch die Stärke des Gruppeneffekts begründet. Hierzu fand eine Bestimmung des Intraclass Correlation Coefficient (ICC) statt. Er zeigt, wie groß der Einfluss der Gruppenebene gegenüber der Individualebene ist (Hox, 2010). Sind die ICC-Werte größer als 0,25, ist von einem erheblichen Gruppeneffekt auszugehen (Hox, 2010). Die Werte des ICC liegen zwischen 0,01 und 0,14, was einen Verzicht auf die Auswertung mit dem Mixed Model-Ansatz zur Folge hatte. Zur Vergleichbarkeit der Cluster dienten deshalb univariate Varianzanalysen (ANOVA) sowie Chi-Quadrat-Tests. Die Darstellung signifikanter Veränderungen (Ab- oder Zunahmen) während der gesamten Studiendauer innerhalb der Gesamtstichprobe, eines Clusters oder einer Ausbildungsgruppe erfolgte ebenfalls mittels univariater Varianzanalysen (ANOVA) und unter Verwendung der Nullmessung, die der Intervention am nächsten war. Bei einer signifikanten Veränderung fand eine Differenzierung mit einem Post-hoc-Test nach Bonferroni statt, um festzustellen, zu welchen Messzeitpunkten sich die Belastung signifikant unterschied. Univariate Varianzanalysen (ANOVA) kamen auch beim Vergleich der Ausbildungsgruppen zum Einsatz. Für die ausbildungsbezogene Analyse ließ sich die Gruppe der FaGe/FaBe mit der Gruppe der diplomierten Pflegefachpersonen zusammenführen, da die erstgenannte Gruppe ansonsten zu klein gewesen wäre und die Aufgabenbereiche der beiden Gruppen sich kaum voneinander unterscheiden. Aufgrund der designbedingt versetzten Durchführung der Intervention und Datenerfassung war es bei der ersten Nachmessung möglich, Cluster 4 als Kontrollgruppe für Cluster 1 bis 3 zu verwenden. Anschliessende Varianzanalysen (ANOVA) mit Mess-

wiederholung zeigten den Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die Testung erfolgte auf einem Signifikanzniveau von 5%. Bei Ansicht der Daten ist zu beachten, dass die Messdauer zwischen der zweiten Nachmessung und der Abschlussmessung aufgrund des Designs in jedem Cluster unterschiedlich war. In Cluster 4 stellte die zweite Nachmessung zugleich die Abschlussmessung dar. Die zweite Nachmessung war zentral, da hierbei die Umsetzung der gesamten Intervention erfolgte und Messungen aus allen Cluster vollständig vorhanden waren. Die Abschlussmessung der Cluster 1 und 2 zeigten die Langzeitwirkung der Intervention nach zwölf bzw. zehn Monaten.

Ethische Aspekte

Die kantonalen Ethikkommissionen bewilligten die Studie (Zürich: Ref. Nr. KEK-ZH-Nr. 2013-0025; St. Gallen: Ref-Nr. EKSG 13/044). Von den eingeschlossenen Pflegepersonen lagen informierte schriftliche Einverständniserklärungen vor. Eine Einhaltung der forschungsethischen Prinzipien „Respekt für Personen“, „Gutes tun“ und „Gerechtigkeit“ waren gewährleistet (Polit & Beck, 2012). Die Studie folgte dem Humanforschungsgesetz (HFG) (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2014).

ERGEBNISSE

Soziodemographie der Nullmessung

Es erfolgte eine Anfrage an 235 Pflegepersonen zur Studienteilnahme. Alle haben der Teilnahme zugestimmt. Bezüglich des Alters und der Erfahrungsjahre der Teilnehmenden waren die Cluster vergleichbar. In der Gesamtstichprobe lag der Frauenanteil über 80% und das Durchschnittsalter bei rund 40 Jahren. Hierbei zeigte Cluster 2 den tiefsten und Cluster 3 den höchsten Altersdurchschnitt. Detaillierte soziodemographische Daten sind in [Tabelle 2](#) ersichtlich.

Die Belastung in der Gesamtstichprobe und aufgeteilt in Cluster

Die höchsten Belastungen während der gesamten Studiendauer nahmen die Teilnehmenden in den Kategorien „Akustische Störungen“ und „Quantitative Anforderung“ sowie im Einzelitem „Ruhigstellen“ wahr. Das Einzelitem „Probleme teilen“ zeigte die niedrigste Belastung ([Tabelle 3](#)).

