



Ein Gewinn für alle

Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim

Wenn Menschen im Alterungsprozess Kommunikations- oder Schluckprobleme haben, ist die Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Logopädinnen gefragt. Logopädinnen können schulen, beraten, abklären und gegebenenfalls therapieren. Gespräche, Essen und Trinken sind basale Grundbedürfnisse des Menschen und bedürfen der Beachtung. **Erika Hunziker & Jürgen Steiner**

AUFGABENBEREICHE DER LOGOPÄDIE IM KONTEXT GERIATRIE Menschen im Alter haben eine individuelle Lebensgeschichte. Ebenso haben sie eine individuelle Geschichte in Bezug auf Motivation, Lernen und Resilienz. Die Störungsbilder im Alter sind komplex und ältere Menschen sind häufig multimorbid. Dabei ist nicht einfach zu unterscheiden zwischen natürlichen Alterungsprozessen und krankheitsbedingten Veränderungen. Sind Wortfindungsprobleme erste Anzeichen einer demenziellen Erkrankung oder sind sie ein Zeichen des natürlichen Alterns? Ist die Abnahme der beim Essen zu sich genommenen Nahrungsmenge Ausdruck einer schnelleren Sättigung oder ist sie ein Hinweis auf eine (neurogen bedingte) Schluckstörung? Logopädie ist der Fachbereich, der sich mit Normalität, Prävention (Risiken vermindern) und Störungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckfähigkeit

befasst. Veränderungen sollten ernst genommen werden. Aber nicht in jedem Fall muss ihnen ein Krankheitswert zugeschrieben werden.

Nach Ojeda (2005) ist im Bereich der Sprache mit folgenden regulären Veränderungen im Alter zu rechnen:

- Die Artikulation weist ein verringertes Tempo und eine verringerte Präzision auf.
- Im Bereich Semantik sind Wortabrufstörungen ohne jeden neurologischen Hintergrund möglich, während der passive Wortschatz stabil bleibt.
- Die syntaktische Kompetenz ist tendenziell weniger ausdifferenziert.
- Auf der pragmatischen Ebene kann die Flexibilität abnehmen, das heißt, das Sich-Einstellen auf den Gesprächspartner ist erschwert oder es kommt zu einem generellen Rückzug.
- Die Atem- und Stimmfunktion kann sich beim Sprechen und Singen im Sinne einer Reduktion der Tragfähigkeit verändern.

Miteinander kommunizieren bedeutet in Beziehung treten, Gefühle wahrnehmen und austauschen.
Foto: Fotolia



Erika Hunziker, lic. phil., arbeitet als Dozentin im Studiengang Logopädie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) und als freipraktizierende Logopädin in Altersheimen. erika.hunziker@hfh.ch



Jürgen Steiner, Prof. Dr. habil., leitet den Studiengang Logopädie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH) und ist als Supervisor in einer Rehaklinik tätig. juergen.steiner@hfh.ch

Bei der Schluckfunktion verändern sich die verschiedenen Parameter im normalen Alterungsprozess (Prosiegel, 2007). Eine muskuläre Schwäche beeinflusst die Kaufähigkeit und die Zungenaktivität. Die Geschmacksempfindung und die Sensibilität nehmen ab und der Schluckreflex wird langsamer und unzuverlässiger. Diese physiologischen Veränderungen können lange Zeit kompensiert werden (Schaupp, 2000; Wilmskötter, 2011). Tritt jedoch eine Erkrankung (beispielsweise ein Morbus Parkinson oder eine Demenz) hinzu, steigt das Aspirationsrisiko an.

