

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) (Landesinitiative Demenz-Service NRW)

Newsletter und Forschungsmonitoring 7/2009

© Landesinitiative Demenz-Service NRW 2009

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

dialogzentrum@uni-wh.de

www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Newsletter DZD 07/2009

Willkommen zum siebten Newsletter des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD). Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

- über den Stand unserer Arbeit und unserer Aktivitäten informieren,
- rechtzeitig auf Veranstaltungstermine hinweisen,
- eine Rundschau wichtiger, internationaler Fachliteratur anbieten (Monitoring),
- über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) hat unter anderem die Aufgaben:

1. wissenschaftliche Erkenntnisse aus Versorgungs- und Pflegeforschung zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen, und
2. den Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und als Anregung an die Wissenschaft (Versorgungs- und Pflegeforschung) weiterzugeben.

Insgesamt ist es unser Ziel, den Dialog zwischen Praxis und Forschung zu befördern. Die Zukunftsvision ist ein „Dialog auf Augenhöhe“. Die Konzeption des DZD können Sie auf unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen (www.dialogzentrum-demenz.de). Das Dialogzentrum ist eine Säule der „Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de)“.

Neues aus dem Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Seit dem 1. Juni 2009 hat das Dialog- und Transferzentrum (DZD), fußend auf einer weiteren dreijährigen Förderung durch Sozialministerium und Pflegekassen NRW, erneut die Arbeit aufgenommen. Dazu gehört als ein Schwerpunkt das so genannte „Forschungsmonitoring“. In diesem sichten die MitarbeiterInnen die internationale Forschungsliteratur zur Versorgung Demenzerkrankter. Das DZD hat für das Ihnen vorliegende Monitoring im Anhang an diesen Newsletter 21 internationale Forschungen ausgewählt, ausgewertet und aus diesen jeweils eine verständliche Zusammenfassung erstellt.

Des Weiteren führt das DZD im Auftrag des Sozialministeriums NRW die wissenschaftliche Begleitung einer „Pflegeoase für Demenzerkrankte“ in Nordrhein-Westfalen durch. Derzeit befinden wir uns in den Vorbereitungen der Erhebung, welche Ende des Jahres beginnen wird. Nähere Informationen zur Evaluation und zum Thema Wohnformen für Demenzerkrankte finden Sie bei Start des Projektes auf unserer Homepage (www.dialogzentrum-demenz.de).

Das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) veranstaltet gemeinsam mit dem Demenzservicezentrum Köln und der Deutschen Alzheimergesellschaft Berlin am **12. November 2009 im Dominik-Brock-Haus der Alexianer-Krankenhaus Köln GmbH** eine Tagung zum Thema „**Herausforderung Frontotemporale Demenz**“. Die Tagung richtet sich an Angehörige, Mediziner, Berater und Pflegekräfte. Nähere Informationen und Anmel-

dung (bis zum 20. Oktober 2009) im DZD telefonisch unter 02302 926306 (Fr. Kuhr). Den Flyer mit den Anmeldeunterlagen finden Sie auf der Homepage des Dialogzentrums.

Das DZD arbeitet inhaltlich an verschiedenen Themen der Versorgung Demenzerkrankter. Derzeit werden Arbeitspapiere zu den Themen „Migration und Demenz“, „Aggressivität“, „Pflegerische Angehörige“ und dem Einfluss der „Natur bei Demenz (Gärten, Naturbegegnungen)“ erstellt. Bei Fertigstellung werden wir diese Arbeitspapiere auf unserer Homepage (www.dialogzentrum-demenz.de) und der Homepage der Landesinitiative Demenz Service NRW zur Verfügung stellen (www.demenz-service-nrw.de).

Am 9. und 10. Juni 2010 veranstaltet das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) gemeinsam mit den Demenzservicezentren Münsterland und Münster und dem Peplau-Kolleg am Rochus-Hospital Telgte den „Demenzkongress Münsterland“. Der Veranstaltungsort ist Telgte. Während der erste Tag vorwiegend für professionell Betreuende, Pflegerische und Mediziner konzipiert ist, wird der zweite Tag die Situation der Angehörigen im Blick haben und sich an diese als Teilnehmer richten. Nähere Informationen erhalten Sie in Kürze bei den Veranstaltern (dialogzentrum@uni-wh.de).

Des Weiteren hat sich das Dialogzentrum an verschiedenen Ausschreibungen im Bereich der Wissensvermittlung und dem Austausch zwischen Forschung und Praxis beteiligt. Wir halten Sie auf dem Laufenden, falls sich neue Projekte ergeben, an denen wir mitwirken.

Neues aus der Universität Witten/Herdecke

Erste Ergebnisse einer Studie der Uni Witten/Herdecke: Die Hälfte der Bewohner in Altenheimen ist von Mangelernährung bedroht

Auf einer Tagung am 11. September stellten Pflegewissenschaftler aus Witten und Maastricht (Niederlande) die vorläufigen Ergebnisse der Studie vor und vergleichen sie mit ähnlichen Studien in den Niederlanden.

An einer ersten Befragung der Universität Witten/Herdecke im November 2008 und April 2009 nahmen 73 Altenpflegeeinrichtungen mit ca. 6000 Bewohnern teil. Das Ergebnis: Im Durchschnitt tragen etwa die Hälfte der Bewohner Risiken für eine Mangelernährung, weil sie nicht ausreichend essen oder trinken können, weil sie keinen Appetit haben oder schwer krank sind. Um gesundheitliche Folgen zu vermeiden, ergreifen die Altenheime bereits zahlreiche Maßnahmen: Sie legen Wert auf Zwischenmahlzeiten und reichern das Essen energie- und eiweißreich an. Über die Hälfte der Bewohner haben eine Demenz, eine Krankheit, bei der Mangelernährung nur mit größten Anstrengungen zu verhindern ist.

Nähere Informationen zu der Studie bei Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (sbartholo@uni-wh.de) und Sven Reuther (sven.reuther@uni-wh.de).

Veranstaltung zu ersten Ergebnissen aus der Studie „Mundgesundheit und Ernährung bei Menschen in der stationären Altenpflege“

Schlechte Kaufähigkeit oder ein schlechter Gesundheitszustand der Mundhöhle beeinflussen den Ernährungszustand alter Menschen nachweislich (Mojon et al. 1999). Qualifizierungsmaßnahmen für Pflegerische wirken sich positiv auf den Erhalt der Zahngesundheit und die Kaufähigkeit alter Menschen aus (Pyle et al. 1998). Das IZVF (Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen) der Universität Witten/Herdecke führt eine Pilotstudie zur Verbesserung der Mundgesundheit und Ernährung bei Menschen in der stationären Altenhilfe durch. Die Ergebnisse der ersten Erhebung zeigen, dass Pflegerische mehr Kenntnisse zur Mundgesundheit benötigen. Lediglich 32% der Pflegerischen war es möglich, den Kayser-Jones Brief Oral Health Examination vollständig auszufüllen.

Die zahnärztliche Untersuchung ergab bei fast 3/4 der BewohnerInnen eine insuffiziente Mundgesundheit und notwendige zahnärztliche Unterstützung. Pflegende schätzten die Behandlungsnotwendigkeit wesentlich geringer ein. Die Selbsteinschätzung zur Mundgesundheit mittels GOHAI (Hassel, et al 2008) bei Menschen mit Demenz ist nur bedingt einsetzbar. 20% der Pflegenden war mit der Zusammenarbeit mit ZahnärztInnen zufrieden, 37% ziemlich zufrieden. Die Kooperation der behandelnden ÄrztInnen untereinander wurde von 13% der Pflegenden mit zufrieden bzw. ziemlich zufrieden bewertend.

Veranstaltung zum Abschluss des Projektes am Dienstag, 20. Oktober 2009 von 14.00 Uhr - 17.00 Uhr. Nähere Informationen zur Studie und Anmeldung zur Veranstaltung bei Erika Sirsch, Tel.: 02302- 926 232 E-Mail: erika.sirsch@uni-wh.de

Neuer Masterstudiengang „Demenz“ ab Wintersemester 2010

Die Universität Witten/Herdecke bietet voraussichtlich ab dem Wintersemester 2010 einen multidisziplinären Studiengang Demenz an. Informationen unter www.uni-wh.de oder telefonisch unter 02302 926381 (Fr. Heike Möller).

Viel Spaß beim Lesen!

Ihr Team des
Dialogzentrums Demenz

Siamak Farhur
Claudia Kuhr
Christian Müller-Hergl
Nicole Ruppert
Detlef Rüsing

Forschungsmonitoring 7/2009

Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Oktober 2009

Inhaltsverzeichnis

Editorial.....	8
1. Vorwegnehmende Trauer ist ein wesentlicher Faktor für das Belastungserleben pflegender Angehöriger	13
2. Palliative Pflege Demenzerkrankter in der eigenen Häuslichkeit ist möglich	14
3. Pflege eines demenzerkrankten Ehepartners beschleunigt die Depressions- und Demenzentwicklung des pflegenden Angehörigen.....	16
4. Pflegesituation bei Frontotemporaler Demenz ist belastender als die Pflegesituation bei der Alzheimer-Erkrankung.....	18
5. Misshandlung von Menschen mit Demenz durch pflegende Angehörige.....	20
6. Wiedererleben psychotraumatischer Ereignisse und Vermeidung bei Pflegenden Angehörigen (PA).....	22
7. Persönlichkeitsstruktur und Selbstwahrnehmung sind entscheidende Faktoren für die Stressvoraussage bei pflegenden Angehörigen.....	23
8. Das Gefühl von Überlastung und „Gefangenschaft“ in der Rolle des pflegenden Ehepartners lösen den stärksten Stress aus	24
9. Gute Beziehungen sind eine wesentliche Voraussetzung für häusliche Pflege	26
10. Familiäre Unterstützung hilft am meisten gegen Stress bei der Pflege von Menschen mit Demenz	28
11. Effekte der Tagespflege für Menschen mit Demenz.....	29
12. Bei Hilfe durch Angehörige häufig kein Wunsch nach Tagespflege.....	30
13. Tagespflege als Testgelände (Ehefrauen) oder als Entlastung (Töchter).....	31
14. Effekte auf Gewicht und Appetit durch Omega-3 Fettsäurepräparate bei Alzheimer Patienten: Die Omega-3 Alzheimer Studie.....	33
15. Positiver Effekt von Oxcarbazepine (OXC) in der Behandlung von Agitation und Aggression bei schwerer Demenz nicht nachgewiesen.....	35
16. Einsatz von Ergotherapeuten in der häuslichen Umgebung erhöht Akzeptanz und Wirksamkeit eines Aktivitätsprogrammes	36
17. Zufriedenheit bei Umzug in eine betreute Wohnform ist von Kontakt, Aktivitäten und zugestandenem Freiheiten abhängig	38
18. Strukturierte Erinnerungsarbeit nach „TimeSlips“ (etwa: Zeitrutsch) verbessert Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und steigert Arbeitszufriedenheit.....	40
19. Sturzrisiko von Menschen mit Demenz.....	42
20. Insbesondere Hüftfraktur, Herzinsuffizienz und Gewichtsverlust führen zu früherer Institutionalisierung von MmD.....	44
21. Erhöhte Arbeitszufriedenheit trägt zum Verbleib im Arbeitsfeld Demenz erheblich bei	45
Glossar.....	47

Editorial

Liebe Interessierte,
vor Ihnen liegt das aktuelle Forschungsmonitoring des Dialog- und Transferzentrums Demenz (DZD). Insgesamt haben wir 21 internationale Studien aus dem Feld der Versorgungsforschung Demenzerkrankter ausgewählt und bearbeitet. Ziel des Monitorings ist der Transfer von für die Praxis der Versorgung relevanten Inhalten. Die Art der Bearbeitung, Zusammenfassung und Bewertung der ausgewählten Studien fußt auf der Idee, wissenschaftliche Inhalte in verständlicher Sprache zu vermitteln, um sie für die Praxis nutzbar zu machen. Dieses Vorhaben ist nicht leicht zu verwirklichen. Zum ersten Mal hängen wir aus genanntem Grunde an die Beschreibung und Auswertung der Studien ein Glossar an, in welchem Sie Erklärungen möglicherweise Ihnen nicht bekannter Begriffe finden. Entsprechende Stellen sind mit einem Symbol gekennzeichnet (►Glossar). Das Monitoring richtet sich in erster Linie an Personen, die professionell im Bereich der Versorgung Demenzerkrankter tätig sind. Für die große Gruppe der pflegenden Angehörigen sind viele der Ergebnisse natürlich ebenso interessant und wichtig. Dazu arbeitet das Dialog- und Transferzentrum derzeit an einem eigenen Medium, welches sich ausdrücklich an diese Zielgruppe wendet. Natürlich aber können auch pflegende Angehörige und Interessierte das Monitoring beziehen.

In dieser Ausgabe finden sich Kurzberichte zu Forschungen aus den Bereichen:

- Pflegende Angehörige,
- Tagespflege,
- Interventionen,
- Demenz,
- Palliativpflege,
- Professionell Pflegende.

Die Forschungen lassen sich nicht immer eindeutig einem dieser Bereiche zuordnen und weisen thematisch Überlappungen auf.