Im statistischen Test zur Darstellung signifikanter Veränderungen über alle Messzeitpunkte hinweg ließen sich in den Kategorien „Quantitative Anforderungen“ sowie „Akustische Störungen“ signifikante Abnahmen feststellen. Die Belastung unterschied sich im Post-hoc-Test zum Vergleich der einzelnen Messzeitpunkte jeweils signifikant von der

Gruppen ¹		G n=235	C1 n=73	C2 n=44	C3 n=63	C4 n=55
Alter ²		39,57 (12,91)	38,41 (14,04)	36,36 (11,84)	42,22 (11,95)	40,65 (12,81)
Geschlecht ³	weiblich	202 (86,0%)	68 (93,2%)	38 (86,4%)	48 (76,2%)	48 (87,3%)
	männlich	33 (14,0%)	5 (6,8%)	6 (13,6%)	15 (23,8%)	7 (12,7%)
Ausbildung ³	Diplomierte Pflegefachpersonen	99 (42,1%)	18 (24,7%)	21 (47,7%)	35 (55,6%)	25 (45,5%)
	Fachfrau/-mann Gesundheit/Betreuung	38 (16,2%)	19 (26,0%)	6 (13,6%)	5 (7,9%)	8 (14,8%)
	Pflegeassistenten	98 (41,7%)	18 (24,7%)	21 (47,7%)	35 (55,6%)	25 (45,5%)
Erfahrungsjahre ^{2,4}		12,48 (8,90)	10,82 (8,71)	12,20 (8,01)	14,11 (8,25)	13,07 (10,32)

Tabelle 2: Soziodemografische Daten der Stichprobe

Anmerkungen:

¹G=Gesamtstichprobe, C=Cluster²Mittelwert (Standardabweichung)³Anzahl (Prozentualer Anteil)⁴Ein fehlender Wert in C4, worauf bei n = 234

Nullmessung bis zur Abschlussmessung. Alle Einzelitems zeigten signifikante Reduktionen während der gesamten Studiendauer (Tabelle 3).

In Cluster 1 war über alle Messzeitpunkte hinweg die niedrigste Belastung messbar. Die höchste Belastung schätzten die Teilnehmenden in Cluster 4 ein. Im statistischen Test zur Darstellung von Veränderungen ließen sich nur in der Kategorie „Akustische Störungen“ signifikante Abnahmen in zwei Clustern aufzeigen (Tabelle 3).

Die Belastung in den Ausbildungsgruppen

In den Kategorien bzw. Einzelitems „Aggressives Verhalten“, „Hilflosigkeit“, „Apathisches Verhalten“, „Ruhig stellen“ und „Probleme teilen“ zeigte Gruppe 1 (Diplomierte Pflegefachpersonen, FaGe/FaBe) über alle Messzeitpunkte hinweg niedrigere Belastungen als Gruppe 2 (Pflegeassistenten). Die Gruppen unterschieden sich mit Ausnahme der Kategorie „Apathisches Verhalten“ mindestens zu einem Messzeitpunkt statistisch signifikant (Tabelle 4). Demgegenüber zeigte Gruppe 2 im Einzelitem „Umgang mit Angehörigen“ über alle Messzeitpunkte hinweg eine niedrigere Belastung im Vergleich zu Gruppe 1. Betrachtet man die Belastung innerhalb der beiden Ausbildungsgruppen, war sie bei der Abschlussmessung im Vergleich zur Nullmessung in beiden Gruppen in allen Kategorien und Einzelitems niedriger. Die einzige Ausnahme bestand in der Kategorie „Hilflosigkeit“ in Gruppe 2. In der Kategorie „Akustische Störungen“ sowie im Einzelitem „Ruhigstellen“ war die Abnahme in beiden Gruppen statistisch signifikant. In der Kategorie „Quantitative Anforderung“ war die Abnahme nur in Gruppe 2 statistisch signifikant (Tabelle 4).

Vergleich der Belastung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Die Interventionsgruppe (Cluster 1, 2 und 3) und die Kontrollgruppe (Cluster 4) unterschieden sich in einer Kategorie und zwei Einzelitems statistisch signifikant. In den beiden Einzelitems „Ruhigstellen“ ($F(1,75) = 12.56, p = 0,001$) und „Apathisches Verhalten“ ($F(1,76) = 7.08, p = 0,010$) hat die Belastung in der Interventionsgruppe abgenommen und in der Kontrollgruppe zugenommen. In der Kategorie „Aggressives Verhalten“ ($F(1,64) = 4.33, p = 0,042$) war es umgekehrt. Weitere statistisch signifikante Gruppenvergleiche waren nicht nachweisbar.

DISKUSSION

Studienresultate

Die Belastung der Pflegepersonen war am Studienende weitgehend niedriger im Vergleich zum Studienbeginn. „Akustische Störungen“ stellte die höchste Belastung und „Probleme nicht mit anderen teilen können“ die niedrigste Belastung dar. Möglicherweise wirkt sich die Kombination aus Schulung und Fallbesprechungen positiv auf die Belastung aus.