Die sprachliche Kommunikation sowie ein intakter Schluckvorgang bewahren die Autonomie eines betagten Menschen sowie das aktive Teilnehmen am Leben (Teilhabe). Kommunikations- und Schluckbeeinträchtigungen führen zu Isolation, Abhängigkeit und Reduktion der Lebensqualität. Im institutionellen Kontext führt das zu Belastungen des Pflegepersonals. Die Logopädin kann die Betroffenen und ihr Umfeld unterstützen. Sie kann Massnahmen zur Prävention einleiten und aufzeigen, was die Betroffenen und ihr Umfeld (Angehörige und Pflege) selbst zur Aufrechterhaltung der Kommunikation und der Schluckfähigkeit tun können (Empowerment). Auf der Basis spezifischer Abklärungen kann die Logopädin gezielte therapeutische Massnahmen im Einzel- oder Gruppensetting durchführen. Dabei muss es bei diesem chronischen, allenfalls progredienten Hintergrund nicht in eine Dauertherapie münden, sondern in Intervallinterventionen. Eine Indikation zur Abklärung ist gegeben, wenn es Hinweise für Erkrankungen oder Abbauprozesse gibt, wenn Betroffene oder Angehörige sich sorgen, wenn ein neurologisches Ereignis vermutet oder diagnostiziert wurde.

WARNSIGNALE FÜR SPRACHABBAU UND FÜR SCHLUCKPROBLEME – CHECKLISTE FÜR DIE PFLEGEFACHPERSON Sprache ist Aktivität; sie dient dem Selbstaussdruck und dem kommunikativen Austausch. Eine Aufgabe oder drastische Reduzierung von Aktivitäten im kommunikativen Kontakt ist immer ein Warnsignal. Einschneidende Ereignisse und Veränderungen sind Risikofaktoren, die einen beschleunigten Abbau initiieren können. Hierzu zählen beispielsweise:

- ungewollter Wohnortwechsel
- Verlust nahestehender Menschen durch Tod
- Orientierungseinbussen, zum Beispiel aufgrund von Sturz, Operation oder Narkose.

Schlucken dient der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und hat eine soziale Komponente: «Wir essen zusammen und wir gehen zusammen etwas Trinken». Wenn sich das Ess- oder Trinkverhalten bei alten Menschen verändert, dann sollten Schluckstörungen in Betracht gezogen werden. Es gilt dann abzuklären, ob es sich um ein Essproblem (weniger Hunger, Durst) oder um eine Schluckstörung handelt.

Mögliche Ursachen von Dysphagien sind:

- einmalige neurologische Ereignisse (zum Beispiel Schlaganfall)
- progrediente Erkrankungen (zum Beispiel Morbus Parkinson)
- demenzielle Erkrankungen.

Nicht zu vergessen ist, dass Nebenwirkungen von Medikamenten zu Schluckproblemen führen können. Bei Symptomen wie einer verwaschenen Artikulation, einer Veränderung oder dem Verlust der Stimme, einer Gesichtslähmung oder der Verweigerung von bestimmten Nahrungsmitteln sollte das Vorhandensein einer Dysphagie immer in Betracht gezogen werden.

Warnsignale für einen beschleunigten Aktivitätsabbau und eine Dysphagie sind in der folgenden Checkliste zusammengefasst. Diese Checkliste kann als Entscheidungshilfe für das Hinzuziehen eines Logopäden oder einer Logopädin genutzt werden.

ANGEBOTE DER LOGOPÄDIE: ABKLÄRUNG, BERATUNG, EMPOWERMENT, COACHING, SCHULUNG, THERAPIE Komplexe Probleme verlangen nach einem interprofessionellen Austausch. Für Entscheidungen an der Schnittstelle zwischen Pflege und Logopädie machen wir folgende Vorschläge (geordnet in zeitlicher Abfolge):

- **Pflegefachperson allein:** Die Pflegefachperson weiss um Sprach- und Schluckgefährdungen beziehungsweise -störungen. Bei Beobachtung eines Warnsignals ruft sie in Absprache mit dem zuständigen Arzt die Logopädin.
- **Logopädin allein:** Sie klärt auf der Grundlage der Beobachtungen der Pflege die Indikation (Setting Einzeltherapie) und bespricht Massnahmen mit den Betroffenen (Primär- und Sekundärbetroffenen) und der Pflege (Setting kollegiale Beratung und Austausch). Danach wird in Absprache mit dem Arzt eine logopädische Behandlung (ärztliche Verordnung ist notwendig) eingeleitet.
- **Logopädin und Pflegefachperson:** In einem Rundtischgespräch wird erwogen, wer wie einzubeziehen ist (Angehörige, Arzt, Heimleitung, weitere Therapeutinnen) und welche Ziele im Vordergrund stehen.

