



UNIVERSITÄTS**medizin.**
MAINZ

**Logopädische Frühstücksgruppe /
Kaffee-Klatsch
für gerontopsychiatrische Patient*innen
- vor dem Hintergrund der SET -**

Rahmenbedingungen

- Leitung: **Logopädinnen** der Neuropsychiatrischen Ambulanz
- Anwendungsbereich: **Station 3** der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Zeit: aktuell **Donnerstags** um **14:30 Uhr**
- Umfang & Dauer: wöchentlich für je **45 Minuten** seit **Januar 2022**
- Räumlichkeit: **Büro der Psychologinnen**

Zielgruppe

- „...**alle gerontopsychiatrischen Störungsbilder**, da physiologische Alterungsprozesse, die häufige Einnahme von Medikamenten und neurodegenerative Störungsbilder zu Defiziten der Sprach- und Schluckfunktion führen können.“

Relevanz

- 51% der akut-geriatrischen Patient*innen / 84% der Patient*innen mit Demenz leiden an einer **Dysphagie** (Baijens et al., 2016)
- die Häufigkeit für **Malnutrition** steigt mit dem Alter insb. bei Polypharmazie (Pirlich et al., 2006)
- 9-14% der über 75-jährigen leiden an **Depressionen** (Weyerer et al., 2008)
- zunehmende **kognitiv-sprachliche Defizite** i.S. einer Presbyphasie / kognitiven Dysphasie / Aphasie (Heidler, 2006)

Indikation

- Bedarf an **Interventionen, welche Selbsthilfefähigkeit, Lebensqualität und Autonomie verbessern** (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2013)
- Studien belegen den **Nutzen von Gruppenangeboten** welche die natürlichen, **psychosozialen Aspekte von Essenssituationen** aufgreifen um kommunikative Fähigkeiten, Genuss und Lebensqualität zu verbessern (Abdelhamid et al., 2016)

Ziele

1. Verbesserung von **Kommunikation, Autonomie, Interesse, Aktivität & prozeduralem Gedächtnis** (Pietro & Boczko, 1998)
2. **Reduktion von sozialem Rückzug** (ebd.)
3. Steigerung des **Wohlbefindens** (ebd.)
4. Verbesserung von **Genuss & Lebensqualität** (Abdelhamid et al., 2016)
5. **Prävention & Früherkennung von Dysphagien** (Prosiegel & Weber, 2018)
6. Verbesserung von **Aufmerksamkeit & Vigilanz** (Köhler et al., 2010)

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- Kooperationsfähigkeit
 - Selbstständigkeit bei Nahrungsaufnahme
- nach
Absprache
mit der
Pflege!

Ausschlusskriterien:

- „Schwere Dysphagie“ nach Beurteilung durch das *Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG)* & den *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*

Messinstrumente

Gugging Swallowing Screen (GUSS)

Zusätzlich:

- Willkürliches Schlucken
- Schluckversuche mit breiiger Kost
- Wassertest nach Daniels
- Schluckversuche mit fester Konsistenz
(Trapl et al., 2007)

Dysphagie Screening Tool Geriatrie: DSTG

Personalien

Name:		Geschlecht:
Geb. Datum:		Untersucher:
Untersuchungsdatum/ Uhrzeit:		
Hauptdiagnose/ Symptom:		

Allgemeinzustand

	Ja	Nein	Bemerkung
ausreichende Vigilanz und Aufmerksamkeit für 15min:			bei mindestens 1x NEIN: Risiko Dysphagie Maßnahmen: Empfehlung Nahrungskarenz, Entscheidung über weiteres Vorgehen durch Arzt bzw. Logopädie mit Patient
Sitzposition möglich (ggf. mit Unterstützung):			

Orale Inspektion und Hustenstoß

	Ja	Nein	Bemerkung
Beobachtung Speichelschluck möglich:			bei mindestens 1x NEIN: Verdacht auf Dysphagie Maßnahmen: Empfehlung Nahrungskarenz, Entscheidung über weiteres Vorgehen durch Arzt bzw. Logopädie mit Patient
Zungenbewegung möglich:			
effektiver Hustenstoß nach Aufforderung (verbal oder nonverbal) möglich:			

Wasserschlucktest (2 x 1 TL, 2 x Schluck aus Glas)

	Ja	Nein	Bemerkung
Räuspern/ Husten direkt/ bis zu 1 min nach dem Schluck:			bei mind. 1x JA: Verdacht auf Dysphagie Maßnahmen: Empfehlung Nahrungskarenz, Entscheidung über weiteres Vorgehen durch Arzt bzw. Logopädie mit Patient
Stimmveränderung direkt/ bis zu 1min nach dem Schluck:			

Verdacht auf Dysphagie

	Maßnahmen
JA/ Abbruch	Entscheidung über weiters Vorgehen durch Arzt bzw. Logopädie
NEIN	Freigabe oraler Nahrungszufuhr, ggfs. Verlaufsbeobachtung. Bei negativem Screening-Ergebnis aber anderen klinischen Dysphagie-Hinweisen und/oder -Symptomen weiteres klinisches bzw. instrumentelles Assessment bzw. Maßnahmen wie Kostanpassung.