„Akustische Störungen“ erwiesen sich in der Gesamtstichprobe als höchste Belastung. Dies könnte darauf zurückführbar sein, dass akustische Störungen in ihrer Häufigkeit und Intensität unberechenbar sind (Bartholomeyczik et al., 2006). Ständiges Fragen, Rufen oder laute Geräusche zählen zusammen mit weiteren Phänomenen als herausfordernde Verhaltensweisen (James & Rüsing, 2013). Diese kommen bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung häufig vor und stellen für das Umfeld eine hohe

	Gruppe ²	Messzeitpunkt ¹				p ³	Post-hoc ⁴	p ⁴
		T0	T1	T2	T3			
Aggressives Verhalten	C1	13,71	11,00	11,44	13,55	0,693		
	C2	18,06	23,49	22,29	17,85	0,468		
	C3	18,38	23,53	21,33	19,25	0,584		
	C4	36,12	23,84	36,00		0,055		
	G	20,26	19,31	21,10	16,47	0,239		
Hilflosigkeit	C1	28,45	23,85	25,17	21,98	0,320		
	C2	30,01	35,00	29,46	28,11	0,340		
	C3	27,98	30,18	27,73	27,87	0,908		
	C4	37,08	32,10	36,43		0,476		
	G	30,41	29,54	29,03	25,46	0,139		
Quantitative Anforderungen	C1	24,50	20,57	20,58	17,15	0,280		
	C2	37,21	38,47	38,37	28,43	0,164		
	C3	35,03	39,97	32,58	35,45	0,440		
	C4	45,32	38,49	44,18		0,273		
	G	34,02	32,81	31,86	25,87	0,012	T0-T3	0,010
						T1-T3	0,046	
Akustische Störungen	C1	30,49	27,82	24,45	21,39	0,173		
	C2	48,26	45,29	53,37	35,78	0,030	T2-T3	0,022
	C3	42,81	46,47	39,74	41,39	0,582		
	C4	54,92	42,58	50,14		0,047	T0-T1	0,041
	G	42,29	39,09	39,24	31,48	0,003	T0-T3	0,001
Ruhigstellen	C1	30,54	20,42	18,45	14,33	0,002	T0-T2	0,024
							T1-T3	0,001
	C2	34,61	36,57	35,15	27,52	0,497		
	C3	32,35	36,22	24,80	28,93	0,255		
	C4	50,71	40,54	44,43		0,162		
	G	35,92	31,81	28,83	22,42	0,009	T1-T3	0,012
Probleme teilen	C1	13,92	11,62	7,58	11,18	0,309		
	C2	16,63	19,85	14,60	15,55	0,732		
	C3	16,02	18,45	9,08	11,22	0,186		
	C4	17,61	18,93	23,34		0,694		
	G	15,77	16,51	12,68	12,37	<0,001	T0-T1	<0,001
						T0-T2	<0,001	
						T0-T3	<0,001	
Apathisches Verhalten	C1	23,15	17,01	16,29	16,71	0,298		
	C2	22,54	31,86	22,98	18,57	0,039	T1-T3	0,037
	C3	25,05	28,13	21,05	21,73	0,488		
	C4	31,60	30,75	34,66		0,848		
	G	25,15	25,67	22,59	18,74	0,040	k.s.	
Umgang mit Angehörigen	C1	19,94	19,93	13,12	10,97	0,037	k.s.	
	C2	28,20	34,63	30,12	30,66	0,753		
	C3	25,70	33,93	20,03	19,53	0,039	k.s.	
	C4	34,63	29,15	40,05		0,317		
	G	26,07	28,27	23,93	18,93	0,016	T1-T3	0,011

Tabelle 3: Belastung in der Gesamtstichprobe und in den Clustern

Anmerkung:

Mittelwert in %; 5%-Signifikanzniveau (zweiseitig)

¹T0=Nullmessung; T1=1. Nachmessung nach zwei Monaten, T2=2. Nachmessung nach sechs Monaten, T3=Abschlussmessung²C=Cluster, G=Gesamtstichprobe³Univariate Varianzanalyse ohne Messwiederholung: Zwischensubjekteffekte „Messzeitpunkt“⁴Post-hoc-Test nach Bonferroni, p=p-Wert, k. s.=keine signifikanten Ergebnisse

*Vollständige Tabellen inklusive Teststatistik sind im elektronischen Supplement verfügbar

