



Lebensqualität fördern bei kognitiver Beeinträchtigung

Sandra Oppikofer
UFSP Dynamik Gesunden Alterns &
Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich



Inhalt

Kontext

- Prognosen Prävalenz und Kosten Demenz
- Psychosoziale Intervention/Non-pharmakologische Intervention
→ Neues Paradigma „Ökopsychosoziale Intervention“
- Healthy Ageing: neue WHO-Definition (2015)

Lebensqualitätsforschung und Demenz

- Paradigma gerontologischer Evidenzgewinnung
- Aktueller Forschungsstand
- Beispiel LQ-Forschung mit LQ-Profilen

Fazit



Kosten und Interventionen bei Demenz

- 2016: weltweit ca. 36 Mio. Menschen mit einer Demenzerkrankung
→ erwartet bis 2050: ca. 115 Mio.
- Steigende Krankheitskosten Schweiz
2016: ca. 75 Mrd jährlich; → bis 2050: 135 Mrd jährlich
- Geringe Investitionen in nicht-pharmakologische Interventionen/
Forschung
- Gründe: fehlende klare Definition als eigenständiger Forschungsbereich,
methodische Herausforderungen, geringe wirtschaftliche Rentabilität
solange Labor-Outcomes statt Real World Endpoints als Target

Zeisel J, Reisberg B, Whitehouse P, Woods R, Verheul A. Ecopsychosocial Interventions in Cognitive Decline and Dementia: A New Terminology and a New Paradigm. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2016 Sep;31(6):502-7. doi: 10.1177/1533317516650806.



Ecopsychosocial Interventions in Cognitive Decline and Dementia

Neues Paradigma:

„the full range of nonpharmacological approaches that improve functioning and reduce the negative consequences of dementia for the individual, family, and society„

→ Einbezug Kontext

- Fokus auf Real World Outcomes
- Widerspiegelt die volle Breite an möglichen Interventionen
- Fokus auf Entwicklung ökopsychosozialer Interventionen

Zeisel J, Reisberg B, Whitehouse P, Woods R, Verheul A. Ecopsychosocial Interventions in Cognitive Decline and Dementia: A New Terminology and a New Paradigm. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2016 Sep;31(6):502-7. doi: 10.1177/1533317516650806.



Healthy Aging

(World Report on Ageing and Health, 2015)

Der **Prozess** der **Entwicklung** und des **Erhalts** der **Funktionsfähigkeit**, welche Wohlbefinden im Alter ermöglicht.

Zwei grundlegende Konzepte:

- a) Intrinsische Kapazität (Gesamtheit der körperlichen und geistigen Kapazitäten)
- b) Umfeld in welchem die Person lebt und mit dem sie in Wechselbeziehungen steht

WHO, Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, 26.5.2016

© Zentrum für Gerontologie



Paradigmen gerontologischer Evidenzgewinnung

- Meist Fokus auf Symptomatik Demenz und nicht auf Individuum im Kontext
- Jedes Individuum kann gleichzeitig krank und gesund sein
- Funktionale Gerontologie: Orchestrierung des Einsatzes unterschiedlicher elementarer Fähigkeiten, Ressourcen und Aktivitäten, damit das stabile Erreichen komplexer Zielfunktionen (z.B. LQ) gelingt.
- Momentan: RCT untersuchen, welcher einzelne Teilprozess im Durchschnitt in einer Population die grösste Auswirkung auf die LQ innerhalb dieser Population hat.

Martin, M. (2016). *Funktionale Lebensqualität im Alter*. In H.-P. Zimmermann, A. Kruse & T. Rentsch (Hrsg.), *Kulturen des Alterns*, S. 375-385. Frankfurt: Campus.