Konzept

- **Begrüßung:** Verteilung der Namensschilder
- **Thema „Saft“:** Die Therapeutin bietet einen Smoothie an, wobei das Etikett der Flasche verborgen bleibt. Die Zutaten des Smoothies werden von der Gruppe erraten. Wenn nötig gibt die Therapeutin phonologische / semantische Hilfestellungen („Cues“). Am Ende folgt eine Auflösung des Rätsels.
- **Thema „Kaffee“:** Die Therapeutin bietet visuelle und semantische Cues an, indem sie den Teilnehmenden einige Kaffeebohnen, eine Kaffeemühle oder ein Päckchen gemahlener Kaffee zeigt. Frisch gekochter Kaffee wird an die Teilnehmenden ausgegeben und als olfaktorischer Stimulus verwendet.

Konzept

- **Thema „Frühstücksrezepte / Kuchen“:** Die Therapeutin bietet verschiedene Essenoptionen an. Das Gespräch wird auf Essensvorlieben / Gewohnheiten gelenkt.
- **Vorbereitung von Frühstück / Kaffee-Klatsch**
(pandemiebedingt und aus zeitlichen Gründen etwas vereinfacht!)
- **Gemeinsames Essen:** Verteilen von Frühstück / Kuchen auf alle Teller. Anregung zum gegenseitigen Anreichen / Helfen.
- **Tischgespräche:** Anregung zu ressourcenorientierten Gesprächsthemen / Biographiearbeit u.a. mit Bildmaterial
- **Abschluss & Feedbackrunde:** Das Essen wird offiziell beendet. Alle Teilnehmenden helfen beim Abräumen.

Eindrücke



Eindrücke



Eindrücke



Positive Effekte / Beobachtungen

- **Gruppengefühl**
 - Teilnehmende helfen sich gegenseitig
 - Teilnehmende betonen Gruppengefühl, was durch Intervention aufkommt
 - Teilnehmende tauschen sich über gemeinsam geteilte Defizite aus
- **Sprachaktivierung / Reduktion von sozialem Rückzug**
 - Gespräche entstehen zwischen den Teilnehmenden
 - Gespräche über biographische Themen werden als angenehm empfunden
- **Steigerung des Wohlbefindens**
 - Teilnehmende äußern sich wertschätzend, wenn auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird
 - Teilnehmende äußern bestimmte Rezepte würden positive Kindheitserinnerungen wecken
- **Prävention & Früherkennung**
 - Therapeutinnen bekommen einen Eindruck von der Selbstständigkeit der Nahrungsaufnahme (*präorale Phase*)

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit!

**Noch
Fragen?**



Literatur

- Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L. ... & Hooper, L. (2016). Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 16(1), 1-18.
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., ... & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 11, 1403.
- Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG). 2019. Retrieved from: <https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagiescreening-tool-geriatrie.pdf>
- Heidler, M. (2006). Kognitive Dysphasien: Differenzialdiagnostik aphasischer und nichtaphasischer zentraler Sprachstörungen sowie therapeutische Konsequenzen. Österreich: Lang.
- Köhler, W., Niers, N., Berger, R. & Volkert, D. (2010). *Schluckstörungen. Ein Überblick aus neurologischer Sicht*. Erlangen: Nutricia.
- Pietro, M. J. S. & Boczko, F. (1998). The Breakfast Club: Results of a study examining the effectiveness of a multi-modality group communication treatment. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(3), 146-158.
- Pirlich, M., Schütz, T., Norman, K., Gastell, S., Lübke, H. J., Bischoff, S. C., ... & Lochs, H. (2006). The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition*, 25(4), 563-572.
- Prosiegel, M., & Weber, S. (2018). *Dysphagie: Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. Springer-Verlag.
- Sullivan, D. & Lipschitz, D. (1997). Evaluating and treating nutritional problems in older patients. *Clinics in geriatric medicine*, 13(4), 753-768.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952.
- Volkert, D., Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., ... & das DGEM Steering Committee. (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38(03), e1-e48.
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A., ... & German AgeCoDe Study group. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of affective disorders*, 111(2-3), 153-163.