	Gruppe ²	Messzeitpunkt ¹				p ⁴	Post-hoc ⁵	p ⁵
		T0	T1	T2	T3			
Aggressives Verhalten	1	16,75	15,56	19,88	14,45	0,203		
	2	25,49	24,70	22,96	17,85	0,495		
	p ³	0,004	0,002	0,354	0,128			
Hilflosigkeit	1	28,86	26,94	27,49	25,29	0,648		
	2	32,92	33,44	31,04	36,36	0,224		
	p	0,156	0,023	0,191	0,759			
Quantitative Anforderungen	1	33,99	30,68	31,14	26,83	0,154		
	2	34,36	36,40	33,09	24,74	0,049	T1-T3	0,044
	p	0,906	0,110	0,570	0,591			
Akustische Störungen	1	42,86	35,26	39,47	32,19	0,016	T0-T3	0,022
	2	42,08	44,32	39,03	30,42	0,028	T1-T3	0,024
	p	0,849	0,016	0,909	0,664			
Ruhigstellen	1	34,46	27,08	28,50	22,15	0,013	T0-T3	0,008
	2	38,38	38,62	29,68	22,99	0,004	T0-T3	0,013
							T1-T3	0,011
	p	0,351	0,003	0,762	0,859			
Probleme teilen	1	12,86	12,91	9,74	10,69	0,475		
	2	20,15	22,03	16,70	15,04	0,350		
	p	0,032	0,006	0,020	0,199			
Apathisches Verhalten	1	22,75	23,89	20,10	16,27	0,071		
	2	29,03	28,93	25,98	22,65	0,444		
	p	0,068	0,153	0,073	0,097			
Umgang mit Angehörigen	1	26,77	29,89	26,06	20,03	0,097		
	2	25,62	26,20	21,48	17,76	0,244		
	p	0,785	0,343	0,247	0,587			

Tabelle 4: Vergleich der Belastungen in den Ausbildungsgruppen

Anmerkung:

Mittelwert in Prozent (Standardabweichung), 5%-Signifikanzniveau (zweiseitig)

¹T0=Nullmessung, T1=1. Nachmessung nach zwei Monaten, T2=2. Nachmessung nach sechs Monaten, T3=Abschlussmessung²1=Diplomierte Pflegefachpersonen, Fachfrauen/-männer Gesundheit/Betreuung, 2=Pflegeassistenz³Univariate Varianzanalyse ohne Messwiederholung: Zwischensubjekteffekte „Ausbildung“⁴Univariate Varianzanalyse ohne Messwiederholung: Zwischensubjekteffekte „Messzeitpunkt“⁵Post-hoc-Test nach Bonferroni, p=p-Wert

*Vollständige Tabellen inklusive Teststatistik sind im elektronischen Supplement verfügbar

Belastung dar (Pieper et al., 2016). Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, dass die Belastung in der Kategorie „Akustische Störungen“ im Vergleich zu den anderen Kategorien hoch ist. Die Belastung bezüglich herausfordernden Verhaltensweisen erfasste auch die Kategorie „Quantitative Anforderung“. Ständiges Umherlaufen und die Menschen mit Demenz häufig beaufsichtigen oder suchen zu müssen, kann möglicherweise zu einem erhöhten Arbeitsvolumen oder vermehrten Zeitdruck bei Pflegepersonen führen, was sich in der höheren Belastung in der Kategorie „Quantitative Anforderung“ zeigt. Laut Schmidt et al. (2011) kann Belastung durch quantitative Anforderungen auch ein Prädiktor für Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit sein. Im Einzelitem „Ruhigstellen“ ist die Belastung im Vergleich zu den anderen Kategorien ebenfalls höher. Auch lässt sich dadurch möglicherweise erklären, dass Medikamente zur Beruhigung und Sedierung bei herausforderndem Verhalten übermäßig oft zum Einsatz kommen (James & Rüsing, 2013), beispiels-

weise aufgrund von Personalmangel oder wegen mangelnder Kompetenzen des Personals. Erfreulicherweise war es möglich, in der Gesamtstichprobe die Belastung durch Intervention in den drei Kategorien mit den höchsten gemessenen Belastungen („Quantitative Anforderung“, „Akustische Störungen“, „Ruhig stellen“) statistisch signifikant zu senken.

