

Disco im Altenheim oder sinnvolles therapeutisches Angebot?

Bernd Reuschenbach und Anna Mallau

Das Wort Snoezelen (ausgesprochen „snuselen“) ist eine Neuschöpfung aus den niederländischen Begriffen „snuffelen“ (= schnüffeln) und „doezelen“ (= dösen). Damit wird bereits deutlich, was die Methode miteinander verbindet: sinnliche Aktivierung und Entspannung. Wirkt sie aber auch bei dementen Menschen?



Snoezelen® soll dementen Menschen durch sensorische Stimulierung in einer angenehmen Umgebung Entspannung und Sicherheit vermitteln

Snoezelen* wurde in den 70er Jahren von zwei Zivildienstleistenden als Freizeitaktivität für geistig behinderte Menschen entwickelt. Ziel dieses Ansatzes ist es, durch ein vielfältiges Reizangebot einer sensorischen Deprivation entgegenzuwirken, für eine sichere, harmonische und stressfreie Umgebung zu sorgen und letztlich das Wohlbefinden zu fördern. „Unter Snoezelen verstehen wir das bewusst ausgewählte Anbieten primärer Reize in einer angenehmen Atmosphäre. (...) Snoezelen ist das Schaffen authentischer Erlebens-

möglichkeiten von Umwelt für die, die anders sind.“ (Hulsegge/Verheul 2001, S. 36)

Einführung in Deutschland

In Deutschland wurde Snoezelen 1986 erstmals im heilpädagogischen Bereich eingesetzt (vgl. Dittmar 2004). Laut Mertens (2002, zit. n. Dalferth 2004) gibt es derzeit etwa 500 Snoezelenräume in Deutschland. Diese Räume werden vor allem für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Stö-

rungen (zum Beispiel hyperkinetisches Syndrom, psychosomatische Beschwerden, Depressionen) genutzt. Weitere Einsatzmöglichkeiten bestehen im schulischen Bereich (Kucharczyk 2000, Skrodzki 2000).

Seit Ende der 90er Jahre wird Snoezelen auch im Altenpflegebereich angeboten und der Anteil an Einrichtungen, die entsprechende Räume einrichten, wächst stetig. Sernau und Emmer (2000) stellten fest, dass zwar in 11,9 Prozent der insgesamt 77 befragten Einrichtungen die Pflegenden für die Nutzung und

* Snoezelen ist ein eingetragenes Warenzeichen der Firma Rompa, die das Snoezelen-Equipment vertreibt.

Verwaltung der Snoezelenräume zuständig sind, jedoch in keiner der befragten Einrichtungen das Snoezelen begleiten. Hierfür sind bisher eher speziell ausgebildete Therapeuten, Pädagogen oder Erzieher verantwortlich. Die Bedeutung für die Pflege wird jedoch wachsen.

Eine Anwendung im Bereich der Altenpflege ist sowohl für Menschen mit leichten und mittleren Demenzformen (zum Beispiel Moffat et al. 1993) als auch für Menschen mit schwerer Demenz beschrieben worden (zum Beispiel Baker 2001, Hope 1998). Eine Übertragung des Ansatzes von der Behindertenpädagogik in die Altenpflege wurde damit begründet, dass beide Zielgruppen durch reduzierte kognitive Fähigkeiten und verbale Einschränkungen gekennzeichnet sind. Weiterhin sind die Wirkungen, die dem Snoezelen zugeschrieben werden, zum Beispiel Reduktion von Unruhe und unangepasstem Verhalten (Kasten 1), bei behinderten und bei dementen Menschen ähnlich. Ein weiteres Einsatzgebiet liegt in der Palliativmedizin zur Reduktion des Schmerzerlebens (zum Beispiel Schofield/Payne 2003). Im Folgenden wird auf die umfangreiche Literatur und Forschung zum Snoezelen für Menschen mit Demenz eingegangen.



(Fotos: Werner Krüper)

sowie gleichzeitig ihre verbliebenen Fähigkeiten aktivieren.

Wie läuft Snoezelen ab?

Am häufigsten kommen visuelle, akustische, olfaktorische oder gustatorische Reize zum Einsatz (Kasten 2). Weiterhin stehen Möglichkeiten zur Stimulierung des Gleichgewichtssinns, zum Beispiel durch Wasserbetten, und der taktilen Sinne, beispielsweise durch Massagen, zur Verfügung. Wegen der Vielzahl von Reizen wird im Englischen auch von „multi-sensory environments“ (MSE) oder „sensory cafeteria“ (Cleland/Clark 1966, Pinkey 1997) gesprochen. Einige Altenpflegeeinrichtungen wollen sich von den Anwendungsformen im heilpädagogischen Bereich abgrenzen und verwenden deswegen stattdessen den Begriff „feeling activity“ (vgl. Morrissey/Biela 1997).