Zürcher Alterscheckliste Sprach- und Schluckfunktion (Z-ASS) (Hunziker & Steiner, 2014)

1. Veränderung von Stimme, Sprechen, Sprache
2. verstärkte Wortfindungs- oder Wortwahlprobleme
3. Missverständnisse, Sprachverständnisprobleme
4. eintönige Antworten, abstruse Antworten, ablehnende Antworten
5. vermehrter Rückzug, weniger soziale Teilhabe
6. verlängerte und/oder ungeschickt wirkende Nahrungsaufnahme
7. Verlust von Speichel, Verlust von Flüssigkeit beim Trinken
8. Essensreste ausserhalb des Mundes, Speisereste im Mundinnenraum
9. Schlucken wirkt anstrengend, mühsam, Hochwürgen der Speisen
10. Auftreten von starkem Husten, Räuspern in Verbindung mit dem Schlucken
11. Veränderung der Stimme während des Schluckens oder nach dem Schlucken
12. reduzierte Trink- und/oder Essmenge

- **Logopädin allein:** Sie führt eine (Intervall-)Einzeltherapie durch, informiert, berät beziehungsweise coacht Primär- und Sekundärbetroffene und das Pflegepersonal, initiiert eine Gruppentherapie und dokumentiert ihre Massnahmen.
- **Logopädin und Pflegefachperson:** Die Pflegefachperson unterstützt die Logopädin bei der Durchführung logopädischer Massnahmen. Beide bewerten das Prozedere, die Dokumentation und die individuelle Wirkung der Massnahmen.

Die Vorgehensweise kann in Abhängigkeit von den institutionellen Gegebenheiten variieren. Logopädinnen bieten für das Pflegepersonal Schulungen im Bereich Sprache, Kommunikation und Schlucken an.

ALLTAGSPFLEGE: AKTIVIERUNG VON GESPRÄCHS-, LESE- UND SCHREIBFÄHIGKEIT – TIPPS FÜR DIE ACHTSAMKEIT UND DIE BEGLEITUNG BEIM SCHLUCKEN

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist bei der Durchführung von therapeutischen Massnahmen zentral. Auf der Basis einer Befragung von Pflegefachkräften im Kontext Krankenhaus stellen Mickel und Steiner (2003) die Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Logopäden/ Logopädinnen wie folgt dar:

- 40 Prozent der Pflegenden geben an, dass ein gewünschter fallbezogener Austausch mit der Logopädin ausbleibt.
- 80 Prozent der Logopädinnen, die konsiliarisch gerufen werden, nutzen nicht das Dokumentationssystem der Pflege, um ihre therapeutischen Aktionen transparent zu machen.
- 80 Prozent der Pflegenden werden nicht mit fallbezogenen Kommunikationstipps von der Logopädin versorgt.
- 95 Prozent der Pflegefachpersonen geben an, dass die Ressource Zeit fehlt, um speziell auf kommunikationsbeeinträchtigte Menschen einzugehen.

Im Kern sieht es so aus, dass sich der zeitliche Mangel beider Professionen (Logopädin und Pflegefachkraft) zuungunsten der Patienten verdoppelt.

Um dem entgegenzusteuern, möchten wir in den nachfolgenden Abschnitten *Fokus Sprache* und *Fokus Schlucken* exemplarisch auf generelle Punkte hinweisen, die im Pflegealltag zu beachten sind. Es ist uns hierbei klar, dass diese einzelfall- und schweregradbezogen modifiziert und erweitert werden müssen.