Laut Song und Oh (2015) stellt Agitation/Aggression die höchste Belastung der Pflegepersonen im Umgang mit Menschen mit Demenz dar. Auch Zwijsen et al. (2014) beschreiben Agitation/Aggression als bei Menschen mit Demenz am häufigsten vorkommendes Symptom, das die stärkste Belastung für Pflegepersonen darstellt. Diese Resultate ließen sich in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigen. Die Kategorie „Aggressives Verhalten“ zeigte während des gesamten Studienverlaufs Belastungen zwischen 11 und 36 Prozent. Diese Werte sind niedriger als in den Kategorien „Hilflosigkeit“, „Quantitative Anforderung“

und „Akustische Störungen“ sowie im Einzelitem „Ruhigstellen“. Diese eher niedrige Belastung lässt sich einerseits dadurch erklären, dass Phänomene der Agitation/Aggression auch in der Kategorie „Quantitative Anforderungen“ enthalten sind. Andererseits verlaufen Schulungen in Aggressionsmanagement für das Pflegepersonal in Heimen verhältnismäßig intensiv. Dies wirkt sich möglicherweise dahingehend aus, dass Pflegepersonen solche Situationen als weniger belastend wahrnehmen oder aggressives Verhalten bei den Bewohnenden seltener vorkommt. Darüber, wieso die Belastung in der Kategorie „Aggressives Verhalten“ in der Interventionsgruppe zugenommen hat, lässt sich spekulieren. Möglicherweise ist die Dauer der Intervention zum Zeitpunkt dieser Messung (zwei Monate nach Start der Implementation der Intervention) noch zu kurz und Messungen zu einem späteren Zeitpunkt würden unterschiedliche Ergebnisse liefern.

Die niedrigste Belastung nahmen die Teilnehmenden bezüglich „Probleme nicht mit anderen teilen können“ wahr. Es ist anzunehmen, dass die Pflegepersonen ihre Probleme mit anderen teilen können oder dass sie die fehlende Möglichkeit hierzu eher als wenig belastend wahrnehmen. Dieses Einzelitem hat während der Intervention statistisch signifikant abgenommen. Edvardsson et al. (2009) zeigten auf, dass sich Diskussionen über Schwierigkeiten oder ethische Probleme im Umgang mit Menschen mit Demenz positiv auf die Belastung von Pflegepersonen auswirken. Dies bestätigen die hier erzielten positiven Resultate.

Die Gruppe der diplomierten Pflegefachpersonen und der Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit/Betreuung nahm die Belastung mehrheitlich niedriger wahr als die Pflegeassistenten. Zimmerman et al. (2005) und Edvardsson et al. (2009) haben aufgezeigt, dass die wahrgenommene Belastung umso niedriger liegt, je höher der Ausbildungsstand ist. Die Resultate der vorliegenden Studie stimmen hiermit weitgehend überein.

Die Gruppe der diplomierten Pflegefachpersonen und der Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit/Betreuung zeigte durchgehend weniger Belastung als die Gruppe der Pflegeassistenten in den Kategorien „Aggressives Verhalten“ und „Hilflosigkeit“ sowie in den Einzelitems „Ruhigstellen“, „Probleme teilen“ und „Apathisches Verhalten“. Diese Unterschiede waren teilweise statistisch signifikant. Die als geringer wahrgenommene Belastung der diplomierten Pflegefachpersonen und Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit/Betreuung könnte mit der Aufgabenteilung zusammenhängen. Pflegeassistentenberufe stehen tendenziell häufiger in direktem Kontakt mit Bewohnenden und unterstützen diese häufiger bei körpernahen Tätigkeiten, bei-

spielsweise bei der Ausscheidung oder der Körperpflege. Dies kann zu vermehrter Konfrontation mit herausforderndem Verhalten (Zeller et al., 2013) führen und somit zu potentiell belastenden Situationen wie „Aggressives Verhalten“, „Hilflosigkeit“, „Quantitative Anforderungen“ sowie „Akustische Störungen“. Eine durchweg höhere, statistisch nicht signifikante Belastung der Gruppe der diplomierten Pflegefachpersonen und der Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit/Betreuung zeigte sich lediglich im Einzelitem „Umgang mit Angehörigen“. Aufgrund der Aufgabenteilung haben Mitglieder dieser Gruppe in ihrer Funktion als Pflegeprozessverantwortliche vermehrt Kontakt mit Angehörigen und sprechen mit diesen beispielsweise auch über deren Erwartungen. Dies könnten sie vermehrt als belastend empfinden.

Auf der Grundlage der Literatur wäre zu erwarten gewesen, dass sich die Belastung der Pflegenden im Verlauf von 14 Monaten verstärkt, da sich Demenz während eines Heimaufenthalts intensiviert (Bundesamt für Statistik, 2012) und auch Urininkontinenz mit zunehmendem Alter steigt (Saxer et al., 2008a). Die berichtete Abnahme der Belastung ist daher als positives Ergebnis einzuschätzen. Ehlman et al. (2012) zeigten, dass Schulung die Einstellung bezüglich Inkontinenzpflege positiv beeinflusst. Dies könnte in der vorliegenden Studie zu erhöhter Zufriedenheit geführt haben, was sich wiederum positiv auf die wahrgenommene Belastung auswirkte (Schmidt et al., 2011). Auffallend ist die unterschiedliche Belastung zwischen den Clustern, vor allem zwischen Cluster 1 und 4. Dies könnte mit unterschiedlichen äußeren Einflussfaktoren auf die Belastung zusammenhängen, beispielsweise mit dem zu bewältigenden Arbeitsvolumen, dem Führungsstil oder der Teamkonstellation auf der Station (Schmidt et al., 2011). Auch die Eigenschaften der Pflegepersonen beeinflussen die wahrgenommene Belastung, beispielsweise das subjektiv wahrgenommene Betreuungsklima auf der Station, das Alter oder der Ausbildungsstand der Pflegepersonen (Edvardsson et al., 2009).