Die Anwendungen im Bereich der Altenpflege unterscheiden sich hinsichtlich der

- ◆ Dauer der Intervention (Zeitdauer pro Sitzung, Anzahl der Sitzungen, kontinuierliches Freizeitangebot)
- ◆ Planung (ungeplant versus Einsatz anhand eines personenzentrierten „Snoezelenplans“, vgl. Kok/Achterberg 1993)
- ◆ Art der Durchführung (Gruppen- versus Einzelverfahren)
- ◆ Räumlichkeiten: separiert in einem Snoezelenraum, integriert in einem Wohnbereich oder mobil mittels Snoezelenwagen (Dietmar 2000).

Ebenso vielfältig wie die Stimulationsmöglichkeiten und -formen sind auch die Ansichten über den Stellenwert des Snoezelens. Es besteht kein Einvernehmen darüber, ob es sich um eine besondere Art der Milieugestaltung handelt, deren Ziel es ist, die Lebenswelt abwechslungsreicher und schöner zu gestalten, um eine „Methode“, die in die Pflege integriert werden kann, um ein Angebot für die Freizeitbeschäftigung oder aber um ein eigenständiges Therapieverfahren, das dann „multi-sensory therapy“ (Baker 2001, Hutchinson/Hagger 1994) genannt wird.

Hinsichtlich des pflegerischen Grundverständnisses (ganzheitlich, bedürfnisorientiert), der Indikation und der verwendeten Hilfsmittel (Düfte, visuelle Reize) werden Ähnlichkeiten zum Konzept der Basalen Stimulation® deutlich. Dennoch haben beide Konzepte in der praktischen Umsetzung unterschiedliche Schwerpunkte. Wie der synonym gebrauchte Begriff „multi-sensory environment“ schon deutlich macht, liegt dem Snoezelen eher eine räumlich-atmosphärische Gestaltung für den Bewohner zugrunde. Basale Stimulationen

Anzeige

„IIR“

sind dagegen körperorientierte Handlungen mit dem Patienten. Pflegerisches Handeln kann Elemente der Basalen Stimulation aufgreifen (= basal stimulierende Pflege), während Snoezelen auf einer Umgebungsgestaltung beruht, welche die Pflege ergänzt. Niemand würde auf die Idee kommen, von „snoezelender Pflege“ zu sprechen. Die Wirkung des Snoezelens entfaltet sich auch ohne Anwesenheit von Pflegenden, zum Beispiel durch das Aufstellen von Lichtsäulen und Klangspielen oder durch Düfte, während eine basale Stimulierung mit und am Patienten erfolgt. Wenn hier einmal von Bewohnern und ein anderes Mal von Patienten die Rede ist, dann macht das einen weiteren Unterschied deutlich: Snoezelen findet man derzeit gehäuft im Bereich der Al-

Mischung aus Dorf-Diskotheek und Esoterik-Tempel.“ Auf der anderen Seite berichten viele Altenpflegeeinrichtungen von positiven Erfahrungen. Um diesen Widerspruch aufzulösen, ist weitere Forschung notwendig. Eine erste Studie zur Wirkung von sensorischer Stimulation bei dementen Menschen wurde schon 1967 von Bower durchgeführt, ohne dass hier schon der Begriff „Snoezelen“ verwendet wurde. Der Autor kommt durch den Vergleich von zwei Gruppen (mit und ohne sensorisches Angebot) zu dem Ergebnis, dass sich demenzielle Abbauprozesse durch gezielte sensorische Anreize verlangsamen lassen. Eine erste umfassende Übersichtsarbeit zur Wirkung des Snoezelens wurde von Lancioni et al. (2002) durchgeführt. Die

erschieden sind und den hohen Gütekriterien der „evidence based medicine“ (Evidenzstufe Ia und Ib, siehe Sackett et al. 1999) genügen. Es wurden ausschließlich randomisiert kontrollierte Experimente (Kasten 3) ausgewertet. Nur zwei Studien, die von Baker et al. (2001) und von Kragt et al. (1997), erfüllten die Einschlusskriterien. Aus der Studie von Kragt et al. geht hervor, dass Personen, die an individuell abgestimmten Snoezelen-Angeboten teilnehmen, weniger apathisches Verhalten, weniger Unruhe und weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigen als diejenigen, die in der Kontrollgruppe nur „normal“ aktivierende Pflege erfahren. Baker et al. konnten nachweisen, dass die mithilfe eines individuellen Snoezelenprogramms betreuten Bewohner eher