(Öko)psychosoziale Interventionen bei Demenz Aktueller Forschungsstand

- Review 179 RCTs, Olazaran et al. (2010): nicht-pharmakologische multi-Komponenten Interventionen haben positiven Effekt auf kognitive Funktion, ADL, Verhalten und Stimmung bei MmD
- Zunehmender Bedarf an individualisierten ökopsychosozialen Interventionen, um MmD und ihre Zugehörigen zu unterstützen
- Bio-psychosoziales Demenzmodell (enriched model/ person-centred approach, Kitwood & Bredin, 1992) als Grundlage für die Entwicklung individuell bedeutsamer Interventionen
- Dominanz Forschung im Bereich Verhaltensschwierigkeiten/ Institutionalisierung



Forschungs-Entwicklung 2008-2015 psychosoziale Interventionen und Demenz

- Bisher mehr Forschung im Pflegeheimsetting als ambulantes Setting
- Interventionen mit Fokus auf Management von herausforderndem Verhalten sowie verhaltens- und psychologischen Symptome von Demenz (BPSD)
- Viele unterschiedliche Studien/Interventionen mit positiven Resultaten: Reduktion von BPSD
→ breites Konzept von BPSD, nicht-person-zentriert
- Meist nur unmittelbare oder kurzfristige Veränderungen
- Oft Interventionen mit kurzer Dauer (6-12 Wochen)
→ Längerfristige Effekte von Interventionen sind gefragt
- Bedarf an Forschung im nicht-stationären-Kontext und zur Bereicherung der individuellen Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung; insbesondere auch end-of-life-care

Oyebode & Parveen (2016). Psychosocial Interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments, *Dementia*, 0(0), 1-28.



Bedarf an Design, welches individuelle Unterschiede erklärt

- Die meisten RCTs und kontrollierten Interventions-Studien untersuchen Unterschiede zwischen Gruppen in nicht-individualisierten Interventionen und nicht den Effekt individualisierter Interventionen
- Die Lösung: Randomisierung in individualisierte Intervention versus nicht-individualisierte Intervention

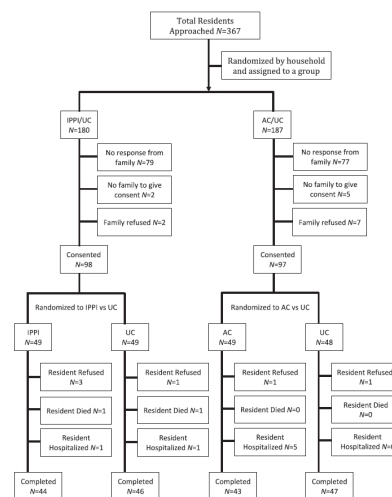


Figure 1. Consort diagram for the individualized positive psychosocial intervention study. AC = attention control; UC = usual care.

Van Haitsma, K.S., Curyto, K., Abbott, K.M., Towsley, G.L., Spector, A., & Kleban, M., (2015). A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 0(1), 35–45, doi:10.1093/geronb/gbt102. Advance Access publication December 4, 2013



Beispiel: Beratungsstelle Alter und Gesundheit

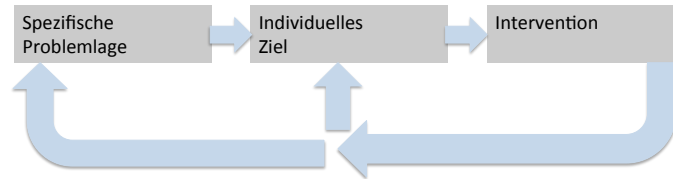


Abbildung 10. Iterativer Beratungsprozess (Trummer, 2016)



Messmodell

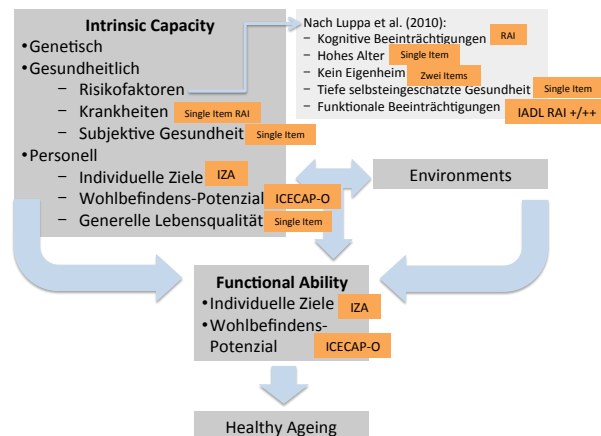
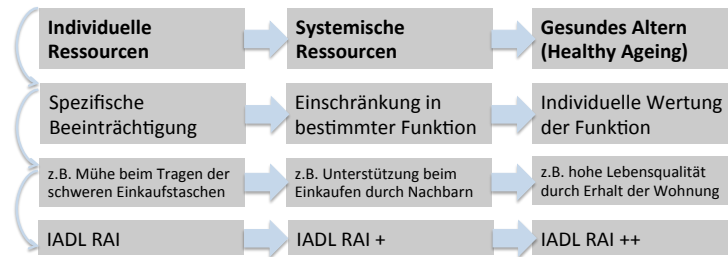