Pflegende Angehörige

Demenz gilt zu Recht als zentrales Gesundheitsproblem, das die bisherigen Versorgungssysteme an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit zu bringen droht. Es besteht daher in allen industrialisierten Ländern aus verschiedenen Gründen ein erhebliches Interesse, die Institutionalisierung von Menschen mit Demenz zu reduzieren und ein Wohnen in häuslicher Umgebung zu ermöglichen und zu stabilisieren. Dies erklärt zum Teil, warum Themen, die um die Belastung Pflegenden Angehöriger (PA) sowie um die Beziehungsdynamik zwischen Angehörigen bzw. Familien und Menschen mit Demenz kreisen, einen immer breiteren Raum einnehmen. Offensichtlich ist nicht jedem und nicht in jeder Situation die Pflege eines Menschen mit Demenz zumutbar oder anzuraten. Die Frage ist: Unter welchen Bedingungen können welche PA für wie lange die häusliche Pflege meistern?

Eine Reihe von Studien greift auf das Stress-Prozess Modell (SPM) von Pearlin (1990) zurück. Pearlin und Kollegen sind nicht nur daran interessiert, welche Bedingungen und Faktoren mit Belastungserleben verbunden sind, sondern sie wollen wissen: Wie entstehen diese Belastungskontexte und wie genau verhalten sich die Belastungsfaktoren zueinander. Daher betrachten sie das Belastungserleben als Ergebnis eines Stressprozesses oder einer Stressgeschichte. Im Modell werden unterschieden: Primäre Stressoren (objektive: objektive Anforderungen bedingt z.B. durch kognitive Einschränkungen; subjektiv: emotionale Beanspruchungen) und sekundäre Stressoren (Wechselwirkungen zwischen objekti-

ven Stressoren mit dem außerpflegerischen Kontext, z.B. Familie, Beruf) haben ein bestimmtes Verhältnis innerhalb spezifischer Kontext- und Hintergrundfaktoren (sozioökonomische Bedingungen, Geschlecht, Gesundheit etc.), das beeinflusst wird von Bewältigungsstilen (coping) und sozialer Unterstützung (Mediatoren). Das jeweilige Belastungserleben dient dann als Ergebnis (outcome) des Gesamtprozesses. Es liegt nun an der empirischen Forschung, die Wirkzusammenhänge zwischen den genannten Faktoren zu bestimmen.

Die erste Studie untersucht, ob vorwegnehmende Trauer in das Erklärungsmodell von Pearlin eingefügt werden kann. Die Studie kommt zum Ergebnis, dass vorwegnehmende Trauer einen eigenständigen Belastungsfaktor darstellt, der dem Faktor „subjektive Stressoren“ zugeordnet werden kann. – Eine weitere Studie aus Großbritannien (7) geht der Frage nach, welches relative Gewicht die von Pearlin erhobenen Faktoren haben. Die Studie bestätigt die bekannte Einschätzung, dass es weniger die objektiven, sondern eher die subjektiven Faktoren, wie Rollengefangenschaft und Rollenüberlastung, aber auch das Ausmaß neurotischer Persönlichkeitsanteile sind, die Belastungserleben erklären. – Dies wiederum unterstreicht eine kanadische Studie (8), die sich dem vermehrt beforschten Thema „Pflegerische Männer“ zuwendet. Wichtiges Resultat der Studie: Pflegerische Männer, die zu Beginn der Pflege wenig Stress haben, haben auch weiterhin wenig Stress; Pflegerische Männer, die zu Beginn der Pflege einen hohen Stress aufweisen, behalten den hohen Level bei. Wenn es Veränderungen gibt, dann in Richtung vermehrten Stresserlebens. Wie schon in der vorgenannten Studie erwiesen sich die subjektiven Faktoren Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft als wichtigste Ursachen des Belastungserlebens heraus. – Eine Literaturanalyse zum Faktor Beziehungsqualität (9) kommt für verschiedene Gruppen (Partner, Töchter, Männer, Alter) zu differenzierten Ergebnissen: wenn die Pflege als Gewinn erfahren wird, das herausfordernde Verhalten und die funktionale Abhängigkeit sich in Grenzen halten und die Apathie nicht überhand nimmt, dann werden dem Kranken eher positive Gefühle entgegengebracht und die Belastung eher als geringer bewertet. Dazu trägt auch eine gute Beziehung in Vergangenheit und Gegenwart deutlich bei. Dennoch wirkt sich Demenz in der Regel eher negativ auf die Beziehungsqualität aus. Insgesamt beklagt die Studie einen Theoriedefizit und schlägt einschlägige Theorien der Paar- und Familiendynamik vor, um das Verhältnis von Beziehungsqualität und Belastungserleben in der Pflege zu erklären. (vgl. Jellouchek 2009) - Ebenfalls diesem Theorierahmen lässt sich eine Studie aus den USA zuordnen (10), die familiäre Unterstützung als Teil der Belastungszusammenhänge untersucht. PA, die Unterstützung von der Familie erhalten, sind fünffach widerstandsfähiger gegen Stress als Personen, die dies nicht erfahren. - Eine Studie aus Großbritannien (2) untersucht, unter welchen Voraussetzungen eine Pflege von Menschen mit Demenz bis zum Tode in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass psychisch stabile PA bei adäquater Begleitung und Unterstützung sowie einem eigenen Budget, mit dem sie sich Hilfe frei „einkaufen“ können, die psychische Belastung durchaus meistern können und dass diese einen persönlichen Gewinn aus dieser Erfahrung ziehen. -

Eine Studie aus den USA (3) beschreibt die gesundheitlichen Folgen der Pflege für die PA: je länger die Pflege/Versorgungssituation in der eigenen Häuslichkeit anhält, desto mehr nehmen Depressivität, kognitive Beeinträchtigung, Schlafprobleme u.ä.m. zu. Dabei konnte festgestellt werden, dass der Umfang an Depressivität auch den Umfang des kognitiven Niedergangs vorhersagt. Die kombinierten Stressfaktoren wirken sich sozial isolierend und kommunikativ verarmend aus. Dies wiederum erschwert sekundär die Bewältigung der Pflegesituation. –

Eine Studie zum Belastungserleben von PA (4), die Menschen mit Frontotemporaler Demenz (FTD) versorgen, unterstreicht die Bedeutsamkeit der Depressivität. Diese ist bei PA von FTD-Patienten wesentlich häufiger als bei PA von Menschen mit Alzheimer Demenz.

In einer Studie aus den USA (6) berichten alle PA von zwanghaften Gedanken, (Intrusionen) und Vermeidungen im Zusammenhang auch mit Depressionen, Ängstlichkeit und wei-

teren neuropsychiatrischen Symptomen, die mit dem Belastungserlebnis einhergehen. Je näher die Beziehung (Ehepartner), desto ausgeprägter die Belastung durch Intrusionen. - Angesichts dieses Belastungserlebens wundert es nicht, dass 52% der PA in der häuslichen Pflege im Rückblick berichten, die Person mit Demenz misshandelt zu haben (5).

Tagespflege

Ob Menschen mit Demenz das Angebot der Tagespflege positiv bewerten, ist nicht unumstritten (vgl. Monitor 3,6), obgleich PA die Tagespflege schätzen und von positiven Effekten berichten (vgl. Monitor 5,23). Eine Studie aus Großbritannien (12) hat Menschen mit Demenz befragt, warum sie die Tagespflege ablehnen. Die meisten brauchen sie nicht, wollen eher für sich sein, möchten den Tag nicht mit Fremden verbringen und befürchten, irgendwann nicht mehr zurückkommen zu dürfen, sondern im Heim verbleiben zu müssen. Die Frage ist, wie Tagespflegen sich positionieren können, um für Menschen mit Demenz selbst attraktiv zu sein. – Denn unabhängig von diesen Bewertungen belegen Studien den positiven Effekt dieses Angebots: eine italienische Untersuchung (11) belegt eine Steigerung kognitiver Funktionen und eine Abnahme herausfordernden Verhaltens in Bezug auf eine Vergleichsgruppe im Heim. – Zu interessanten Ergebnissen kommt auch die letzte Studie aus diesem Themenkreis (13): Ehefrauen nutzen die Tagespflege eher dazu, ihre an Demenz erkrankten Männer alsbald einer Heimunterbringung zuzuführen; Töchter dagegen nutzen die Tagespflege, um eben dieses zu verhindern. Daraus ergeben sich spezifische Strategien für die Hilfestellungen, die Ehefrauen von Männern mit Demenz zusätzlich zur Tagespflege benötigen (vgl. auch 7,6 Intrusionen).

Interventionen

Gewichtsverlust von Menschen mit Demenz ist ein bekanntes Phänomen. Eine schwedische Studie (14) unterstreicht erneut die Bedeutung von Omega-3-Fettsäurepräparaten: Personen, welche regelmäßig diese Präparate einnahmen, konnten an Gewicht zulegen. - Die Verschreibung von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz wird international inzwischen als zweitbeste Option gesehen: wenn möglich sollten nicht-pharmakologische Interventionen greifen, um z.B. Verhalten positiv zu beeinflussen. Vorliegende Studie aus Norwegen (15) untersucht das Wirkungsspektrum von Oxcarbazepine bezüglich Agitiertheit und Aggression: Positive Wirkungen konnten mit Bezug auf eine Vergleichsgruppe nicht festgestellt werden, Nebenwirkungen, insbesondere Sedierungen mit vermehrten Sturzfolgen, stachen dagegen hervor. - Wie schon in den Newslettern zuvor (siehe Editorial 5 und 6) wird erneut in einer weiteren Studie die Bedeutsamkeit ergotherapeutischer Begleitung in der häuslichen Versorgung belegt. Das „Maßgeschnittene Aktivitätenprogramm“ (TAP) aus den USA (16) imponiert durch eine genau Passung zwischen Bedürfnissen und Aktivitäten sowie durch eine Verbesserung der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und PA. – Sehr oft stellt der Umzug in ein Heim ein traumatisierendes Ereignis im hohen Alter dar. Eine vorliegende Studie aus Kanada (17) untersucht, ob dies auch dann der Fall ist, wenn Menschen mit Demenz eine Wohnform in Anspruch nehmen, die in etwa dem betreuten Wohnen entspricht. Insgesamt äußerten sich die Interessenten recht positiv. Bedenkenswert aber ist die Beobachtung der Befragten, mit den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten gebe man u.U. etwas ab, das – ohne dass man sich dessen bewusst ist – ganz wesentlich zu einem sinnvollen Leben beiträgt. Je stärker die kognitiven Beeinträchtigungen zu Buche schlugen, desto negativer fielen die Bewertungen des Umzugs aus. – Die Bedeutung von Erinnerung für Menschen mit Demenz ist gut bekannt. In einer Studie, die wir im nächsten Newsletter vorstellen werden (Harmer et al 2008), rangiert das Sich Erinnern an oberster Stelle aller Aktivitäten, die Menschen mit Demenz als sinnvoll benennen. Vorliegende Studie aus den USA beschreibt die Wirkungen eines struk-

turierten Erinnerns anhand der positiven Effekte, die das Erinnern für die Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und professionell Pflegenden zeitigt. –

Demenz

Eine Studie aus Japan (19) geht der Frage nach, in welchem Umfang Stürze bei Menschen mit Demenz häufiger vorkommen als bei Menschen einer Vergleichsgruppe ohne Demenz. Menschen mit Demenz stürzen 3 x häufiger besonders dann, wenn es sich um eine Demenz vom Typ Lewy-Body (►Glossar) handelt: damit werden bisherige Untersuchungen zu diesem Thema bestätigt (van Iersel 2006). Die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes nimmt bei begleitender Parkinsonerkrankung und visuellen Halluzinationen nochmals deutlich zu. – Eine weitere Studie aus Frankreich kommt zu ergänzenden Ergebnissen und untersucht, welche gesundheitlichen Faktoren mit dem Heimeinzug von Menschen mit Demenz typischerweise einhergehen (20). Nach diesen Ergebnissen sind es insbesondere Hüftfrakturen, die einen baldigen Heimeinzug von Menschen mit Demenz vorhersagen. Es folgen Herzinsuffizienz und Gewichtsverlust. Dies deckt sich mit anderen Studien, die eher gesundheitliche Faktoren für den Heimeinzug verantwortlich machen, als Faktoren wie z.B. kognitiver Niedergang oder herausforderndes Verhalten (Rosenberg 2006). -

Professionell Pflegende

Eine letzte Studie aus den Niederlanden (21) beschäftigt sich mit der Frage der zukünftigen professionellen Versorgung von Menschen mit Demenz. Aus ökonomischen Überlegungen heraus kommen die Autoren zu eher entmutigenden Vorhersagen mit der Folge, dass weniger die Neurekrutierung von Professionellen aussichtsreich ist: vielmehr sollte man mit aller Kraft versuchen, die Abwanderungen aus dem Berufsfeld zu vermeiden. 64% aller Ausstiege erfolgen aus vermeidbaren Gründen und hängen ganz wesentlich mit Leitung, Personalentwicklung und Teamprozessen zusammen. Die Arbeitszufriedenheit zu steigern stellen die Autoren als Schlüsselaufgabe der nächsten Jahre heraus.

Forschung und Literatur im Versorgungsfeld Demenz sind in ihrer Gänze kaum mehr zu überblicken. Vieles, auch Wichtiges, wird uns entgehen. Für Hinweise auf spannende, praxisrelevante Forschungsergebnisse sind wir dankbar. Bitte sehen Sie es uns aber nach, wenn wir nicht jeden Hinweis berücksichtigen. Und zum Schluss: Uns interessiert, was Sie interessiert. Teilen Sie uns mit, welche der vorgestellten Forschungsergebnisse für Sie interessant sind. Für uns sind dies wichtige Hinweise.