Kasten 1: Beschriebene Effekte des Snoezelens

- ◆ entspannende Wirkung (Moffat et al. 1993, Hope 1998, Martin et al. 1998, van Diepen et al. 2002)
- ◆ Aktivierung, erhöhte Aufmerksamkeit (Spaull/Leach 1998, Heyn 2003, Dalferth 2004)
- ◆ positive Verhaltensänderung/Reduktion unangepasster Verhaltensweisen (Long/Haig 1992, Hutchinson/Hagger 1994, Robichaud et al. 1994, Hope 1998, Baker 2001, van Diepen et al. 2002, Baillon et al. 2004)
- ◆ Aggressionshemmung (Singh et al. 2004, van Weert et al. 2005)
- ◆ Reduktion der Depression (Pinkney 1997, van Weert et al. 2005)
- ◆ Verbesserung der Stimmung (Pinkney 1997, Hope 1998, Baker et al. 2001, Heyn 2003, Cox et al. 2004, Cornell 2004, Baillon et al. 2004)
- ◆ Verbesserung der Selbstpflegefähigkeiten (Paire/Karney 1984, Long/Haig 1992)
- ◆ verbesserte Kommunikation, vermehrter Kontakt zwischen Pflegenden und Patienten und unter Bewohnern (Paire/Karney 1984, Spaull/Leach 1998, Cuvo et al. 2001, Dalferth 2004)
- ◆ Erleichterung der Pflege/Reduktion des Betreuungsaufwandes (McKenzie 1995, Savage 1996, van Weert et al. 2004)
- ◆ Reduktion unwillkürlicher, stereotyper Bewegungen (Cuvo et al. 2001, Leng et al. 2003)
- ◆ Erleichterung der Mundpflege (Brown 1999)

Kasten 2

Mögliche Materialien für das Snoezelen

- ◆ Aromaverbreiter
- ◆ Blasensäulen
- ◆ Diaprojektoren
- ◆ Duftsäckchen
- ◆ Fühlmaterialien
- ◆ Kaskadenbrunnen
- ◆ Kuscheltiere
- ◆ Lavalampe
- ◆ Leuchtfäden
- ◆ Lichternetze
- ◆ Lichtfußboden
- ◆ Sitzsäcke
- ◆ Spiegelkugel
- ◆ Tastwände, Tastsäulen
- ◆ Vibrationsboden
- ◆ Wasserklangbett
- ◆ Windkanal

Kasten 3

Forschungsmethoden

Metaanalyse

Ziel der Metaanalyse ist Zusammenfassen der „Metaresultat“ wird gehen die Unterschiede sowie die Stichpro-

RCT

„Randomised controlled trial“ die Wirksamkeit einer Intervention (hier des einer anderen Gruppe, erfährt, nachgewiesen Patienten oder Bewohner) einer der Bedingungen Nicht- Snoezelen versus

tenpflege und seltener im Bereich des Krankenhauses.

Forschungsstand

Löding (2004) stellt umfassend die Einsatzmöglichkeiten des Snoezelens in der Pflege vor. Diese Veröffentlichung wurde von Lind (2004) mit folgenden Worten kommentiert: „Es überrascht immer wieder, welche Modelle und Konzepte in der Altenpflege und auch in der Demenzpflege Fuß fassen können. Es bleibt zu hoffen, dass zumindest Demenzkranken diese Interventionsform möglichst erspart bleibt.“ Und weiter ist zu lesen „Das ganze Milieu vermittelt den Charakter einer

Autoren identifizieren 14 Studien, davon sieben zur Wirkung bei dementen Menschen. Alle Studien scheinen dem Snoezelen eine positive Wirkung zu bescheinigen. Es wird jedoch die mangelhafte methodische Qualität der Studien (fehlende Kontrollgruppe und Mangel an standardisierten Assessment-Instrumenten) beklagt. Außerdem wird hinterfragt, ob nicht günstigere Stimulationsmöglichkeiten, also ohne aufwändiges technisches Equipment, zu ähnlichen Effekten führen können. Alternative und kostengünstige Materialien für das Snoezelen stellt Loose (1995) vor. In einer Metaanalyse (Kasten 3) von Chung und Lai (2005) wurden Studien berücksichtigt, die bis zum April 2004