Methodik der vorliegenden Studie

Das Stepped Wedge-Design zeigt einige methodische Besonderheiten auf, die es im Folgenden zu diskutieren gilt. Beim Stepped Wedge-Design handelt es sich um eine Form des Crossover-Designs (Brown & Lilford, 2006). Ein besonderes Merkmal besteht darin, dass jedes Cluster zeitversetzt zuerst eine Kontroll- und anschließend eine Interventionsphase durchläuft (Reuther, Holle, Roes, Bartholomeyczik, & Halek, 2016). Dieses spezielle Vorgehen besitzt einen Vorteil gegenüber dem üblichen Crossover-Design. Er besteht darin, dass zumindest in der Anfangsphase der Studie

Vergleiche mit einem oder mehreren Kontrollclustern möglich sind. Aufgrund dieses Vorgehens ist jedoch auch ein Vergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe innerhalb jedes Clusters möglich. Die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ist gewährleistet, da es sich um die gleiche Stichprobe handelt. Gegenüber einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie ist dies ein Vorteil, da bei dieser häufig die methodische Problematik einer adäquaten Kontrollgruppe diskutiert wird (Reuther et al., 2016).

Aus praktischen Gründen war es nicht möglich, auf derselben Abteilung Bewohnende der Kontroll- und Interventionsgruppe zu betreuen, wie dies bei einer „klassischen“ randomisierten, kontrollierten Studie gefordert ist. Die Begründung besteht darin, dass Pflegende, die geschult werden und an den Fallbesprechungen teilgenommen haben, Bewohnende der Kontrollgruppe nicht mehr pflegen können – das wäre auch ethisch nicht vertretbar. Aus praktischen und vor allem organisatorischen Gründen ist es zudem nicht möglich, nur eine Gruppe von Pflegepersonen auf jeder Abteilung zu schulen, welche dann die Bewohnenden der Interventionsgruppe pflegt.

LIMITATIONEN

Die Studie konnte aufzeigen, dass die Belastung der Pflegepersonen durch Schulung und Fallbesprechung zu Inkontinenz bei Personen mit Demenz abnimmt. Die Stichprobe ist ausreichend groß und widerspiegelt die Zielpopulation der Pflegepersonen in Pflegeheimen. Es war keine vergleichbare Studie identifizierbar, welche die Belastung von Pflegenden bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Pflegeheim nach einer Intervention über die Zeitspanne von elf bzw. 13 Monaten untersuchte. Aufgrund des Designs waren Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lediglich bei der ersten Nachmessung zwei Monate nach Beginn der Implementation der Intervention möglich. Ein Vergleich nach vollständiger Implementation

LITERATUR

Aylward, S., Stolee, P., Keat, N., & Johncox, V. (2003). *Effectiveness of Continuing Education in Long-Term-Care: A Literature Review*. *Gerontologist*, 43(2), 259–271.

Bartholomeyczik, S., Halek, M. & Riesner, C. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf

Brown, C. A., & Lilford, R. J. (2006). *The stepped wedge trial design: a systematic review*. *BMC Med Res Methodol*, 6(1), 54.

Bundesamt für Statistik. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in*

der Intervention (Schulung und sechs Fallbesprechungen) war nicht möglich, was eine Limitation der Studie darstellt. Die tendenziell vermehrt signifikanten Abnahmen in den Einzelitems im Vergleich mit den Kategorien könnten sich darauf zurückführen lassen, dass die Generierung durch eine Frage statt durch mehrere Fragen erfolgte. Dadurch sind die Einzelitems anfälliger bezüglich der Veränderungen durch eine Intervention (Holle, Halek, Mayer, & Bartholomeyczik, 2011). Eine weitere Limitation ist das Erfassungsinstrument „Belastungserleben der Pflegenden von Menschen mit Demenz – in der stationären Altenhilfe“ (BelaDem Version 3.0, Juli 2013). Für dieses Instrument liegen noch zu wenige Aussagen über Reliabilität und Validität vor. Dieser Umstand erhielt Beachtung, indem die interne Konsistenz im Ergebnisteil erwähnt ist und somit ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Instruments erfolgte.