Wir wünschen Ihnen eine anregende und gewinnbringende Lektüre

Ihr Team des Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)

Literatur

Harmer B, Orrell M (2008) What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health* 12(5) 548-558

Hans Jellouchek (2009) In Therapie: Paare mit großem Altersunterschied. *Psychotherapie im Alter* 6(2) 191-203

Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist* 30(5) 583-594

Rosenberg PB, Mielke MM, Samus QM, Rosenblatt A, Baker A, Brandt J, Rabins PV, Lyketsos MD (2006) Transition to Nursing Home from Assisted Living Is not Associated With Dementia or Dementia-Related Problem Behaviors. DOI:10.1016/j.jamda.2005.06.003

Van Iersel MB, Verbeek ALM (2006) Frail elderly patients with dementia go too fast. *Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry* 77(7) 874-876

1. Vorwegnehmende Trauer ist ein wesentlicher Faktor für das Belastungserleben pflegender Angehöriger

Ziel/Hintergrund: In zunehmendem Maße wird in der Forschung „vorwegnehmende Trauer“ (VT: umfasst Trauer über den Verlust von Rollen, von Beziehungsnähe, Verlust der Freiheit, Ängste vor der Zukunft und Gefühle von Isolation) als eigenständiger Belastungsfaktor Pflegender Angehöriger (PA) betrachtet (vgl. Monitor 5,8). Nach Pearlines Stress-Prozess Modell (SPM) werden *primäre oder objektive Stressoren* (entstehen in der Versorgung selbst: durch Verhalten, kognitiven Niedergang, Pflege bez. ADL/IADL, zeitliche Inanspruchnahme; lösen emotionale Reaktionen beim PA, in der Regel Rollengefangenschaft und -überlastung aus = *subjektive Stressoren*), *sekundäre Stressoren* (kennzeichnen die negativen Wechselwirkungen der objektiven Stressoren mit dem außerpflegerischen Kontext: Familie, Beruf, Finanzen, sowie die Rückwirkungen auf die Pflege selbst), *Hintergrund und Kontext* (intrapsychische Belastungen, z.B. mangelnde Zuversicht, Depressivität, Geschlecht, Verwandtschaftsgrad, Bewertung der Stressoren, schlechter Gesundheitszustand), *Ressourcen und Ergebnisse* (outcomes, z.B. Heimeinzug) sowie *Mediatoren* (ursächlich mitwirkende Faktoren wie soziale Unterstützung oder Religiosität: Mediator: etwas (B), das zwischen zwei anderen Faktoren (A & C) auf einer gemeinsamen Ursachenkette liegt) unterschieden und systematisch in der Erklärung von Belastungsstress in der Pflege aufeinander bezogen.

Vorliegende Studie untersucht, ob ein Erklärungsansatz für das Belastungserleben von PA, der VT mit einbezieht, das Belastungserleben besser erklären/voraussagen kann als ein Erklärungsmodell, das auf VT verzichtet und nur physische, psychische (d.h. Depression), finanzielle und soziale Ursachen in Betracht zieht.

Methode: Eine Gelegenheitsstichprobe (►Glossar) von 80 PA wurde aus unterschiedlichen Kontexten gewonnen und per Interview mündlich oder anhand eines zugesendeten Assessmentpakets (►Glossar) schriftlich befragt. Belastungserleben und vorwegnehmende Trauer wurden je mit 2 verschiedenen Instrumenten erfasst. Zusätzlich wurden Dimensionen wie Depressivität des PA und herausforderndes Verhalten des Klienten abgebildet. Bivariate Korrelationen (►Glossar) sowie multiple Regressionanalysen (►Glossar) wurden eingesetzt, um zu erforschen, ob der Erklärungswert eines Modells, das VT mit einbezieht, höherwertiger zu beurteilen ist und damit die Beziehung zwischen VT und Belastungserleben zu erklären.

Zunächst wurde der Erklärungswert von Alter und Geschlecht eingesetzt. Dann der Erklärungswert von herausforderndem Verhalten; sodann Depressivität, und abschließend VT. Vier separate Analysen zwischen den beiden Belastungs- und VT-Instrumenten wurden durchgeführt, um das Ergebnis aus der Sicht zweier Instrumente abzusichern.

Resultate: In allen vier Analysen konnte belegt werden, dass auch dann, wenn bekannte Faktoren, die Belastungserleben erklären (predicators of burdens), berücksichtigt werden, VT signifikant mit Belastungserleben korreliert. (insbesondere der Faktor „persönliche Opfer und persönliche Belastung“) In allen vier Modellen erwies sich ein Erklärungsmodell unter Berücksichtigung von VT als stärker als alle anderen Varianten.

Schlussfolgerungen: Nach Ansicht der Autoren belegt die Studie, dass VT ein wesentlicher Faktor in der Erklärung des Belastungserlebens von PAs von Menschen mit Demenz darstellt. Die Stärke der Studie wird darin gesehen, valide und reliable (Glossar) Instrumente eingesetzt zu haben und VT in Relation auf andere erklärende Variablen systematisch in Bezug zu Belastungserleben gesetzt zu haben. VT scheint damit insbesondere den Faktor „emotionale Arbeit“ in Bezug auf erfahrene Verluste in die Erklärung mit einzubeziehen.

Quelle: Holly CK, Mast BT (2009) The Impact of Anticipatory Grief on Caregiver Burden in Dementi Caregivers. *The Gerontologist* 49(3) 388-396

2. Palliative Pflege Demenzerkrankter in der eigenen Häuslichkeit ist möglich

Ziel/Hintergrund: Die palliative Versorgung von Menschen mit Demenz ist auch in Großbritannien eine große Herausforderung. Nach Studien leben etwa 65 Prozent der Demenzbetroffenen in Haushalten in der Kommune. Obschon die palliative Versorgung Demenzerkrankter in der eigenen Häuslichkeit hohe Priorität innerhalb des nationalen Gesundheitssystems hat, sind darauf spezialisierte Dienste laut den Autoren quasi nicht existent. Durch die Versorgung dieser Menschen durch Angehörige spart das britische Gesundheitssystem nach Studien über sechs Milliarden britische Pfund im Jahr. Andererseits hält jeder Distrikt des Vereinigten Königreiches spezielle palliative Betreuungs- und Pflegeangebote für Menschen mit einer Krebserkrankung vor. Hierbei ist es unstrittig, dass diese Dienste von speziell dafür ausgebildeten Profis angeboten werden müssen. Ziel der vorliegenden Studie war es, herauszufinden, unter welchen Voraussetzungen eine Pflege von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit bis zum Tode möglich ist.

Methode: Es handelt sich um eine explorative, retrospektive Studie (rückblickend erkundend) (►Glossar). Zu diesem Zweck wurden pflegende Angehörige (PA) von 14 Menschen mit Demenz leitfadengestützt mindestens 3 Monate nach dem Tode der Gepflegten interviewt. Diese Personen hatten ihren demenzerkrankten Angehörigen bis zum Tode in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Bei allen Verstorbenen handelte es sich um schwerst Demenzerkrankte, die unter unterschiedlichen Demenzerkrankungen litten. Zudem hatten alle Demenzerkrankten weitere, zumeist körperliche aber auch neurologische Erkrankungen. Die interviewten Pflegenden waren Ehepartner und Kinder der Betroffenen. Das Alter der Pflegenden lag zwischen 36 und 91 Jahren. Das Alter der verstorbenen Demenzbetroffenen lag bei ihrem Tode zwischen 55 und 95 Jahren. Sechs der 14 Erkrankten waren Männer. Nach den Interviews wurden diese verschriftlicht (transkribiert) und dann ausgewertet.

Resultate: Als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Pflege von Demenzerkrankten in der eigenen Häuslichkeit bis zum Tode stellten sich folgende Faktoren heraus:

1. Bis auf eine Pflegeperson empfanden alle Interviewten die Pflege des Betroffenen als eine Hilfe gegen den gleichzeitig erlebten Verlust. Etwas für die Person tun zu können, war eine Art des Umgangs mit der Verlustsituation.
2. Fast alle Pflegenden berichteten über eigene gesundheitliche Probleme während der Pflegezeit. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass psychisch labile Personen nicht in der Lage sind, diese Aufgabe zu meistern.
3. Fast alle Pflegenden empfanden die psychische Belastung als gravierender als die körperliche Herausforderung. Alle betonten, dass gerontopsychiatrisches Wissen von Außen unabdingbar für ein Verständnis und den Umgang mit den Problemen zu Hause war. Dazu gehören regelmäßige Hausbesuche von Profis, Informationen von diesen über den Umgang bei herausfordernden Verhaltensweisen, Medikamentengabe und auch körperlich pflegerische Hinweise. Zudem erachteten die Pflegenden ad-hoc-Hausbesuche bei aktuellen Problemen als enorm wichtig.
4. Hinsichtlich notwendiger materieller Hilfen benannten die Pflegenden folgende Hilfsmittel als sehr nützlich und zum Teil unbedingt notwendig: a. Kontinenzmaterialien b. Nachtstuhl c. Rollstuhl d. Pflegebett e. Wechselluftmatratze f. Wannenlift und Trage-lift g. Duschhilfen h. Nasszellen
5. Bezüglich der Finanzen äußerten sich Pflegenden dahingehend, dass es weitaus besser ist, wenn sie selbst das Geld verwalten und sich Dienstleistungen gezielt einkaufen. Bei „bestellten“ Hilfen durch lokale Agenturen oder andere Außenstehende, zeigte sich eine hohe Unflexibilität dieser. Pflegende brauchen die finanzielle Kontrolle und die Möglichkeit nur das zu bestellen, was sie akut brauchen.

6. Insbesondere bei der Ernährung entwickelten die Pflegenden eigene Konzepte hinsichtlich der Essensqualität und der Art der Essensgabe. Keiner der Betroffenen wurde künstlich ernährt. Die Pflegenden äußerten, dass sie - wenn die Betroffenen einen oder zwei Tage nicht essen wollten, keinen Druck ausübten. Gewöhnlich aßen die Patienten spätestens nach einem Tag wieder. Insbesondere Gerichte aus der regionalen Küche erschienen als sehr hilfreich.
7. Als hilfreiche Medikamente erwiesen sich laut der Pflegenden Antipsychotika (Neuroleptika), als nicht hilfreich hingegen Opiate. Auch Antibiotika waren nützlich, wenn sie in wenigen Dosen gegeben werden mussten.
8. Für fast alle Beteiligten war es wichtig, den Angehörigen in der letzten Phase des Lebens nicht ins Krankenhaus einzuweisen. Diese Einstellung resultierte aus schlechten Erfahrungen und Gesprächen mit anderen Personen. Insgesamt berichteten alle Pflegenden, dass sie froh seien, die Pflege übernommen zu haben. Fast alle waren sich einig, dass diese Tätigkeit es wert war, die eigene Gesundheit zu riskieren. Alle würden es „wieder machen“.

Schlussfolgerungen: Laut den Autoren zeigt die Studie, dass - ebenso wie in der palliativen Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen - spezialisierte Hilfsdienste auch im Bereich Demenz unbedingt notwendig sind. Dazu gehört auch der Wissensinput bezüglich gerontopsychiatrischer Erkrankungen für die Pflegenden in der eigenen Häuslichkeit. Wichtig ist offenbar auch, dass die pflegenden Angehörigen die Kontrolle über den Pflegeprozess haben. Dies umfasst ebenfalls die Kontrolle über das Geld, mit dem sie einzelne, akut benötigte Hilfen „einkaufen“ können. Auf diese Weise kann eine im Vergleich kostengünstige, aber dennoch qualitativ bessere Pflege sterbender Menschen mit Demenz gewährleistet werden. Aus diesen Ergebnissen resultiert die Forderung nach einem adäquaten Hilfssystem für die häusliche Palliativversorgung Demenzerkrankter.

Quelle: Treloar, A., Crugel, M., & Dimitios, A. (2009). Palliative and end of life care of dementia at home is feasible and rewarding. Results from the "Hope for Home" study. *Dementia*, 8(3), 335-347.

3. Pflege eines demenzerkrankten Ehepartners beschleunigt die Depressions- und Demenzentwicklung des pflegenden Angehörigen

Ziel/Hintergrund: Es ist bekannt, dass chronische Stressoren, wie sie auch in der Pflege eines Angehörigen vorkommen, negative Auswirkungen auf die Gesundheit des Pflegenden haben. Diese Veränderungen werden im Rahmen von Spiegelungsprozessen als Anpassungsreaktionen der Pflegenden an Stress verstanden, z.B.: Depressivität stellt eine Anpassungsreaktion dar, mit „deren Hilfe“ der Pflegenden Angehörige (PA) die belastende Pflegesituation bewältigt. Vorliegende Untersuchung aus den USA fokussiert depressive Verstimmtheit und kognitiven Niedergang der Pflegenden von Partnern mit Demenz im Vergleich zu Paaren ohne Pflege. Die wesentlichen Hypothesen sind: 1. Auch bei Berücksichtigung weiterer Variablen (Alter, Bildung, Morbidität, insb. Apoplex, Übergewicht, gesundheitliche Gewohnheiten, Substanzenmissbrauch etc.) weisen PA von Menschen mit Demenz einen vergleichsweise schnelleren kognitiven Niedergang auf als Menschen, die keine Partnerpflege durchführen, 2. depressive Verstimmtheit bildet einen mitverursachenden Faktor (Mediator) und macht die Hauptursache des kognitiven Niedergangs von PAs aus.