auf Umweltreize ansprechen und positive Verhaltensänderungen zeigen als Bewohner in der Kontrollgruppe („activity session“). Diese positiven Effekte scheinen den Ergebnissen zufolge aber nur für sehr kurze Zeit nach dem Snoezelen anzuhalten. Zu ähnlichen Befunden kamen auch Moffat et al. (1993), Martin et al. (1998), Lancioni et al. (2002) und Cornell (2004). In einer multizentrischen Studie (Baker et al. 2003), die in der Metaanalyse nicht berücksichtigt wurde, konnten die positiven Befunde hinsichtlich der Verhaltensänderungen dagegen nicht bestätigt werden. Es wurde deutlich, dass neben dem technischen Equipment die Intensität der

Beziehungen zwischen Bewohner und pflegender Person entscheidend für eine positive Wirkung ist. Je besser Pflegende die am Snoezelenprogramm Teilnehmenden kannten, umso positivere Effekte konnten nachgewiesen werden. Van Weert et al. (2005) bestätigten die Bedeutung einer guten Kenntnis der Betroffenen und eines individuell abgestimmten „snoezelen care plan“. Die Autoren der Metaanalyse (Chung/Lai 2005) kommen zu dem Schluss, dass die Datenlage derzeit nicht ausreicht, um eine klare Empfehlung für oder gegen das Snoezelen abzugeben. Diese Einschätzung basiert allerdings nur auf der Auswertung quantitativer experimenteller Arbeiten und vernachlässigt die Ergebnisse von Fall-

Zu den Autoren

Bernd Reuschenbach ist Krankenpfleger und Diplom-Psychologe. Er ist Mitarbeiter am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg und Dozent für qualitative und quantitative Forschungsmethoden in verschiedenen Pflegestudiengängen.



Anna Mallau ist Diplom-Psychologin. Sie studierte Psychologie in Berlin und Heidelberg und war am Max-Planck-Institut Berlin sowie am Deutschen Zentrum für Altersforschung Heidelberg tätig.

studien und quasiexperimentellen Untersuchungen.

Ob eine Quantifizierung der Effekte durch Assessmentinstrumente überhaupt möglich ist, ist Teil der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung. Dalferth (2004) weist darauf hin, dass es notwendig ist, mit verschiedenen methodischen Zugängen die Effektivität des Snoezelens zu bestimmen. In der einzigen deutschen Studie, die Dalferth über zweieinhalb Jahre im BRK Altenheim Regensburg durchführte, wurden der Hilfebedarf, das Ausmaß der Selbstständigkeit und die Lebensqualität von Teilnehmern einer Snoezelengruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit „Morgenaktivierung“ untersucht. Zur Datenerhebung wurden selbst erstellte Skalen, zum Beispiel

zur Erfassung von Kommunikation, Emotion und Motorik, sowie qualitative Interviews mit den Begleitern genutzt. Die Auswertung ergab, dass Snoezelen bei den Bewohnern das Wohlbefinden steigern konnte, während die Häufigkeit negativer Verhaltensweisen wie Angst- und Unruheäußerungen zurückging. Allerdings zeichneten sich diese signifikanten Effekte „in aller Regel erst nach einer Phase der Einstimmung und Gewöhnung, etwa nach zirka 20 bis 25 Einheiten“ ab (S. 24).

Bewertung der Forschung

Ein Vergleich der Studien ist aufgrund unterschiedlicher Stichproben, Forschungsdesigns und verschiedener Anwendungsformen des Snoezelens schwierig. Da Snoezelen ein Verfahren darstellt, das idealerweise auf die Bedürfnisse der Patienten/Bewohner abgestimmt sein sollte, ist eine klare Standardisierung der Anwendung

kaum sinnvoll. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der unterschiedlichen Erfassung der Ergebnisvariablen. Es fehlt ein standardisiertes und auch international anwendbares Assessment-Instrument. Eine Erfassung des Befindens durch Selbstbeurteilung ist nur bei leichten Demenzformen möglich. Bei schweren Formen ist man auf Fremdeinschätzungen, zum Beispiel durch Pflegende oder Angehörige, angewiesen. Da die Intervention im Gegensatz zu einem Medikamententest aber nicht verblindet werden kann, ist die Validität der Messung in Gefahr: Die Erwartung an den Erfolg der Behandlung kann das Ergebnis beeinflussen.