Abbildung Messmodell (Trummer, 2016)



Beratungsstelle Alter und Gesundheit



Methodik

SEIQoL → 5 individuelle Beratungsziele

a. Welches sind die fünf wichtigsten Ziele in Ihrem Leben?
 b. Wie zufrieden sind Sie mit den jeweiligen Zielen? Einschätzung auf einer Skala von 0 (= sehr unzufrieden) bis 100 (= sehr zufrieden).
 c. Wie wichtig sind die einzelnen Ziele im Vergleich zu den anderen? [total 100%]
 d. Ziele Gesamtwert [1-100] = $\frac{\sum \text{Zufriedenheit} \times \text{Relevanz}}{100}$

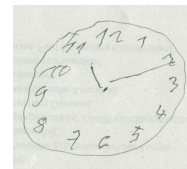
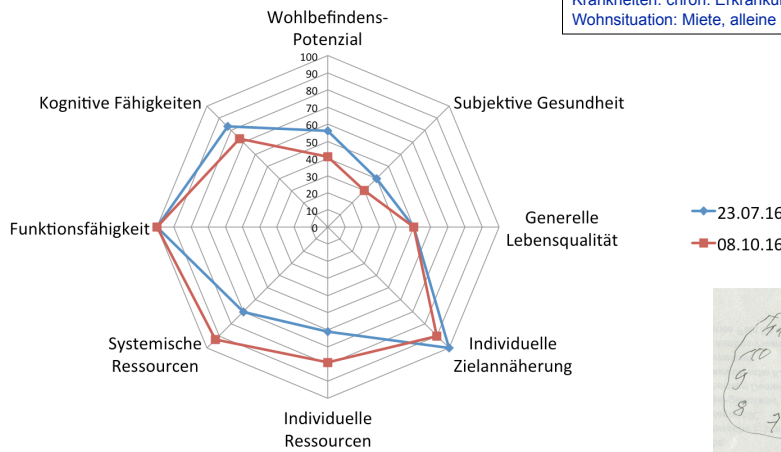
a. Ziele	b. Zufriedenheit mit Ziel [0-100]	c. Relevanz [total 100%]	d. Produkte und Summe
1.		x	% =
2.		x	% =
3.		x	% =
4.		x	% =
5.		x	% =
		Total	% =
			Summentotal
			Ziele Total

(O'Boyle, 1994)



Ergebnisse

Alter: 69 Jahre
Diagnosen RA: pulmonale Hypertonie
Krankheiten: chron. Erkrankung der Lunge
Wohnsituation: Miete, alleine



15



Bedürfnisprofile von Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Schmid et al., 2013)

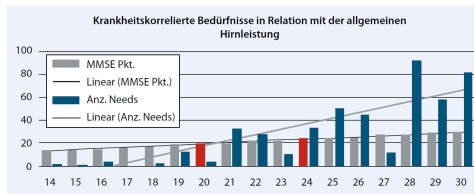


Abb. 3 ▲ Krankheitskorrelierte Bedürfnisse (Needs, BIG-65) in Relation zur allgemeinen Hirnleistung (Mini Mental State Examination, MMSE)

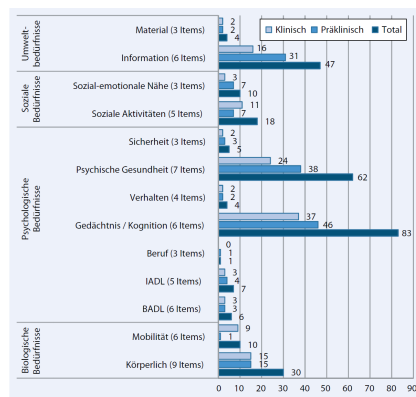


Abb. 2 ▲ Bedürfnisprofile – präklinische (subjektive und milde kognitive Beeinträchtigung) und klinische (Demenz) Hirnleistungssyndrome. BADL: basale Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL: instrumentelle ADL.