FOKUS SPRACHE – BEISPIEL MANIFESTE DEMENZ. Für alle Menschen mit Sprachproblemen infolge einer Hirnfunktionsstörung gilt: «Das möglichst lange Aufrechterhalten des Erlebens der eigenen Person als kompetent (‹Ich kann etwas›), als interessant (‹Ich weiss etwas›) und als orientiert (‹Ich kann etwas/mich kontrollieren›) ist sehr wichtig.» Gespräche, aber auch Lesen und Schreiben spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Positive Kommunikation ist die entscheidende Säule für das Gedeihen von Beziehungen. Gespräche können lange (bis in die späte Krankheitsphase hinein) gelingen. Einige einfache Tipps (Steiner, 2010b und 2010a; Diboky & Knecht, 2013) können unterstützend wirken:

- Die Initiative zum Sprechen (auch Grussformeln und andere Floskeln) belohnen wir mit Aufmerksamkeit.
- Fragen bekommen eine Antwort.
- Wir bleiben beim Thema.
- Wenn wir etwas bestätigen, aufgreifen, wiederholen, Bezug nehmen auf Gesagtes, intensivieren wir das Gespräch.
- Wir sprechen nicht langsamer, aber einfacher und kürzer.
- Wir geben mehr Raum für Kommentare des Gegenübers.

Sehr oft sind demenzerkrankte Menschen um ein Gelingen bemüht; dies sollte gewürdigt werden. Die Bereitschaft zum Small Talk, das Entschuldigen für Erinnerungslücken oder für den Verlust des roten Fadens, wiederholtes Nachfragen, das Bemühen um Höflichkeit, das Bedanken, das Ansprechen eigener Gefühle oder das Erfragen der Gefühle des Gesprächspartners sind positive kooperative Aktionen, die auf erhaltenes soziales Wissen verweisen. Mit all diesem dürfen wir lange (bis über das mittlere Krankheitsstadium hinaus) rechnen. Die Formel «langsam, emotional achtsam, mit ungeteilter Aufmerksamkeit (Klima) und anspruchsgemindert (Information)» bietet eine übergeordnete Steuerungsmöglichkeit und kompensiert den Verlust an Energie und Präzision. Eventuell bedarf es für individuelle Besonderheiten eines Trainings beziehungsweise Coachings durch eine logopädische Fachperson.

Vielleicht ist es sinnvoll, den emotionalen Reichtum auf die Grundgefühle Aufmerksamkeit, Freude,

Kontaktadressen

www.logopaedie.ch – Adressen kantonalen Berufsverbände
www.demenzsprache-hfh.ch/kontakt – Demenzberatungsstelle für Betroffene und Angehörige
www.dysphagie.ch – Schluckstörungen

Weiterführende Literatur

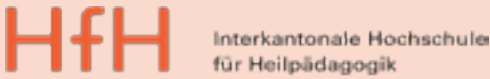
Burger-Gartner, J. & Heber, D. (2011). Schluckstörungen im Alter. Hintergrundwissen und Anwendung in der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
Engel, S. (2006). Alzheimer und Demenzen. Unterstützung für Angehörige. Stuttgart: Trias.
Steiner, J. (2010b). Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd. 5. München: Reinhard.
Herbst-Rietschel, W. (2002). Dysphagie – Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT): Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Idstein: Schulz-Kirchner.

Unterstützung beim Anreichen des Essens hilft bewusst zu schlucken. Angst vor einem Verschlucken lässt sich damit vermeiden.
Foto: Fotolia



Filmtipp 1 – Gelingende Kommunikation mit dementen Menschen

Ein Film der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Zürich, 2010



Beobachtung Schlucken im Pflegealltag

Grundsätzlich können im Pflegealltag folgende prophylaktische Punkte beachtet werden:

- Patient sitzt beim Essen und Trinken in aufrechter Position
- ruhige Atmosphäre und genügend Zeit lassen
- kleinere Mengen über den Tag verteilt essen und trinken lassen
- während des Essens/Trinkens nicht sprechen
- bei der Essensbegleitung den Patienten selbst die Nahrung/das Getränk zum Mund führen lassen: Fingerfood, Hand führen
- optische Kontrolle nach Retentionen in der Mundhöhle
- nach den Mahlzeiten 20 Minuten aufrechtbleiben
- bei der Medikamentenverabreichung Alternativen einbeziehen, zum Beispiel mit Joghurt schlucken, Tabletten in Pulverform
- auf gute Mundpflege achten
- Suffizienz/Malnutrition bezüglich des Essens und Trinkens im Auge behalten
- keine Schnabelbecher verwenden (ungünstige Kopfhaltung)