Methode: 122 pflegende und 117 nicht pflegende Paare wurden in einem Zeitraum von 2 Jahren in den USA zu drei Zeitpunkten (1 Baseline, 2 Nachfolgeerhebungen) untersucht. Verschiedene Instrumente werden beschrieben zur Erfassung von kognitiven Funktionen, Depression und depressiver Verstimmtheit, Schlaf, körperliche Erkrankungen und Medikamenteneinnahme, Übergewicht. Ein komplexes statistisches Design wird beschrieben, um die Mediatorenfunktion (also: der Mitursächlichkeit) von depressiver Verstimmtheit zu analysieren. (hierarchical linear modeling) Dazu wurde zunächst untersucht, ob die Pflege eines Partners mit Demenz kognitiven Niedergang vorhersagt; dann, ob depressive Verstimmtheit kognitiven Niedergang vorhersagt; zuletzt wurde untersucht, ob sich der Status „PA“ als unbedeutend erweist, wenn Depression in dem Erklärungsmodell berücksichtigt wird. Dies wurde für die 2 Nachfolgeuntersuchungen unabhängig voneinander durchgeführt.

Resultate: Schon in der Basisuntersuchung schnitten die PA signifikant schlechter als die Vergleichsgruppe ab (Depressivität, Alkohol, Schlafprobleme, kognitive Funktionen). Der Abstand zwischen beiden Gruppen nahm im Laufe des Untersuchungszeitraumes mit wachsender Dynamik zu. Dieser Effekt blieb bei Berücksichtigung aller weiteren Variablen bestehen. Damit kann die erste Hypothese als bestätigt gelten.

Weiterhin sagte die Berücksichtigung von Depression den zunehmenden kognitiven Niedergang voraus. Zu beiden Messpunkten konnte ein klarer Bezug zwischen zunehmender depressiver Verstimmtheit und kognitivem Niedergang der PA festgestellt werden. Depressivität bildet damit einen Mediator (Mitverursacher) zwischen PA-Status und kognitivem Niedergang. Je höher der Faktor Depressivität, desto ausgeprägter und schneller der kognitive Niedergang. Damit kann die zweite Hypothese als bestätigt gelten.

Schlussfolgerungen: Die Autoren stellen Vermutungen an, dass die kombinierten Stressfaktoren der Pflege eines Partners mit Demenz zu vermehrter sozialer Isolation, einer weniger stimulierenden geistigen Interaktion sowie zu kommunikativer Verarmung führt. Zusammen mit der Herausforderung der Pflege und Versorgung wird eine depressive Entwicklung wahrscheinlicher und geht mit zunehmendem kognitivem Niedergang des PA einher. Die Depression entspricht einer sich breit machenden Dystymie, weniger einer depressiven Episode.

Der kognitive Niedergang des PA erschwert zunehmend die Bewältigung recht komplexer Aufgaben, die mit Pflege und Versorgung verbunden sind, z.B. im Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme. Die Autoren entwickeln weitergehende Vorschläge bezüglich

Forschungen, die sich mit der Lösung von alltäglichen Herausforderungen sowie der Selbstpflege befassen.

Quelle: Vitaliano PP, Zhang J, Young HM, Caswell LW, Scanlan JM, Echeverria D (2009) Depressed Mood mediated Decline in Cognitive Processing Speed in Caregivers. The Gerontologist 49(1) 12-22

4. Pflegesituation bei Frontotemporaler Demenz ist belastender als die Pflegesituation bei der Alzheimer-Erkrankung

Ziel/Hintergrund: Frontotemporale Demenzen (FTD) bedeuten für Pflegende und Betroffene höchste Belastungen. Die Faktoren, die hierbei zu den ungewöhnlich hohen Stresssituationen führen sind jedoch nicht umfassend erforscht.

Zu den benennbaren Stressfaktoren zählen die allgemeinen Pflegeanforderungen, aber auch das Geschlecht der Pflegenden, die personellen Ressourcen und familiäre psycho (-soziale) Dynamiken. Neben diesen Stressfaktoren sind aber auch Depressionen als Folge der belastenden Pflegesituation (und als verstärkender Faktor) zu berücksichtigen.

Bisherige Erfahrungen geben Hinweise auf eine generell höhere Stressbelastung bei der Pflege von frontotemporal Erkrankten als bei einer Alzheimer Demenz (AD).

Ausgehend von dieser Annahme (Hypothese; höhere Stressbelastungen bei der Pflege von frontotemporal Erkrankten) stellt sich auch die Frage, inwiefern generell Depressionen eine zusätzliche Auswirkung auf das Stressempfinden haben können. Ebenso muss auch von einer ungünstigeren Pflegesituation für die Erkrankten ausgegangen werden, wenn Stress, Depression und Überforderung zum Alltag in der häuslichen Versorgung geworden ist.

Methode: Zur Überprüfung der Annahmen wurden zusammen mit der Pick's Disease Association UK und der britischen Alzheimer Gesellschaft Pflegende 79 FTD-Pflegende und 29 AD-Pflegende ausgewählt und in drei Gruppen unterteilt. In der Gruppe der FTD befanden sich 45 Betroffene in einer häuslichen Pflegesituation (erste Gruppe); die übrigen befanden sich in stationären Einrichtungen (zweite Gruppe). Die von einer Alzheimer Demenz betroffenen Personen befanden sich ausschließlich in einer häuslichen Pflegesituation (dritte Gruppe).

Untersuchungsinstrumente waren unterschiedliche Assessments (►) zur Ermittlung von Verhaltensveränderungen und Tagesaktivitäten bei den demenziell Erkrankten. Bei den Pflegenden wurden Stress, (mögliche) Depressionen und das soziale Netzwerk mit unterschiedlichen Verfahren untersucht. Über dreiviertel der ausgewählten Pflegenden waren weiblich; die Untersuchungen wurden postalisch und auf der Basis von Selbstauskünften durchgeführt.

Resultate: Die Studie konnte belegen, dass tatsächlich Unterschiede in den Belastungssituationen auftreten, je nachdem, ob es sich um eine FTD oder eine AD handelt. Jedoch sind nicht alle Ergebnisse der Studie signifikant. Werden die Ergebnisse der drei Gruppen verglichen, so liegt bei FTD-Betroffenen beispielsweise eine deutlichere Einschränkung in den Tagesaktivitäten vor.

Bei den Pflegenden eines FTD-Betroffenen sind Depressionen wesentlich häufiger vertreten, als bei Pflegenden eines AD-Betroffenen. Belastungen durch Depressionen und Stress zusammengenommen sind sogar bei dieser Gruppe der Pflegenden signifikant höher als bei Pflegenden eines AD-Betroffenen.

Messbare Verhaltensänderungen und funktionale Beeinträchtigungen erklären dagegen keine Stressbelastungen bei den Pflegenden.

Schlussfolgerungen: Je nach Art einer demenziellen Erkrankung muss von einer ungünstigeren Pflegesituation ausgegangen werden. Sicherlich hat Stress in der Pflege vielfältige Ursachen, doch es zeigt sich, dass die häusliche Pflege eines FTD-Erkrankten messbar belastungsintensiver ist und somit einen Kernfaktor darstellt. So sollten häuslich Pflegende, bei denen Depressionen geradezu charakteristisch sind, eine bessere (in Abgrenzung zu

Pflegenden eines AD-Betroffenen) Unterstützung erhalten. Eine Forderung, die sich letztlich auch an die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik (in Großbritannien) richtet.

Quelle: Mioshi E, Bristow M, Cook R, Hodges J (2009) Factors Underlying Caregiver Stress in Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders; 27: 76-81

5. Misshandlung von Menschen mit Demenz durch pflegende Angehörige

Ziel/Hintergrund:

In Großbritannien wird Misshandlung definiert als einfacher oder wiederholter Akt oder fehlende angemessene Handlung, die älteren Personen Leid oder Not zufügt und in jeder Beziehung vorkommt, in der Vertrauen erwartet wird. Bisher wurden nur Misshandlungen durch professionell Pflegende betrachtet, da angenommen wurde, dass sie sich nur auf das formale Pflegesystem beschränken.

Misshandlungen können in seelischer, finanzieller, sexueller, körperlicher oder in Form von Missachtung ausgeführt werden. Entgegen der allgemeinen Annahme beschreiben viele pflegende Angehörige Verhaltensformen, die als Misshandlung gelten. Sie sehen meist keine andere Alternative oder sind sich nicht bewusst, dass ihr Verhalten als Misshandlung definiert wird. Derzeit liegen keine Studien vor, die repräsentative Ergebnisse über Misshandlungen pflegender Angehöriger darstellen, lediglich in einer systematischen Übersichtsarbeit wird ein Vorkommen (Prävalenz) zwischen 12-55% beschrieben.

In der vorliegenden Studie wurde die Prävalenzrate (►Glossar) von Misshandlungen demenzkranker Menschen durch pflegende Angehörige in einer repräsentativen Teilnehmergruppe erhoben, die einen Facharzt konsultieren.

Methode:

Es nahmen 220 pflegende Angehörige an der Studie teil, davon waren 66% Frauen. 54% der pflegenden Angehörigen lebten mit der pflegebedürftigen Person zusammen. 56% pflegten ein Elternteil, 33% den Ehepartner und 13% einen anderen Verwandten oder Freund. Der Anteil der Frauen unter den Pflegebedürftigen lag bei 72%. Es wurden Menschen befragt, die zu Hause einen Angehörigen mit diagnostizierter Demenz pflegen und sich an eine ambulante Pflege für die Betreuung psychisch kranker Menschen in London und Essex gewendet haben. Drei erfahrene Psychiater führten Interviews mit den pflegenden Angehörigen. Dazu füllten die Pflegenden einen standardisierten Fragebogen aus, mit dem die Anzahl von seelischen und körperlichen Misshandlungen der letzten drei Monate erfasst wurden. Zusätzlich wurden der Mini Mental State Examination (MMSE), die Medikamente und das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) erhoben, um die Neuropsychiatrischen Symptome zu erfassen.

Resultate:

Insgesamt berichteten 52% der pflegenden Angehörigen von Verhaltensweisen, die einer Form von Misshandlung zugeordnet werden können. Von diesen berichteten 34%, dass das Verhalten immerhin manchmal in den letzten drei Monaten auftrat. Verbale Misshandlungen wurden am häufigsten genannt, nur ein Teilnehmer berichtete, dass dieses Verhalten meistens auftrat. 33% beschrieben das gelegentliche Vorkommen von seelischen und 4% von körperlichen Misshandlungen. Von tatsächlichen körperlichen Übergriffen berichteten nur 3 Pflegenden, die anderen Daten waren Äußerungen über die Angst, handgreiflich zu werden.

Schlussfolgerungen:

Die Familienangehörigen berichteten im Allgemeinen von Beleidigungen des Menschen mit Demenz und ein Drittel von gleichzeitigen Fällen von Misshandlung. Die Autoren empfehlen deshalb, in Richtlinien zum Schutz von verletzlichen (vulnerablen) Erwachsenen Strategien aufzunehmen, die an Familien und nicht nur an professionell Pflegenden ausgerichtet sind, da diese überwiegend alte Menschen pflegen. Letztendlich ist schwer zu unterscheiden, welches Verhalten Misshandlung eines alten Menschen ausmacht und welches Teil der normalen Familienbeziehung ist. Die vorliegenden Misshandlungen könnten eine Fortsetzung einer früheren aggressiven Beziehung sein.

Professionell Pflegende sind meist zurückhaltend bezüglich Nachfragen über Misshandlungen. Doch hilft das Aufdecken vorliegender Misshandlungen, Schlimmeres zu vermeiden. Dazu sollten Pflegende ein Bewusstsein für das Spektrum von Misshandlungen haben, um dann in der Lage zu sein nachzufragen und angemessene Hilfe anzubieten.

Quelle: Cooper, C.; Selwood, A.; Blanchard, M.; Walker, Z.; Blizard, R.; Livingston, G. (2009): Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. British Medical Journal 338, b155

6. Wiedererleben psychotraumatischer Ereignisse und Vermeidung bei Pflegenden Angehörigen (PA)

Ziel/Hintergrund: Belastungen in der Pflege können bei Pflegenden Angehörigen (PA) zur Verleugnung oder Vermeidung der Problematik führen und damit die Suche nach adäquater Hilfe stören. Flashbacks, zwanghafte Gedanken, Albträume (Intrusionen) und Vermeidungen (Leugnung dessen, was geschehen ist und anschließende Vermeidung entsprechender Situationen) zählen zu typischen Reaktionen auf traumatisierende Ereignisse. Intrusionen sind primäre Reaktionen auf Ereignisse, Vermeidung stellt einen Versuch dar, die Situation zu kontrollieren. Vorliegende Studie untersucht diese Phänomene bezüglich PA von Menschen mit Demenz.

Methode: 196 PA wurden in 7 Memory Kliniken und 2 Fortbildungsprogrammen gewonnen. Instrumente werden beschrieben, welche die Bedeutung von Vorkommnissen, Ängstlichkeit und Depressivität bei PA abbilden. Daten der Personen mit Demenz wurden bezüglich Kognition, neuropsychiatrischen Symptomen und Aktivitäten des Lebens (ADL) erhoben.