Darüber hinaus bestimmt auch die Intervention in der Kontrollgruppe die Stärke des ermittelten Effektes. Snoe-

zelen wurde beispielsweise mit folgenden Angeboten verglichen:

- ◆ „normale“ Pflege (Long/Haig 1992, Kragt et al. 1997, van Weert et al. 2005)
- ◆ Musiktherapie (Pinkey 1997)
- ◆ „reminiscence therapy“ (van Diepen et al. 2002, Baillon et al. 2004)
- ◆ Aufenthalt in freier Natur (Cox et al. 2004)
- ◆ Freizeitaktivitäten (Robichaud et al. 1994).

Zu kritisieren ist auch, dass dem Einsatz des Snoezelens ein empirisch geprüftes Modell über die Wirkmechanismen fehlt (vgl. Störmer 1989). Baillon et al. (2002) sehen vier mögliche Wirkmechanismen des Snoezelens:

- a) Behebung der Deprivation: Viele Arbeiten beziehen sich auf Studien, welche die schädlichen Wirkungen einer Reizdeprivation bei Gesunden (vgl. Hogg 2000) und bei dementen Menschen (zum Beispiel Cariaga et al. 1991, Hallberg 1993) nachgewiesen haben.
- b) anforderungsfreie Umgebung: Das Erleben der künstlichen Reize verlangt keine anstrengenden Aktivitäten und reduziert damit die Orientierungslosigkeit. Martin et al. (1998) vertreten sogar die Ansicht, dass der eigentliche Vorteil des Snoezelens nicht im sensorischen Input liegt, sondern in der Tatsache, dass die Reize gewohnt und vorhersehbar sind.
- c) Vermeidung von erlernter Hilflosigkeit: Demente Menschen haben im Endstadium kaum Einfluss auf Art und Umfang sensorischer Stimulierungen. Durch unterschiedliche Reizangebote im Snoezelenraum, aus denen die Betroffenen selbstbestimmt wählen können, wird diese Hilflosigkeit behoben.
- d) sozialer Kontakt: Was beim Snoezelen wirkt, sind nicht (nur) die Stimulationen, sondern auch der damit einhergehende vermehrte soziale Kontakt zu den Bewohnern.

Anzeige

„Schulte Möbel“

Viele Aspekte des Snoezelens wie die Aromatherapie oder die Lichtstimulation sind auch für Gesunde entspannend und finden sich in modernen Wellnessangeboten wie dem „Floaten“ wieder. Wer selbst schon mal „gesnoezelt“ hat, der wird von der entspannenden Wirkung berichten können. Der Nutzen scheint daher plausibel. Es bleibt aber offen, wie diese Stimulierung auf demente Menschen wirkt. Die vielfältigen Reizquellen, die den Hochbetagten vermutlich fremd sind, zum Beispiel Diskokugeln und Wasserbetten, können zu einer Reizüberflutung und Überforderung führen. Hall und Buckwalter (1987) und Norberg et al. (1986) weisen etwa darauf hin, dass Menschen mit Demenz schlechter mit komplexen Anforderungen der Umwelt umgehen können. Im Falle einer Überreizung kann eine Verstärkung der Symptomatik die Folge sein.

Offensichtlich ist es wichtig, ein Gleichgewicht zu finden (vgl. Sensoristaxis-Modell von Kovach, 2000). Dies macht nochmals deutlich, welche Bedeutung einer umfassenden Prozessdiagnostik im Rahmen eines Pflegeplans und einer guten Pflegeanamnese zukommt (Kasten 4). Das Snoezelen-Angebot muss kontinuierlich den Vorlieben der Betroffenen angepasst werden.

Fazit

Reiht man die Ergebnisse aller bisherigen Studien aneinander, lassen sich zwar klar positive Effekte erkennen (Kasten 1), diese sind jedoch meist nur von kurzer Dauer. Eine Kosten-Nutzen-Abwägung findet nicht statt und die methodische Qualität der Studien ist bisher unzureichend. Dass das Snoezelen in den Einrichtungen dennoch beliebt ist, liegt am „Therapievakuum“ (vgl. Savage 1996). Durch das Unvermögen, den progredienten Krankheitsverlauf bei den meisten Demenzformen aufzuhalten, wird nach jedem „therapeutischen Strohhalm“ gegriffen, auch wenn die Datenlage keine eindeutigen Vorteile aufzeigt. Dieser Vorwurf betrifft allerdings andere Methoden ebenso, wie zum Beispiel die Realitätsorientierung, die Reminiscence-Therapie oder die Validation.