Individualisierte zielbezogene Kognitive Rehabilitation bei Menschen mit leichter Demenz (Clare et al., 2013)

Background: Preliminary evidence suggests that goal-oriented cognitive rehabilitation (CR) may be a clinically effective intervention for people with early-stage Alzheimer's disease, vascular or mixed dementia and their carers.

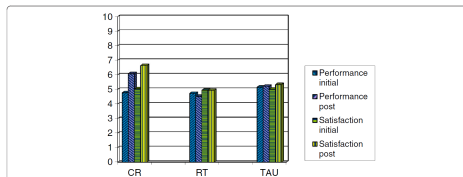


Figure 1. Effects of intervention on goal performance and satisfaction (COPM ratings) for participants in each condition in the pilot trial: significant improvements for CR and no change for RT or TAU.

Table 1 Effect sizes (Cohen's d) on secondary outcome measures obtained in the pilot trial for the CR group compared to the pooled RT and TAU groups

Measure	Post-intervention	6-month follow-up
Participants with dementia		
Quality of life (QoL-AD)	0.24	0.29
Depression (HADS)	0.26	0.13
Anxiety (HADS)	0.21	0.11
Memory (RBMT)	0.37	0.08
Verbal fluency (FAS)	0.29	-
Sustained attention (TEA elevator counting)	0.76	-
Auditory selective attention (TEA ECD)	0.53	-
Visual selective attention (TEA map search 1 min)	0.11	-
Everyday problem-solving (ILS)	0.21	-
CAREERS		
Stress (RSS)	0.54	0.27
Psychological well-being (GHQ)	0.51	0.11
Quality of life: social relationships (WHQoL)	0.34	0.49
Quality of life: psychological (WHQoL)	0.11	0.55
Quality of life: physical health (WHQoL)	0.69	0.38
Quality of life: environment (WHQoL)	0.46	0.08

HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, RBMT Rivermead Behavioural Memory Test, TEA Test of Everyday Attention, FAS letter fluency for letters F, A and S, TEA ECD, TEA elevator counting with distraction, ILS Independent Living Scales, RSS Relatives' Stress Scale, GHQ-12, General Health Questionnaire.



Fazit

- (1) Effekte individualisierter ökopyschosozialer Interventionen auf die individualisierte funktionale Stabilisierung von Lebensqualität im Alter können evidenzbasiert geprüft werden
- (2) Effekte können im Alltag gemessen werden
- (3) Theorienbedarf: Welche Parameter müssen erfasst werden, um möglichst unterschiedliche Lebensqualitäts-Konstellationen und Stabilisierungen zu beschreiben
- (4) Datenbedarf: Messung von Lebensqualität und LQ-Stabilisierung im individuellen Alltag
- (5) Methodenbedarf: Vergleich von theoretischen Modellen mit individuellen Daten



Fazit

Zukünftig bedarf es:

- systematischer Interventionen, die der Individualität und Kontextualität von Lebensqualität Rechnung tragen und zur QOL-Stabilisierung führen,
- Interventionen welche konzipiert und erforscht werden können und um damit evidenzbasiert die QOL in der Schweizer Bevölkerung zu stabilisieren und zu verbessern.



Ausblick: Individuelle LQ fördern bei kognitiver Beeinträchtigung

Mit ansteigender kognitiver Beeinträchtigung Abnahme der Introspektionsfähigkeit und des explizit formulierbaren Wissens darüber, was für eine Person individuell wertvoll und bedeutsam ist

Offene Fragen

- WER gibt Auskunft über individuelle Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Beeinträchtigungen?
- WER bestimmt, welche Ziele für die einzelne Person individuell bedeutsam sind? Fremd- vs. Selbsteinschätzung
- WIE werden individuelle Interventionen auf ihre Wirksamkeit überprüft?
- WELCHE Translation findet statt, nach Welchen Kriterien?
- Populationsdaten vs. „within person“
- Wie ist vermittelbar, dass nach WHO Healthy Aging-Modell gesund altern und kognitive Beeinträchtigung kein Widerspruch?