Filmtipp 2 – Demenz & Esprit

Ein Film der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Zürich, 2014



Ärger, Angst sowie Traurigkeit zu verkürzen. Die emotionalen Signale können dann leichter zugeordnet werden. Gespräche mit dem Fokus auf Emotionen betonen den Moment, nehmen die Person wahr und retten ein Stück Ebenbürtigkeit (Steiner, 2014). Einfache (nur scheinbar banale) Tipps für emotionale Gespräche sind:

- Wir sorgen selbst für Freude und – wo möglich – für Humor. Wenn wir Freude bei unserem Gegenüber sehen, teilen wir diese.
- Werden wir mit Ärger konfrontiert, nehmen wir das nicht persönlich und lenken ab. Wir beruhigen unser Gegenüber über Stimme, Gestik und Berührung.
- Wer Angst hat, wird über Worte, Gestik und über Nähe beschützt.
- Wer traurig ist, wird getröstet.

Weitere Informationen und anschauliches, praxisbezogenes Filmmaterial zu Emotion und Kontakt lassen sich über das Institut für Gerontologie in Zürich (www.zfg.uzh.ch) und über die HfH (www.hfh.ch/de/unser-service/shop) beziehen.

FOKUS SCHLUCKEN – BEISPIEL UNERKANNTE SCHLUCKPROBLEME. Die Häufigkeit des Auftretens von Dysphagien im hohen Lebensalter lässt sich nicht genau festlegen. Die Zahlen in Studien bewegen sich zwischen 30 und 60 Prozent. Dabei ist im Kontext Altersheim die Dunkelziffer nicht

erkannter, unbehandelter Schluckstörungen hoch. Eine Untersuchung an 400 Pflegeheimbewohnern mit Dysphagie zeigte, dass 60 Prozent keine Diagnose und 41 Prozent Angst oder Panik während des Essens hatten. Nur bei einem Drittel der Befragten wurde die Dysphagie behandelt (Rappolde, 2001). Das Nichterkennen von Schluckstörungen führt zu Einschränkungen der Lebensqualität und zur Bedrohung des Lebens des Patienten. Schluckstörungen führen zu Komplikationen wie Aspirationspneumonien, Dehydratation und Mangel- sowie Unterernährung und schwächen den Patienten, was sich negativ auf das Schlucken, die Kommunikationsfähigkeit und den allgemeinen Status auswirkt. Es ist wichtig, diese Zusammenhänge zu kennen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass eine Aspiration auch still, ohne Husten verlaufen kann.

Eine Schluckstörung sollte immer so früh wie möglich festgestellt und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden, um die Folgen für den Patienten zu verringern. Dabei gibt es neben direkten Beobachtungen (siehe Warnsignale) auch indirekte Hinweise (Bigenzahn & Denk, 1999), die beachtet werden sollten:

- häufiges unklares Fieber
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsverweigerung
- ungewollte Gewichtsabnahme
- Austrocknung
- wiederkehrende Bronchitis/Lungenentzündung
- Kloss-/Fremdkörpergefühl im Hals
- vermehrtes Aufstossen/Sodbrennen.

Die Schluckerfassung für Alters- und Pflegeheime (SERAPH; Guggisberg & Singer, 2012), kann die Entscheidung, ob eine Schluckstörung besteht, ebenfalls unterstützen und erleichtern. Es ist ein einfach zu handhabendes Screening, das aus drei Teilen besteht:

- Voruntersuchung
- Beobachtung bei der Nahrungsaufnahme
- Beobachtung nach Abschluss.

Das Instrument SERAPH kann unter www.demenzsprache-hfh.ch heruntergeladen werden.

Etwas umfangreicher ist der von Burger-Gartner und Heber (2011) entwickelte Schluckversuch für das Pflegepersonal.

Eine wichtige Voraussetzung für das Schlucken ist, dass das Essen und Trinken Freude bereitet. Das kann unterstützt werden, indem Nahrungsmittel und Getränke serviert werden, die der Patient mag und die schön angerichtet sind.

AUSBLICK Pflegefachpersonen (und Ärzte) sollten wissen, welche Logopädinnen ein Angebot für sprach- und schluckbeeinträchtigte alte Menschen bereitstellen. Kontaktadressen finden Sie auf den einschlägigen Websites. ■