Resultate: Bis auf eine PA berichteten alle Teilnehmenden von Intrusionen und 92% von Vermeidungen. 30% berichteten über ein hohes Maß von Intrusionen und 17% über ein hohes Maß an Vermeidungen. Hohe Werte bezüglich Depressivität, Ängstlichkeit, neuropsychiatrischer Symptome, sowie das Zusammenleben in einem gemeinsamen Haushalt gingen mit hohen Werten für Intrusion einher. Für Vermeidung gilt Vergleichbares mit dem Zusatz, dass Vermeidungen häufiger bei Ehepartnern der zu Pflegenden vorkamen.

Schlussfolgerungen: Insgesamt 50% aller Untersuchten wiesen mittlere bis hohe Werte für Intrusion und Vermeidung auf. In der Mehrzahl handelt es sich um Ehepartner, wobei die betreuten Personen hohe Werte bezüglich neuropsychiatrischer Symptome aufwiesen. Besonders aber das gemeinsame Leben in einem Haushalt und Stress im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten scheinen Intrusionen und Vermeidungen zu erhöhen. Längeres Beibehalten vermeidender Strategien geht in der Regel mit psychiatrischer Erkrankung einher. Die Autoren diskutieren verschiedene Strategien, sich mit den Problemen zu konfrontieren und im Rahmen von Therapie Vermeidungen und Intrusionen zu bearbeiten. Abschließend empfehlen die Autoren, Daten über Intrusion und Vermeidung bei der Evaluation von Interventionen für PA zu berücksichtigen.

Quelle: Ulsein I, Wyller TB, Engedal K (2008), *Correlates of intrusion and avoidance as stress response symptoms in family carers of patients suffering from dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry; 23 (10): 1051-1057*

7. Persönlichkeitsstruktur und Selbstwahrnehmung sind entscheidende Faktoren für die Stressvoraussage bei pflegenden Angehörigen

Ziel/Hintergrund: Interventionen für Pflegende Angehörige (PA) weisen bislang mäßige Effekte auf. Neuere Forschungen untersuchen eher individuelle zugeschnittene Interventionen. Als problematisch wird auch die Natur von Korrelationsstudien (►Glossar) beurteilt, die zu sehr unterschiedlichen und widersprüchlichen Befunden geführt hat. Besonders Pearlin wies darauf hin, dass viele verschiedene Einflüsse in spezifischen Konstellationen das Belastungserleben beeinflussen (Hintergrundkontext, z.B. Unterstützung, primäre Stressoren, z.B. kognitive Fähigkeiten, Rollenbelastungen, z.B. Beziehungsqualität, intrapsychische Aspekte des Pflegenden, z.B. Neurotizismus). Es stellt sich die Frage, wie diese Faktoren miteinander interagieren und welches ‚relative Gewicht‘ diese Faktoren haben. Vorliegende Studie aus dem Vereinigten Königreich geht eben diesen Fragen nach (Interaktion der Faktoren, relatives Gewicht). Insgesamt lautet die Frage: Welche Faktoren in welcher Konstellation sagen Stress von PA voraus?

Methode: In vier Memory Clinics in den Midlands wurden Pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz gewonnen. Instrumente werden beschrieben, die Kognition, Aktivitäten des täglichen Lebens, neuropsychiatrische Symptome, Belastungserleben, Persönlichkeit und ähnliches mehr abbilden. 74 Menschen mit Demenz und deren Pflegende Angehörige wurden befragt.

Resultate: Kognitive Funktionen, Ausmaß der Hilfe, sowie herausfordernde Verhaltensweisen (objektive Stressoren) konnten die Belastung nicht vorhersagen. Auch Faktoren wie der Beziehungsstatus (Ehepartner oder Tochter) oder das Alter des Pflegenden erwiesen sich als wenig bedeutsam. Wichtige Faktoren waren in vorliegender Reihenfolge: Gefangen sein in der Rolle mit dem Gefühl, sich selbst zu verlieren; Rollenüberlastung mit den Aspekten von Übermüdung, Burnout und mangelnder Zeit für andere Aktivitäten; hochbelastende „feindliche“ Faktoren außerhalb der Pflege (z.B. Finanzen, Auswirkungen auf die Beruflichkeit); Beziehungsqualität zum Menschen mit Demenz; die selbsteingeschätzte Kompetenz, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Zuletzt: PA mit einem hohen Anteil an Neurotizismus (z.B. Depressivität, Zwanghaftigkeit) neigen zu hohem Belastungserleben.

Schlussfolgerungen: Insgesamt ist es weniger die ‚objektive Belastung‘, sondern die subjektive Wahrnehmung und Interpretation der Belastung, die von Bedeutung ist.

Quelle: Campbell P, Wright J, Oyebode J, Job D, Bentham P, Jones L, Lendon C (2008) Determinants of burdens in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23(10): 1078-1085

Vergleiche hierzu Monitor 5,13: die niederländische Studie kommt zu gegenteiligen Ergebnissen.

8. Das Gefühl von Überlastung und „Gefangenschaft“ in der Rolle des pflegenden Ehepartners lösen den stärksten Stress aus

Ziel/Hintergrund: Nach 2 Studien aus Kanada sind 40-44% aller Pflegenden Angehörigen (PA) pflegende Männer, der weitaus größte Teil pflegende Ehepartner. Über das psychologische Wohlbefinden dieser Gruppe ist wenig bekannt. Ziel der vorliegenden, einjährigen Studie ist es, Veränderungen im psychologischen Stress für Einzelne und für die Gruppe pflegender Männer insgesamt zu analysieren und vorhersagen zu können (Identifikation von Prädiktoren). Hierbei wird weniger auf Durchschnittswerte insgesamt geachtet, sondern es werden bestimmte Untergruppen in den Blick genommen. Interessant sind insbesondere diejenigen Personen, deren Stress in dieser Zeit entweder zu- oder abnahm. Als Prädiktoren werden objektive und subjektive Stressoren nach Pearlin (1990) verwendet: Objektive Stressoren umfassen Verhalten der Ehefrau, Abhängigkeiten in den Tätigkeiten des täglichen Lebens (ADL) sowie den kognitiven Status. Subjektive Stressoren sind: Rollenüberlastung, Rollengefangenschaft und Beziehungsverarmung, resultierend aus der Bewertung der objektiven Stressoren.

Methode: Eine Gelegenheitsstichprobe von 323 männlichen pflegenden Ehepartnern konnten in der Provinz Quebec, Kanada aus vier unterschiedlichen Quellen gewonnen werden. Gemessen wurde zu Beginn der Studie und nach einem Jahr (91 Teilnehmende fielen aus wegen Institutionalisierung oder Tod der Ehefrau). Verschiedene Instrumente werden vorgestellt, um die objektiven und subjektiven Stressoren abzubilden. Nach der Erstuntersuchung wurden vier Gruppen identifiziert bzw. vorhergesagt: die Gruppe, die an beiden Messpunkten geringen Stress aufweist (Low-Low), die Gruppe, die zu beiden Messpunkten hohen Stress aufweist (High-High), die Gruppe mit steigendem Stress (Low-High) und die Gruppe mit abnehmendem Stress (High-Low).

Resultate: Die Gruppe, die zu Beginn und am Ende die geringsten Stresswerte aufwies, zeichnete sich durch geringe subjektive Stressoren aus und umgekehrt: Hohe subjektive Stresswerte bei der ersten Messung sagten hohe subjektive Stresswerte bei der zweiten Messung voraus. Die Gruppe mit hohen Stresswerten (zu Beginn und Ende) war zugleich die größte Gruppe. Der Stresspegel blieb über das Jahr hinweg konstant (für High-High und Low-Low) und stieg für 46 Teilnehmende (37%) deutlich an. Abnehmender Stress (High-Low) konnte kaum festgestellt werden.

Als wichtigste subjektive Stressfaktoren stellten sich heraus: Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft. Objektive Stressoren (z.B. herausforderndes Verhalten, Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen) stellen sich in dem Modell als nicht relevante Prädiktoren für Stress heraus.

Schlussfolgerungen: Emotional bedeutsame Beziehungen nehmen im Alter eher ab und beschränken sich auf wenige Personen, insbesondere auf den Ehepartner. Die zunehmende Abhängigkeit der Ehefrau bedeutet für den Ehemann, wesentliche Bindungsbezüge nicht mehr leben zu können und im Austausch und in gemeinsamen Aktivitäten gravierend zu verarmen. Anstelle gemeinsamer Aktivitäten treten Aktivitäten für den anderen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die Bedeutung der Beziehung als wesentlicher Quell von Lebensfreude verändert sich. Ebendies äußert sich – so die Autoren – in vermehrter Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft.

Die Autoren empfehlen Interventionen für PA, die hinsichtlich ihrer langfristigen Gefährdung besonders hervorstechen: also auf PA, die bei der Erstuntersuchung bereits ein hohes subjektives Stresserleben erkennen lassen. Hierbei müssen die (proaktiven) Interventionen insbesondere auf Rollenüberlastung und Rollengefangenschaft ausgerichtet werden. Die Autoren denken dabei an Möglichkeiten, die Beziehung durch gemeinsame Aktivitä-

ten, die beiden Partnern Freude bereiten, zu stabilisieren (vgl. 7,12). Insgesamt käme es bei psychosozialen Interventionen darauf an, im Ansatz zu verhindern, dass das subjektive Stresserleben hohe Werte annimmt: ist dies geschehen, ist die Wahrscheinlichkeit, den Stress wieder zu reduzieren, eher gering zu veranschlagen.

Quelle: Levesque L, Ducharme F, Zaril SH, Lachance L, Giroux F (2008) Predicting longitudinal patterns of psychological distress in older husband caregivers: Further analysis of existing data. Aging & Mental Health; 12(3): 333-342

9. Gute Beziehungen sind eine wesentliche Voraussetzung für häusliche Pflege

Ziel/Hintergrund: Die Anzahl der Paare, die mit Demenz leben müssen, nimmt zu. Zwar ist viel Wissen bezüglich des Belastungserlebens Pflegenden Angehöriger (PA) vorhanden, wenig aber darüber, wie Krankheit und Pflege das Wohlbefinden und die Beziehung des Paares betrifft und verändert. Vorliegende Literaturstudie untersucht die Auswirkungen von Demenz und Pflege auf die Paardynamik.

Methode: Literaturanalyse: Zunächst wurden (1) Studien über die Pflegesituation bezüglich einer Person (zumeist der PA) recherchiert, dann (2) Studien, in denen die Paardynamik direkt aus der Sicht des PA und indirekt aus der Sicht der Person mit Demenz erhoben, zuletzt (3) Studien, in denen parallel Daten zu beiden Personen und deren Dynamik zueinander erforscht wurden.

Resultate: (1) Neben den üblichen Befunden über hohe Belastung und geringes Wohlbefinden gibt es vermehrt Hinweise darauf, dass einige PA sehr zufrieden sind und sich einer hohen physischen und geistigen Gesundheit erfreuen; dies besonders dann, wenn mehr Gewinn als Verlust durch die Pflege erfahren wird. Männliche PA kommen mit der Pflegesituation deutlich besser zu recht als weibliche; gute Kommunikation zwischen Paaren sagt auch im Fall der Demenz hohe Zufriedenheit voraus. (2) Die Schwere der Demenz allein führt nicht unbedingt zu niedrigerem Wohlbefinden der PA in der Paarbeziehung; dies geschieht erst in Verbindung mit einem wachsenden Ausmaß und Intensität herausfordernden Verhaltens sowie (schnell und wenig Anpassung erlaubender) wachsender funktionaler Abhängigkeit (in den ATs). Jüngere, eher depressiv gestimmte, weniger gut gebildete und mehr belastete PAs weisen höhere Raten neuropsychiatrischer Symptome auf, als z.B. ältere und gut gebildete PAs. Passive und apathische Verhaltensweisen des Kranken wirken sich besonders schlecht auf Paardynamiken aus. – PA registrieren die zunehmende Asymmetrie (Nicht-gleichberechtigt) in der Beziehung zum Partner; positive und negative Bewertungen laufen parallel (Pflege als bestätigende Erfahrung, aber leiden unter zunehmender Eifersucht; positiv bewertete zunehmende Abhängigkeit, aber auch engere, einschränkende Bindung). Je mehr positive Gefühle der PA dem Partner entgegenbringt, desto weniger negativ werden die Auswirkungen auf die Paardynamik eingeschätzt: gute Beziehung im Jetzt und in der Vergangenheit führt zu weniger Depressivität, positiveren Gefühlen, mehr Hoffnung und mehr Befriedigung in und durch die Pflege bei PAs. In der überwiegenden Mehrzahl wirkt sich Demenz allerdings negativ auf die Paardynamik aus: Pflegenden Partner leiden am meisten unter der Demenz des kranken Partners. Die vorherrschende emotionale Reaktion ist die Traurigkeit.

(3) PAs und deren kranke Partner zeigen abnehmende sexuelle Kongruenz. PAs sind weniger sexuell aktiv als Personen aus Vergleichsgruppen. Die kranken Partner bewerten die Beziehungsqualität (auch in Hinblick auf die gemeinsame Sexualität) in der Regel höher als die PAs. Im Vergleich zu nicht an Demenz erkrankten Paaren zeigen Paare mit Demenz weniger interaktive und unterstützende Verhaltensweisen. Attachment-Studien (Studien aus dem Feld der Bindungstheorie) weisen darauf hin, dass unsichere und vermeidende Bindungsstile in der Paardynamik mit mehr herausforderndem Verhalten einhergehen. Zuletzt: Paare, die gemeinsamen und beidseitig erfreulichen Aktivitäten nachgehen, weisen ein höheres Wohlbefinden und größere Zufriedenheit der PAs auf. Erfreuliche gemeinsame Aktivitäten und herausfordernde Verhaltensweisen sagen unabhängig voneinander die psychische Gesundheit der PA voraus.