Zukünftig muss geprüft werden, für welche Demenzform und welchen Schweregrad die Methode optimal geeignet ist, welche Reize und welche Reizvielfalt die beste Wirkung ausüben, welche Auswirkungen die Methode auf die Qualität der Pflege hat und wie Snoezelen das therapeutische Team verändert (zum Beispiel van Weert 2003). ◆

Diplom-Psychologe Bernd Reuschenbach, Abt. Allgemeine & Theoretische Psychologie, Universität Heidelberg, Hauptstraße 47–51, 69117 Heidelberg, E-Mail: reuschenbach@pflgewissenschaft.org.

Literaturempfehlung

Eine kritisch abwägende Darstellung und doch praktische Leitlinie für die Umsetzung bietet das folgende Buch: **Dittmar, S.: Mit allen**

Kasten 4: Empfehlungen für die Praxis

- ◆ Allein das Vorhandensein entsprechender Räumlichkeiten oder der Mangel an Alternativen darf nicht der Hauptgrund für den Einsatz von Snoezelen sein. Das Angebot muss an den Bedürfnissen der Bewohner bzw. Patienten orientiert und darf nicht durch eine ideologische Idee bestimmt sein (s. Brehmer [1995] für ein Negativbeispiel: „Snoezelen macht Freude und rechtfertigt sich aus sich selbst“).
- ◆ Bei der Anwendung sind auch Kontraindikationen und Nebenwirkungen zu beachten, zum Beispiel Epilepsien, Angstzustände oder Schwindel und Übelkeit.
- ◆ Wirksamkeit und Nutzen des Snoezelens sind derzeit nicht klar belegt. Deshalb sollte kontinuierlich geprüft werden, ob die Betroffenen von dem Angebot wirklich profitieren oder ob negative Effekte auftreten. Günstig ist eine strukturierte Snoezelenplanung, welche die Einschätzungen von Angehörigen und anderen Mitarbeitenden des therapeutischen Teams einschließt. Ein prozessbegleitendes Assessment und entsprechende Dokumentationen sind unerlässlich. Die Erläuterungen von van Weert et al. (2005) zur „resident-oriented snoezel care“ können hierfür ein Vorbild sein.
- ◆ Snoezelen bedeutet mehr als die Anwendung von technischem Equipment: Ein ganzheitliches Verständnis, das auch in der Biografie Anknüpfungspunkte sucht, erleichtert den Zugang (vgl. Pinkney 1997).
- ◆ Soll Snoezelen in einer Einrichtung eingeführt werden, dann sind auch Änderungen in der Organisation und der Einstellung der Pflegenden notwendig (von der Aufgabenorientierung zur Personenzentrierung). Van Weert (2004) identifiziert Faktoren, die eine Implementierung erleichtern bzw. erschweren.
- ◆ Die Anwendung von Snoezelen setzt Kenntnisse der Methode, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und alternativen Interventionsformen voraus. Die von der Deutschen Snoezelen Gesellschaft (vgl. Mertens 2000) geforderte einheitliche Ausbildung kann sicherlich einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

Zusammenfassung

Snoezelen® ist eine Methode zur sensorischen Stimulierung, die bei Patienten mit Demenz oder geistiger Behinderung sowie bei Patienten mit Schmerzen eingesetzt wird. In den derzeit etwa 30 vorliegenden Forschungsarbeiten werden positive Auswirkungen auf das Verhalten, die Orientierung, das Wohlbefinden, die Stimmung und die Kommunikation beschrieben. Die methodische Qualität der Studien, die sich auf den Einsatz bei dementen Menschen beziehen, ist defizitär. Insbesondere fehlt es an eindeutigen Befunden über die langfristige Wirkung. Hier besteht dringender Forschungsbedarf. In der Praxis sollte der Einsatz daher wohldurchdacht sein und auf einem strukturierten Plan basieren, der kontinuierlich die Präferenzen und Veränderungen der Bewohner berücksichtigt.

Schlüsselwörter:

Demenz, Snoezelen, Multisensory Environment, Metaanalyse

Sinnen – Snoezelen für Menschen mit Demenz. Grasleben: Sport-Thieme, 2004. Die Idee eines strukturierten Snoezelen-Plans findet sich in der Promotionsarbeit von van Weert (2004): www.nivel.nl/pdf/Multi-Sensory-Stimulation-in-24-hour-dementia-care.pdf.

Die Literatur zu diesem Beitrag kann unter Tel.: (07 11) 78 63-72 38 angefordert oder von der Homepage www.pflegezeitschrift.de heruntergeladen werden.