SCHLUSSFOLGERUNG

Eine Schulung von Pflegepersonen zu Inkontinenz bei Menschen mit Demenz und Fallbesprechungen im Team scheinen einen positiven Einfluss auf die wahrgenommene Belastung der Pflegepersonen zu haben. Es ist erforderlich, die Intervention weiterzuentwickeln und im Rahmen einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie weiter zu untersuchen.

Für die Praxis zeigt sich, dass diese Intervention die Belastung der Pflegenden reduzieren könnte. Möglicherweise wirkt sich dies positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus, was wiederum die Fluktuationsrate senken würde.

FINANZIERUNG

Die Studie wurde durch die Schweizerische Alzheimervereinigung, die Eugen und Elisabeth Schellenberg Stiftung und die Blumenau-Léonie Hartmann Stiftung St.Gallen finanziell gefördert.

Institutionen (2008/2009). Abgerufen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4901>

Buscher, I., Kühnert, S., & Panke-Kochinke, B. (2010). *Leuchtturmprojekt Demenz - QUIKK. Qualitative Evaluation von Inhouse-Weiterbildungen zur Konzept und Kompetenzentwicklung multiprofessioneller Teams und ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe mit dem Schwerpunkt dementieller Erkrankungen. unveröffentlichter Projektbericht*. Förderkennzeichen: LT-DEMNZ-44-085.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. *Int J NursStud*, 50(5), 587–592.

Durrant, J., & Snape, J. (2003). *Urinary incontinence in nursing homes for older people*. *Age Ageing*, 32(1), 12–18.

- Edberg, A., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). *Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom*. *Aging Ment Health*, 12(2), 236–243.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., Nay, R., & Karlsson, S. (2009). *Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff*. *J Nurs Manag*, 17(1), 59–65.
- Ehlman, K., Wilson, A., Dugger, R., Eggleston, B., Coudret, N., & Mathis, S. (2012). *Nursing Home Staff Members' Attitudes and Knowledge about Urinary Incontinence: The Impact Of Technology and Training*. *Urol Nurs*, 32(4), 205–213.
- Holle, D., Halek, M., Mayer, H., & Bartholomeyczik, S. (2011). *Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. *Pflege*, 24(5), 303–316.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis*. 2nd ed. London: Routledge Academic (Quantitative methodology series).
- Hussey, M. A., & Hughes, J. P. (2007). *Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials*. *Contemp Clin Trials*, 28(2), 182–191.
- ICD-10. (2015). *F00-F09 Organische, einschliessliche symptomatischer psychischer Störungen*. Abgerufen von http://www.icd-code.de/icd/code/F00-*.html
- James, I. A., & Rüsing, D. (2013). *Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln*. Bern: Huber.
- Kohler, M., Schwarz, J., Burgstaller, M., & Saxer, S. (2016) *Incontinence in nursing homes residents with dementia - Influence of an education program and nursing case conferences*. *Z Gerontol Geriatr*, [Epub ahead of print] doi.org/10.1007/s00391-016-1120-3
- Mdege, N. D., Man, M.-S., Taylor, C. A., & Torgerson, D. J. (2011). *Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation*. *J Clin Epidemiol*, 64(9), 936–948.
- Müller-Schneider, T. (2001) *Multiple Skalierung nach dem Kristallisationsprinzip. Eine Alternative zur explorativen Faktorenanalyse*. *Zeitschrift für Soziologie*, 30(4), 305-315.
- Mullis, J.; Kohler, M.; Saxer, S. (2016). *Kann Stuhlinkontinenz bei Menschen mit Demenz verbessert werden?* *NOVAcura*, 47(2), 57-60.
- Pieper, M. J. C., Francke, A. L., van der Steen, Jenny T, Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., & Kovach, C. R. (2016). *Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial*. *J Am Geriatr Soc*, 64(2), 261-269.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reuther, S., Holle, D., Roes, M., Bartholomeyczik, S., & Halek, M. (2016). *Das Stepped Wedge Design - Chancen und Herausforderungen für die Effektivitätsmessung von komplexen Interventionen*. *Pflege & Gesellschaft*, 21(1), 33-46.
- Saxer, S., Halfens, R. J. G., Bie, R. A. de, & Dassen, T. (2008a). *Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months*. *J Clin Nurs*, 17(18), 2490–2496.
- Saxer, S., Bie, R. A. de, Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2008b). *Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care*. *Nurse Educ Today*, 28(8), 926–934.
- Saxer, S., Bie, R. A. de, Dassen, T., & Halfens, R. J. (2009). *Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Self-reported Practice Concerning Urinary Incontinence in Nursing Home Care*. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 36(5), 539–544.
- Saxer, S., Dassen, T., de Bie R. A., & Halfens, R. J. (2010). *Nurses' attitudes toward urinary incontinence*. *Continence UK*, 4(1), 20–26.
- Schmidt, S., Palm, R., Dichter, M. & Hasselhorn, H. (2011). *Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen*. *Pflege*, 24(2), 85–95.
- Schmitt, N. (1996). *Uses and abuses of coefficient alpha*. *Psychological Assessment*, 8(4), 350-353.
- Schrems, B. (2013). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. Wien: Facultas.
- Schüssler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2014). *Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study*. *Aging Clin Exp Res*, 28(5), 973–982.
- Schwab, G. (2013). *Konstruktvalidität und interne Konsistenz des Instrumentes "Belastungserleben im Umgang mit Demenz" (BelaDem) in der stationären Altenhilfe*. Unveröffentlichte Masterthesis (Universität Witten-Herdecke).
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2015). *Zahlen und Fakten zur Demenz*. Abgerufen von <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2014). *Bundesgesetz über die Forschung am Menschen. Humanforschungsgesetz, HFG*. Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html>.
- Song, J.-A., & Oh, Y. (2015). *The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes*. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(5), 346–354.
- Tanaka, Y., Nagata, K., Tanaka, T., Kuwano, K., Endo, H., & Otani, T. et al. (2009). *Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence (UI) among nursing home residents?* *Arch Gerontol Geriatr*, 49(2), 278–283.
- The Gambia Hepatitis Study Group (1987). *The Gambia Hepatitis Intervention Study*. *Cancer Res*, 47(21), 5782–5787.
- Zeller, A., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. (2013). *Erfahrungen und Umgang der Pflegenden mit aggressivem Verhalten von Bewohner(inne)n: eine deskriptive Querschnittstudie in Schweizer Pflegeheimen*. *Pflege*, 26(5), 321–335.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). *Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia*. *Gerontologist*, 45(Suppl. 1), 96–105.
- Zwijnen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2014). *Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(4), 384–391.