Schlussfolgerungen: Die Autoren empfehlen, in der Forschung zu PAs sehr deutlich verschiedene Gruppen von PA zu unterscheiden und Effekte spezifisch auf Teilgruppen hin zu untersuchen. In ähnlicher Weise gilt es in Studien zur Paardynamik auf die Effekte bei ver-

schiedenen Demenzdiagnosen und Schweregraden hin zu differenzieren. Das Fehlen theoretischer Verstehensmodelle wird kritisch konstatiert, zugleich das Modell der familiären Adaptabilität von Olsen als Verstehensrahmen empfohlen (nach Olson sind Familien mit geringer Anpassungsfähigkeit weniger funktional, also „arbeitsfähig“ als Familien mit hoher Flexibilität). Weiterhin wird die Equity (Gleichheit) Theorie als Bezugsrahmen vorgeschlagen, mit der Hypothese: Je gleicher und ausbalancierter die Paarbeziehung vor Krankheitsbeginn war, desto eher wird der PA die Pflegebeziehung positiv erleben und bewerten; und: Je höher die Gleichheit, desto eher wird das Paar die Beziehung in Zeiten der Krankheit erhalten können. Verschiedene Empfehlungen zur Theoriebildung und zu deren empirischer Überprüfung (insbesondere kombinierte Forschungen, in denen Interviews und Beobachtungen zum Einsatz kommen) werden abschließend diskutiert.

Quelle: Braun M, Scholz U, Bailey B, Perren S, Hornung R, Martin M (2009) Dementia Caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. Aging & Mental Health 13(3) 426-436

10. Familiäre Unterstützung hilft am meisten gegen Stress bei der Pflege von Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern soziale Unterstützung als Moderator oder als Mediator von Stress von PA verstanden werden kann. Unter Moderatoren werden Faktoren verstanden, die unabhängig von der Belastung (also exogen) einen Einfluss auf die Belastung nehmen können (also: Die Beziehung zwischen den Faktoren A und C ist davon abhängig, wie stark Faktor B ausgeprägt ist, der aber nicht zur Ursachenkette gehört¹). Unter Mediatoren werden Faktoren verstanden, die Teil der Belastungszusammenhänge sind (endogen: zwischen den Faktoren A und C liegt ein Drittes B in einer gemeinsamen Ursachenkette). Die Widerstandskraft (Resilienz) gegen Belastungen kann durch unterschiedliche Faktoren gestärkt werden, wie z.B. problemlösende Fähigkeiten, Zutrauen in die eigene Kompetenz, Spiritualität und auch soziale Unterstützung.

Methode: Insgesamt 229 PA in den USA wurden im Rahmen von Fachkonferenzen für PA rekrutiert und befragt. Verschiedene Instrumente werden vorgestellt, anhand derer wahrgenommene Belastung, soziale Unterstützung und Widerstandsfähigkeit erhoben wurden. Verschiedene statistische Analysemethoden werden beschrieben.

Resultate: PA sind *fünffach* widerstandsfähiger gegen pflegebedingten Stress, wenn sie soziale Unterstützung durch die Familie, und *zweifach* resilienter, wenn sie Unterstützung durch Freunde erhalten, im Vergleich zu PA ohne soziale Unterstützung. Soziale Unterstützung erweist sich als *moderierender* Faktor, d.h. nimmt unabhängig von der Belastung Einfluss auf das Belastungserleben. Soziale Unterstützung stellt als eine gegenüber der Stress-Widerstandskraft- (gegen den Stress) Beziehung *unabhängige, von außen wirkende (exogene) Ressource* dar und ist einflußnehmender Teil des Zusammenhangs von Stress und Widerstandskraft.

Schlussfolgerungen: Vorliegende Studie belegt eindrucksvoll, dass soziale Unterstützung eine wesentliche Ressource bezüglich der Widerstandskraft von PA gegen Belastungserleben darstellt, besonders dann, wenn diese Unterstützung durch Familienmitglieder wahrgenommen wird. – Allerdings ist bekannt, dass PA mit hohem Stress diese Unterstützung oft nicht aktiv einfordern, da sie mangelnde Empathie und fehlendes Verständnis befürchten. Noch geringer ist die Bereitschaft, die Hilfe von Freunden und Bekannten zu erbitten.

Quelle: Wilks SE, Croom B (2008) Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health* 12(3) 357-365

¹ Beispiel: Für jedes Jahr mehr Bildung weist ein vorliegender Grad an Alzheimer-Pathologie weniger Auswirkung auf kognitive Funktion auf: Demnach ist Bildung ein Moderator zwischen Pathologie und Kognition, nicht aber ein mitverursachender Faktor. Bennett DA (2006) Postmortem Indices Linking Risk Factors to cognition. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 20 (Suppl. 2) 63-67

11. Effekte der Tagespflege für Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund: Tagespflege gilt als eine Möglichkeit, herausforderndes Verhalten und die Belastungen Pflegender Angehöriger zu reduzieren. Bisherige Forschungen weisen unterschiedliche Ergebnisse für die Effektivität der Tagespflege auf. Vorliegende Studie untersucht Effekte der Tagespflege auf Kognition, Funktionen und Verhalten von Menschen mit Demenz und auf das psychologische Wohlbefinden Pflegender Angehöriger.

Methode: Die quasi-experimentelle Studie (►Glossar) untersucht Daten aus der Region Pistoia (Italien) von Patienten einer gerontopsychiatrischen Ambulanz (Geriatric Evaluation and Management Unit= GEMU) in den Jahren 1992-2002. Die GEMU spricht aufgrund von Untersuchungen Empfehlungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung (Tagespflege) aus. Alle den Kriterien für Demenz nach DSM IV entsprechenden Klienten wurden in zwei Gruppen unterteilt: Klienten in der Tagespflege (Interventionsgruppe n=30) und Klienten in der stationären Versorgung (Kontrollgruppe n=30). Mitglieder beider Gruppen wurden auf Vergleichbarkeit untersucht („matched“► (Glossar)). Die Arbeit in der Tagespflege (Intervention) wird beschrieben: Im Mittelpunkt der Maßnahmen stehen Werte von Normalisierung, Tagesstrukturierung, Beschäftigung. Angehörige erfahren Beratung. Beide Gruppen wurden am Anfang der Maßnahme und 2 Monate nach Beginn der Maßnahme untersucht. Instrumente werden beschrieben, die oben erwähnte Effekte abbilden.

Resultate: Unterschiede zwischen beiden Gruppen anlässlich der Basisuntersuchung (= Erstuntersuchung) lagen kaum vor. Nach 2 Monaten zeigten sich folgende Unterschiede: Gäste in der Tagespflege wiesen eine Steigerung ihrer kognitiven Funktionen, Klienten in der stationären Versorgung eine Verschlechterung auf. Vergleichbares wurde festgestellt für herausforderndes Verhalten (hochsignifikante Unterschiede), wie auch für den Einsatz von Psychopharmaka (Zunahme). Der Stress für Pflegende Angehörige ließ in der Interventionsgruppe nach und blieb für die Pflegenden Angehörigen aus der Vergleichsgruppe gleich hoch.

Schlussfolgerungen: Insgesamt wiesen Personen in der Tagespflege und deren Angehörige deutlich bessere Werte auf, als Personen aus der Vergleichsgruppe. Besonders die Reduktion belastender herausfordernder Verhaltensweisen wird von den Autoren betont. Die Autoren überlegen, ob der höhere Anteil an sozialer Interaktion und Kommunikation für den Unterschied verantwortlich ist. – Die Reduktion der objektiven Belastungen der Angehörigen von Gästen in der Tagespflege ist bemerkenswert, allerdings betrifft dies nicht die Depressivität: diese scheint weniger der Versorgungssituation, sondern Persönlichkeitsmerkmalen der Pflegenden geschuldet zu sein.

Quelle: Mossella E, Caleri V, Razzi E, Di Bari M, Cantini C, Tonon E, Lopiato E, Marini M, Simoni D, Cavallini MC, Marchionni N, Biagini CA, Masotti G (2008), Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23(10): 1066-1072

12. Bei Hilfe durch Angehörige häufig kein Wunsch nach Tagespflege

Ziel/Hintergrund: Häusliche Pflege und Tagespflege reduzieren die Belastung für Pflegenden Angehörige und verzögern einen stationären Aufenthalt (siehe Monitoring 7,2). Dennoch werden diese Dienste von Menschen mit Demenz nur zögerlich angenommen bzw. abgelehnt. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass die Informationen dieser Dienste nicht genügend auf die Empfänger ausgerichtet sind, die täglich anfallenden Fahrten ein Problem darstellen und Menschen mit Demenz befürchten, irgendwann nicht mehr nach Hause zu dürfen. Ziel vorliegender Studie ist es, die Gründe zu erkunden, warum Menschen mit Demenz die Dienstleistungen ablehnen, sowie die damit einhergehenden klinischen Aspekte zu untersuchen (z.B. Depressivität).

Methode: 50 Personen mit diagnostizierter Demenz aus einer Gelegenheitsstichprobe aus Manchester (UK), die häusliche Pflege oder Tagespflege ablehnten, zu Hause leben und einen Pflegenden Angehörigen haben, wurden interviewt. Anhand einer visuellen Analogskala wurden mögliche Ablehnungsgründe im Interview erhoben und bewertet. Instrumente werden beschrieben, anhand derer kognitive Funktion, Sprachflüssigkeit, Depressivität, herausforderndes Verhalten und Krankheitseinsicht eingeschätzt wurden.

Resultate: Hauptgründe für die Ablehnung von Tagespflege waren: Ich brauche das nicht (74%), ich bin es gewohnt, für mich zu sein (70%), mir würde das nicht gefallen (68%). Weitere Gründe lauteten: Bedenken wegen unbekannter Personen, nicht den ganzen Tag anderswo eingesperrt sein wollen, Bedenken, irgendwann nicht mehr nach Hause zu dürfen, der Wunsch, eher die Zeit mit jungen Menschen zu verbringen. Personen, die eher gewillt waren, Hilfe anzunehmen, wiesen folgende Merkmale auf: Sie litten vergleichsweise länger an der Demenz, sie waren vergleichsweise älter, sie waren schon länger auf Hilfe durch den Pflegenden Angehörigen angewiesen. Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, wuchs proportional zur Krankheitsdauer.

Schlussfolgerungen: Die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, konnte nicht mit klinischen Variablen (kognitive Funktion, Depressivität, Krankheitseinsicht, herausforderndes Verhalten) in Zusammenhang gebracht (korreliert) werden. Überlegungen werden angestellt, wie Dienstleistungen erreichen können, den Charakter ihres Angebotes auf eine Weise darzustellen, die den Sorgen und Missverständnissen entgegenwirkt.

Quelle: Durand M, James A, Ravishankar A, Bamrah JS, Purandare NB (2009) Domiciliary and day care services: Why do people with dementia refuse? *Aging & Mental Health* 13(3) 414-419

13. Tagespflege als Testgelände (Ehefrauen) oder als Entlastung (Töchter)

Ziel/Hintergrund: Politisch und fachlich wird Tagespflege unter anderem mit der Vermutung begründet, sie verzögere den Heimeinzug. Wenig ist darüber bekannt, wie sich das Verwandtschaftsverhältnis zum Klienten auf die Heimaufnahme auswirkt. Bekannt ist, dass Menschen mit Demenz schneller aufgenommen werden, wenn ihre Abhängigkeit zunimmt, wenn sie herausforderndes Verhalten aufweisen, wenn die Demenz an Schwere zunimmt, wenn die soziale Unterstützung gering ist. Angehörige beschleunigen die Heimaufnahme, wenn sie selber alt, krank und/oder behindert sind und höheres Belastungserleben aufweisen, insbesondere Rollengefangenschaft und Rollenüberlastung. – Vorliegende Studie untersucht unter Berücksichtigung genannter Variablen die Bedeutung des Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegenden Angehörigen (PA) für die Heimaufnahme von Menschen mit Demenz, die eine Tagespflege besuchen. Es wird erwartet, wichtige Schlussfolgerungen ziehen zu können für die Art und Weise, in der Tagespflege unterschiedliche Angehörigengruppen informiert und begleitet.

Methode: Vorliegende quasi-experimentelle Studie aus den USA untersucht Daten, die im Rahmen einer anderen Studie gesammelt wurden (Adult Day Care Collaborative Study), welche die Effektivität der Tagespflege untersuchte. Verglichen wurden Angehörigengruppen in zwei US-Staaten, von denen eine Zugang zur Tagespflege hatte (Interventionsgruppe) und eine, die diesen Zugang nicht hatte (Kontrollgruppe). Interviews wurden zu drei Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchgeführt. Die Untersuchungsgruppe umfasste 371 PA, davon 141 Ehefrauen (76 Tagespflege, 65 Kontrollgr.) und 230 Töchter (98 Tagespflege, 132 Kontrollgr.). Die Heimaufnahme vorhersagende Faktoren (Prädiktoren) wurden dem Stress-Prozess-Modell (SPM) nach Pearlin (vgl. Editorial) entnommen. Als Ergebniskriterium galt der Zeitpunkt der Heimaufnahme. Nacheinander wurden die Variablen des Stress-Prozess-Modells und abschließend die Daten der Verwandtschaftsverhältnisse in ein Modell eingeführt, das die Berechnung des proportionalen Anteils von Risiken erlaubt. (Cox proportional hazard model).

Resultate: Ehefrauen von Männern mit Demenz, die eine Tagespflege besuchen, tragen eher für eine Heimaufnahme Sorge, als dies Töchter tun. Dieses Ergebnis bleibt auch dann bestehen, wenn die Variablen des SPM sukzessive berücksichtigt werden (herausforderndes Verhalten, Schwere der Demenz etc), d.h.: wenn man beispielsweise nur Ehefrauen und Töchter vergleicht, die Personen mit herausforderndem Verhalten eines bestimmten Schweregrades versorgen. Ehefrauen, deren Männer die Tagespflege besuchen, optieren schneller für eine stationäre Aufnahme als Frauen, deren Männer nicht in die Tagespflege gehen. Ist die Rollengefangenschaft (sich gefangen fühlen) hoch, dann unterschieden sich Ehefrauen und Töchter nicht bezüglich der Heimaufnahme, war die Rollengefangenschaft aber geringer, dann optierten die Töchter deutlich seltener zur Heimaufnahme als die Ehefrauen. Bei der Rollenüberlastung (zu viele erschöpfende Aufgaben) sind es nur die Ehefrauen, die eine schnellere Heimaufnahme anstreben. Auch wenn das Ausmaß der sozialen Störungen und damit der drohenden Isolierung zunahm, reagierten Ehefrauen schneller mit Heimeinweisung als Töchter.

Schlussfolgerungen: Die Autoren vermuten, dass für Ehefrauen die Tagespflege eher als Testgelände für einen schon in Aussicht genommenen stationären Aufenthalt des Mannes dienen. Bei Töchtern dagegen dient die Tagespflege eher dazu, den Heimaufenthalt hinauszuschieben. Sie nutzen die Tagespflege, um sich von Aufgaben zu entlasten und Anliegen von Beruf und eigener Familie besser nachzukommen. In ähnlicher Weise sind Ehefrauen angesichts der Demenz des Partners eher von Isolation bedroht als Töchter: daher entscheiden sich erstere schneller für den stationären Aufenthalt. Neu ist die Erkenntnis, dass Töchter bei geringer Rollengefangenschaft weniger zur Heimaufnahme tendieren.

Neu auch, dass die Rollenüberlastung Ehefrauen schneller an die Grenzen ihrer Kräfte bringt als Töchter. In Bezug auf Ehefrauen empfehlen die Autoren ein komplexeres Beratungsmanagement, um einer Heimeinweisung entgegenzuwirken.

Quelle: Cho S, Zarit SH, Chiriboga DA (2009) Wives and Daughters: The Differential Role of Day Care Use in the Nursing Home Placement of Cognitively Impaired Family Members. The Gerontologist 49(1) 57-67

14. Effekte auf Gewicht und Appetit durch Omega-3 Fettsäurepräparate bei Alzheimer Patienten: Die Omega-3 Alzheimer Studie

Ziel/Hintergrund: Unterschiedliche Studien zeigen, dass demenziell Erkrankte häufig weniger Gewicht und geringere Body Mass Werte aufweisen als kognitiv nicht beeinträchtigte Senioren.

Die hierfür verantwortlichen Ursachen der Gewichtsabnahme müssen als vielfältig angenommen werden. Zu ihnen sind der Rückgang des Geschmacksempfindens, Verhaltensauffälligkeiten wie allgemeine Ruhelosigkeit, Umherirren und gesteigerte Erregung zu zählen. Letztere als Verhaltensweisen, die zur körperlichen Verausgabung führen. Ein weiterer Faktor, der die Gewichtsabnahme beeinflussen kann wird in Entzündungen – als Begleitscheinung der Demenz – gesehen.

Hinsichtlich der Entzündungen konnte bereits allgemein bei geriatrischen Patienten beobachtet werden, dass die Verwendung von Omega-3 Fettsäuren einen positiven Effekt hat. Die generelle Nutzung entsprechender Präparate könnte zur allgemeinen Stabilisierung des Gewichtszustands bei Alzheimerpatienten entsprechend sinnvoll sein.

Einige prospektive Studien (►Glossar) haben darüber hinaus gesicherte Zusammenhänge von Fischkonsum und dem Risikograd an einer Demenz zu erkranken nachweisen können. Das definierte Hauptziel der Studie war die Untersuchung möglicher (positiver) Effekte von Omega-3-Fettsäurepräparaten auf das Gewicht, den Appetit und andere Ernährungsparameter. Zusätzlich wurden Einflüsse von Entzündungen und dem APOEε4 (►Glossar) auf das Gewicht überprüft. (►Glossar)

Methode:

Vorliegende Studie ist eine Placebo-kontrollierte (►Glossar) und zufallsbasierte (randomisierte; ►Glossar) Doppelblindstudie (►Glossar).

An ihr nahmen 204 Probanden aus dem Großraum Stockholm mit einer leichten bis mittleren Alzheimer Demenz teil. 52% der Probanden waren weiblich. Alle Versuchsteilnehmer wurden über spezialisierte Memory-Kliniken ausgewählt und wiesen neben der Diagnose Alzheimer Demenz (AD) einen MMSE-Wert (Mini-Mental State Examination) zwischen 15 und 30 Punkten auf. Alle Probanden lebten in der eigenen Häuslichkeit, die Einnahme von speziellen entzündungshemmenden Präparaten galt als Ausschlusskriterium.

Von den insgesamt 174 Teilnehmern, die die Studie abschließen konnten, erhielt rund die Hälfte über 6 Monate täglich Omega-3 Fettsäure in Kapselform in einer festen Dosierung. Die Vergleichsgruppe erhielt über 6 Monate täglich eine Kapsel ohne Wirkstoff (Placebo). Nach 6 Monaten erhielten alle Probanden für ein weiteres halbes Jahr ausschließlich und in derselben Dosierung das oben genannte Omega-3 Fettsäure-Präparat.

Die Effekte wurden mit Hilfe gängiger Assessments (►) gemessen. Daneben kamen Gewichtsmessungen und Bluttests zum Einsatz.

Zur Analyse der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden verschiedene statistische Testverfahren genutzt.

Resultate: Nach Durchführung der Studie konnte bei den Probanden, die ausschließlich die vorgegebenen Omega-3 Fettsäure-Präparate einnahmen, eine Gewichtszunahme festgestellt werden.

In der Placebogruppe veränderte sich das Gewicht der Probanden in den ersten 6 Monaten nicht. Nachdem auch der Placebogruppe in der zweiten Phase die Omega-3 Fettsäure-Präparat verabreicht wurden, kam es auch in hier zu einer messbaren Gewichtszunahme. Auch der Appetit der Teilnehmer wurde durch die Vergabe des Präparats nachweislich angeregt.

Schlussfolgerungen: Auf der Grundlage der 12-monatigen Ergebnisse der Studie kann davon ausgegangen werden, dass die DHA-angereicherten Omega-3 Fettsäure-Präparate einen positiven Effekt auf das Gewicht und den Appetit von demenziell Erkrankten haben. Dies gilt jedoch ausdrücklich für Patienten mit einer milden und moderaten/mittleren Alzheimer Demenz.

Auswirkungen bzw. Einflüsse auf APOE ϵ 4 (Apolipoprotein E ϵ 4) konnten nicht nachgewiesen werden.

Quelle: JAGS. Januar 2009 – Vol. 57, NO. 1

15. Positiver Effekt von Oxcarbazepine (OXC) in der Behandlung von Agitation und Aggression bei schwerer Demenz nicht nachgewiesen

Ziel/Hintergrund

Annähernd 80% der Altenheimbewohner in Norwegen haben eine demenzielle Erkrankung, von denen über 20% agitiertes und aggressives Verhalten zeigen. Diese werden meist mit Antipsychotika behandelt, deren Effekt nur gering ist, aber häufig schwere und irreversible Nebenwirkungen zur Folge haben. Die Behandlung mit Oxcarbazepine (OXC) (►Glossar) wurde in Fallstudien als effektiv bewertet und hat weniger Nebenwirkungen als Carbamazepine, doch wurde dies bisher mit einer Kontrollstudie untersucht. Ziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung, ob OXC effektiv in der Behandlung von Agitationen und Aggressionen von institutionalisierten Menschen mit Alzheimer oder vaskulärer Demenz ist.

Methoden

Das Studiendesign war eine multizentrische, doppelt-verblindete, randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie über einen Zeitraum von 8 Wochen in 35 Altenheimen in Norwegen. Eine Gruppe erhielt ein Placebo, die andere Gruppe OXC in einer Anfangsdosis morgens und abends, welche schrittweise über 3 Wochen erhöht wurde. Während des Verlaufes der Studie wurden die Häufigkeit von Agitationen und Aggressionen der Demenzbetroffenen, die Veränderung der Belastung der Pflegenden gemessen und zudem Interviews mit den jeweiligen Bezugspflegerpersonen durchgeführt. Die Datenerhebung fand vor Beginn, nach 2, 4, 8 und 12 Wochen statt. Zudem wurden Labordaten erhoben.

Resultate

Über hundert Bewohner wurden zufällig auf zwei Gruppen (Gruppe 1: Medikament mit OXC-Wirkstoff; Gruppe 2: Medikament ohne OXC-Wirkstoff = Placebo-Gruppe) verteilt. Nach einem Zeitraum von 8 Wochen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Verminderung von agitiertem und aggressivem Verhalten festgestellt werden. Anders sah es bezüglich der Wechselwirkungen aus. 75 Prozent der Teilnehmer in der Gruppe mit dem OXC-Wirkstoff litten unter Nebenwirkungen; hauptsächlich an einer Sedierung und daraus wiederum resultierenden Folgen. Derartige Folgen erlitten in der Placebo-Gruppe nur 45 Prozent der Teilnehmer.

Schlussfolgerung

Die Wirksamkeit von OXC auf die Verminderung von agitiertem und aggressivem Verhalten konnte mit den vorliegenden Daten nicht bewiesen, sondern nur ein Trend zur verbesserten Leistungsfähigkeit dargestellt werden. Ein Nachteil war, dass OXC bei einer großen Anzahl der Bewohner zur Sedierung führte, in dessen Folge eine stärkere Tendenz zu Koordinationsschwierigkeiten (Ataxien) und Stürzen zu verzeichnen war.

Quelle

Sommer, O.H.; Aga, O.; Cvancarova, M.; Olsen, I.C.; Selbaek, G.; Engedal, K. (2009): Effect of oxcarbazepine in the treatment of agitation and aggression in severe dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 27: 155-163.

16. Einsatz von Ergotherapeuten in der häuslichen Umgebung erhöht Akzeptanz und Wirksamkeit eines Aktivitätsprogrammes

Ziel/Hintergrund: Es ist bekannt, dass sinnvolle Tätigkeiten Umfang und Ausmaß herausfordernden Verhaltens und damit das Belastungserleben von Pflegenden Angehörigen reduziert. Bislang liegen Forschungen bezüglich individualisierter Aktivitätenprogramme insbesondere für den stationären Bereich, wenige aber für die häusliche Pflege vor (vgl. Monitor 6,18; 6, 21). Vorliegende Arbeit stellt die Entwicklung und die Überprüfung des TAP (tailored activity program) vor, ein beschäftigungstherapeutisches Programm, in dem umfassend die Fähigkeiten und Wünsche von Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld ermittelt (Assessment), Tätigkeiten entwickelt und anschließend Pflegende Angehörige geschult und begleitet werden, speziell entwickelte gemeinsame Tätigkeiten im Alltag zu verankern. Das Programm wurde in einer zweiarmigen, randomisierten Studie (►) mit 60 teilnehmenden Familien entwickelt und auf seine Effekte hin untersucht. In einer bereits veröffentlichten Studie aus den USA konnten beeindruckende Effekte bezüglich der Reduktion herausfordernden Verhaltens und hoher Zufriedenheit von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen berichtet werden.

Methode: Das Programm umfasst 6 Sitzungen von je 90 Minuten Dauer und 2 ausführliche anschließende Telefonkontakte. Das Programm wird von qualifizierten Beschäftigungstherapeuten in einem Zeitraum von 2 Monaten durchgeführt. In Phase 1 wird anhand verschiedener Assessments erhoben: Vorhandene Kommunikations- und Interaktionsmuster, die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person mit Demenz sowie eine Einschätzung der räumlichen Umgebung. In Phase 2 erfolgen verschiedene Schulungen zu den Themen: Umgebung, Aktivitäten, spezifische Anleitungstechniken sowie anschließend beispielhafte Praxissitzungen, in denen die Aktivitäten von der Therapeutin durchgeführt werden. In Phase 3 unterstützt, begleitet und reflektiert der/die ErgotherapeutIn die Pflegende Angehörige im Sinne eines fortführenden Coachings.

Mithilfe zweier ergotherapeutischen Diagnoseinstrumenten wurden die Prozessfähigkeiten (Aufmerksamkeit, Befolgen von Anweisungen, Problemlösungsverhalten, wichtige Schlüssel und Reize) sowie Funktionsebenen (von sehr eingeschränkt bis vollständiges Funktionieren) abgebildet

Die Aktivitäten mit dem höchsten möglichen Potential werden identifiziert und schrittweise eingeführt (implementiert). Dabei werden wichtige Hinweisreize, anleitende Aktionen, Geduld, Umgang mit Frustrationen, Feinjustierung des Anspruchsniveaus der Tätigkeiten präzise erarbeitet und Umgebungsanpassungen vorgenommen.