Care for persons with dementia and incontinence – reducing distress in nurses by means of an education program and case conferences

Background:

Persons with dementia often present challenging behavior, especially during nursing activities involving physical contact, for example incontinence care. Nursing care for persons with dementia and incontinence is demanding and stressful.

Aim:

This study explores the effects of an education program for nurses concerning incontinence in people with dementia and subsequent nursing case conferences on nurses' distress.

Method:

The intervention consisted of an education program for nurses concerning incontinence in persons with dementia and subsequent nursing case conferences in nursing homes. Within the scope of a stepped wedge trial design, data was collected by means of the questionnaire „Stress experience of nurses in dementia care in nursing homes“ (BelaDem) and evaluated by using inferential statistics.

Results:

In total, 235 nurses from 7 nursing homes were included in the study. Nurses' stress experience decreased in a statistically significant way in six of eight categories: „quantitative requirements“, „acoustic interferences“, „sedating“, „impossibility of sharing problems“, „apathetic behavior“, „dealing with relatives“. Registered nurses and health assistants had lower stress levels than nurse aides. The stress level in the categories „sedating“ and „apathetic behavior“ decreased statistically significantly in the intervention group compared to the control group.

Conclusion:

An education program and subsequent nursing case conferences probably have a positive influence on nurses' distress.

Keywords:

Dementia, urinary incontinence, education, case conferences, distress

Informationen zu den Autoren:

Myrta Kohler, MScN

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, Rosenbergstrasse 59, Postfach, 9001 St.Gallen, Schweiz
E-Mail: myrta.kohler@fhsg.ch

Jeanette Mullis, MScN

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, Rosenbergstrasse 59, Postfach, 9001 St.Gallen, Schweiz

Prof. Dr. sc. techn. Jürg Schwarz

Hochschule Luzern - Wirtschaft, Zentralstr. 9, 6002 Luzern, Schweiz

Prof. Dr. Susi Saxer, PhD, MScN

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, Rosenbergstrasse 59, Postfach, 9001 St.Gallen, Schweiz

Informationen zum Artikel:

Manuskript eingereicht am 06.10.2016

1. überarbeitete Version eingereicht am: 22.12.2016

2. überarbeitete Version eingereicht am: 15.02.2017

Manuskript akzeptiert am: 17.02.2017

Manuskript veröffentlicht am: 24.02.2017

1. Reviewerin:

Dr. Daniela Hayder-Beichel, MScN

Zentrum für Wissenstransfer im Gesundheitswesen, Düsseldorf, Deutschland

2. Reviewerin:

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel

Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen, Deutschland