Am Ende des Programms evaluierten die Beschäftigungstherapeuten die Akzeptanz des Programms bei Pflegenden Angehörigen und den Klienten.

Resultate: Die Assessmentinstrumente erlaubten eine sehr präzise Passung zwischen den Klienten, den Pflegenden Angehörigen und der konkreten häuslichen Umgebung. Insbesondere die korrekte Bestimmung der vorhandenen Funktionsebene erwies sich als entscheidend für den Erfolg. Für die 60 Paare konnten insgesamt 170 Aktivitäten entwickelt werden. Die meisten Aktivitäten entsprachen den Bereichen: Erinnerung und Fotos, Haushalt und Aktivitäten des täglichen Lebens, Spiele und Freizeit, Kunst und Handwerk, physische und sportliche Tätigkeiten, Filme und Musik. Von diesen 170 Aktivitäten wurden 81,5 % vier Mal zwischen den Sitzungen zur Anwendung gebracht. 55% der Tätigkeiten konnten von den Klienten selbstständig durchgeführt werden. Pflegende Angehörige beschrieben, wie das gemeinsame Durchführen und die Coachingprozesse das eigene Selbstvertrauen gestärkt hatten. In der überwiegenden Mehrzahl erwiesen sich die Aktivitäten als durchführbar und erfreulich, die Akzeptanz bei den Pflegenden Angehörigen fiel mit 96% sehr hoch aus. Insgesamt berichteten dieselben deutlich weniger über herausfordernde Verhaltensweisen als vor der Intervention.

Schlussfolgerungen: Der Einsatz geschulter Therapeuten ermöglicht es den Angehörigen, vorhandene Möglichkeiten sehr viel genauer in den Blick zu nehmen und zielgerichtet zu nutzen. In diesem Zusammenhang erwies sich der Assessmentprozess als Augenöffner für die Pflegenden Angehörigen im Sinne eines Umbaus der eigenen Wahrnehmung (z.B. ist der Klient in der Lage zu sequenzialisieren: Dinge nacheinander zu tun (erklären), kann er verbalen Instruktionen folgen etc.) Die genaue Anpassung an die Interessen und vorhandenen Kompetenzen trägt zu einer größeren Zufriedenheit der Klienten und damit zu einer Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen bei.

Abschließend wird selbstkritisch auf die Schwäche der Studie hingewiesen: die Evaluation erfolgte durch die Personen, welche die Intervention auch durchführten. Hier sind erwünschte Antworten zu befürchten. Weiterhin ist nicht bekannt, ob die Familien die Aktivitäten nach Beendigung des Programms fortführten. Die Autoren halten die Resultate der Evaluation von TAP für sehr vielversprechend und sprechen Empfehlungen für rigorosere Studien aus.

Quelle: Gitlin NL, Winter L et al (2009) The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: Feasibility, Acceptability, and Replication Potential. The Gerontologist 49(3) 428-439

17. Zufriedenheit bei Umzug in eine betreute Wohnform ist von Kontakt, Aktivitäten und zugestandenen Freiheiten abhängig

Ziel/Hintergrund: Menschen mit Demenz werden häufig an irgendeinem Punkt ihrer Erkrankung mit der Notwendigkeit von Umzügen konfrontiert. Für die meisten Menschen ist dies mit Ängsten und Widerstand verbunden. Bisherige Forschungen weisen bezüglich der Bewertung dieses Vorgangs auf folgende Kontextfaktoren hin: Faktoren, die mit der Persönlichkeit, der gesellschaftlichen Stellung und Gesundheit zusammenhängen, Faktoren, die den unmittelbaren Kontext des Umzugs betreffen, Faktoren, welche die Qualität der neuen Umgebung und die Kongruenz derselben mit den individuellen Bedürfnissen und Erwartungen betreffen.

Vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die subjektive Bedeutung von Umzügen in „residential care facilities“, die in etwa Modellen betreuten und begleiteten Wohnens entsprechen.

Methode: Eine Gelegenheitsstichprobe von 16 Personen mit Demenz in Ottawa (Kanada), die noch zu Hause wohnen, aber in nächster Zeit in eine Einrichtung betreuten Wohnens umsiedeln möchten, wurden in halb-strukturierten Interviews befragt. Die Daten wurden nach der Methode von Corbin und Strauss analysiert (Grounded Theory: ►Glossar).

Resultate: Die zentralen subjektiven Bedeutungen des Umzugs wurden unter folgende Titel gestellt: Der Umzug symbolisiert (a) das Ende einer Ära und eines Lebensstils (way of life), (b) die unentrinnbar nach unten verlaufende Lebensrichtung im Alter, (c) in einer geschützten, mehr abhängigen, strukturierten, gemeinschaftlichen Daseinsform leben, die mit „Gastlichkeit“ und „Ruhe“ verbunden wird, (d) eine Lebensherausforderung, die man gut bewältigen kann, wenn man sich selbst als „Überlebender“ vorstellt.

Zum einen wurden Hoffnungen artikuliert, viele lästige und aufwändige Strukturierungsaufgaben des Lebens (Haushalt, Kochen etc) abgeben zu können; andererseits wurde die Sorge laut, dass eben darin sinnvolle und sinngebende tägliche Aktivitäten aufgegeben werden mit negativen Folgen für die eigenen Fähigkeiten und den eigenen Status. In den Interviews wurden die unterschiedlichen und widerstreitenden Gefühle (Ambivalenzen) zwischen den Bedürfnissen nach Unterstützung vs. Autonomie, Sicherheit vs. Privatheit, Kontinuität vs. Veränderung, Familiarität vs. Neuigkeit, Individualität vs. Gemeinschaftlichkeit, Leben mit Menschen aus verschiedenen Lebensaltern vs. Leben in einer nur aus Senioren bestehenden Gemeinschaft in vielfältig nuancierter Weise abgewogen. Je mehr die Probanden an kognitiven Defiziten litten, desto eher verbanden sie mit dem Umzug negative Folgen. Ängste vor Fremdbestimmung (Assoziationen mit dem Militär oder einer Internierung) wurden artikuliert. Im Kontext der Überlegungen eines Umzuges wurde zu meist auch das komplexe, vielschichtige Abhängigkeitsnetz von Pflegenden Angehörigen offenbar, das bislang das Leben im eigenen Zuhause ermöglichte. – Einige Personen machten sich Mut, indem sie sich an ihre bisherigen Überlebenstechniken erinnerten und sich vor Augen führten, welche Lebensherausforderungen sie bislang bewältigt hätten; andere eher introvertierte, von funktionalen Defiziten betroffene Personen, die bislang eher ein geschütztes Leben geführt hatten (limited past psycho-environmental history) äußerten mehr Ängste und wiesen geringere Widerstandskraft gegen Stress (Resilienz) auf.

Schlussfolgerungen: Insgesamt werden mit dem Umzug in Einrichtungen betreuten Wohnens weniger Ängste verbunden, als mit dem Heimeinzug. „Gastlichkeit“, „Ruhe“ und Schutzraum für „Überlebende“ stellten vergleichsweise neue und andere Bewertungen dar. Vergleiche zu Untersuchungen werden hergestellt, in denen Personen (mit leichter Demenz?) einer Präferenz für eine hotelähnliche Unterbringung im Gegensatz zu einer familienähnlichen Umgebung (Wohngemeinschaft) zum Ausdruck brachten und dies quasi als „Belohnung“ für ein anstrengendes Leben bewerteten. Die Autoren heben die Bedeutung

der Erinnerung an positiv bewältigte Herausforderungen des Lebens hervor: dies sei ein möglicher Weg, Ängsten bei Umzügen zu begegnen (reframing). Weiterhin weisen sie darauf hin, dass bei zunehmender Demenz die Wahrscheinlichkeit einer misslingenden Anpassung zunimmt (maladaptation).

Abschließend betonen die Autoren, dass eine familiäre, heimelige (homelike) Umgebung weniger mit den physischen Umgebungsmerkmalen, sondern vielmehr mit den Strukturen der Aktivitäten, Interaktionsmustern, Gewohnheiten und Freiheiten zusammenhängt.

Quelle: Aminzadeh F, Dalziel WB, Molnar FJ, Garcia LJ (2009) Symbolic meaning of relocation to a residential care facility for persons with dementia. *Aging & Mental Health* 13(3) 487-496

18. Strukturierte Erinnerungsarbeit nach „TimeSlips“ (etwa: Zeitrutsch) verbessert Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und steigert Arbeitszufriedenheit

Ziel/Hintergrund: TimeSlips (TS) stellt eine kreative Methode dar, mit Menschen mit Demenz in Gruppen anhand vorgegebener Materialien Erinnerungsarbeit zu gestalten, ohne dass es zu Versagensgefühlen kommt („failure-free“). Es wird damit gerechnet, dass sich die Methode eher für Personen mit leichter bis mittelschwerer Demenz eignet. Es werden klientenbezogene (proximale) und mitarbeiterbezogene (distale) Hypothesen (H) gebildet: Bewohner in Einrichtungen mit TS werden aktiver sein (H1) und mehr positive Affekte zeigen (H2). Mitarbeiter werden mehr Kontakte zu Klienten an den Tag legen (H3), positivere Haltungen ihnen gegenüber einnehmen (H 4) und eine höhere Arbeitszufriedenheit aufweisen (H 5).

Methode: Im Rahmen eines experimentellen Designs wurden zueinander passende Paare von 20 Heimen gebildet (matched pairs), von denen jeweils eines der Interventions- und ein anderes der Kontrollgruppe (Warteliste) zugewiesen wurde (es handelt sich bei der Vergleichbarkeit eher um recht formale Kriterien wie: demenzhomogene Wohngruppe, Größe der Einrichtung etc). Bewohner von Einrichtungen wurden beobachtet bezüglich Affekt und Engagement (in etwa: Beteiligung), Mitarbeiter anhand eines Fragebogens zur Arbeitszufriedenheit befragt. Es werden die Instrumente beschrieben, anhand derer Affekt, Engagement, vom Mitarbeiter ausgehende Interaktionen, Mitarbeiterhaltung, Burnout und Arbeitszufriedenheit erfasst wurden.

Am TS Programm nehmen 10-12 Personen über 10 Wochen 1 ½ Stunden wöchentlich teil. Anhand von Bildmaterialien werden die Teilnehmenden zu Assoziationen aufgefordert. Die Antworten werden aufgeschrieben und vom Leiter in eine zusammenhängende Geschichte/Erzählung gefasst, die anschließend allen vorgelesen und als Collage im Wohnbereich ausgehängt wird. Durchführende Personen werden über 8 Wochen hinweg geschult und intensiv in der Praxis begleitet. Das Gesamtprogramm kann unter: www.timeslips.org eingesehen werden.

Resultate: Die Teilnahme an Aktivitäten fiel deutlich höher in TS-Einrichtungen als in den Kontrolleinrichtungen aus. Allerdings gab es in den TS-Einrichtungen auch geringfügig mehr herausforderndes Verhalten, wogegen Klienten in den Kontrolleinrichtungen eher neutrales Verhalten an den Tag legten (null behaviour). Mitarbeiter traten in TS Einrichtungen häufiger in Kontakt mit Klienten: es konnte vermehrt Augenkontakt, Kommunikation, Berührung als in den Kontrolleinrichtungen festgestellt werden. Mitarbeiter, die das Training absolvierten, zeigten deutlich weniger Anzeichen maligner Sozialpsychologie und legten positivere Haltungen an den Tag. Dies strahlte auch deutlich auf KollegInnen aus, die persönlich nicht am Training teilnahmen. Die Arbeitszufriedenheit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe insgesamt unterschied sich nicht.

Schlussfolgerungen: Das höhere Kontaktniveau in den Interventionseinrichtungen wird hervorgehoben. Kritisch wird diskutiert, dass die Studie keine Messungen vor der Intervention in den Einrichtungen aufweist (Basislinie). Das höhere Maß herausfordernden Verhaltens wird damit erklärt, dass es in den Interventionseinrichtungen zu mehr Begegnung und Kontakt, damit aber auch zu mehr herausfordernden Situationen kommt. Differenziertere Studien könnten untersuchen, welche Faktoren bei welchen Klienten eher negative Reaktionen auf TS auslösen könnten.

Trotz positiver Auswirkungen auf Mitarbeitende unterscheidet sich die Arbeitszufriedenheit nicht: es wird vermutet, dass der Effekt von TS zu „lokal“, also begrenzt ist, um sich insgesamt auf Arbeitszufriedenheit auszuwirken.

Quelle: Fritsch T, Kwak J, Grant S, Lang J, Montgomery RR, Basting AD (2009) Impact of TimeSlips, a Creative Expression Intervention Program, on Nursing Home Residents With Dementia and their Caregivers. The Gerontologist 49(1) 117-127

19. Sturzrisiko von Menschen mit Demenz

Ziel/Hintergrund

Stürze haben große Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bei alten Menschen. Sie können starke Verletzungen zur Folge haben oder schüren die Angst vor neuen Stürzen, so dass die Betroffenen ihre Aktivitäten einschränken. Sturzrisikofaktoren sind u. a.: Alter, motorische Defizite, Sehstörungen, kognitive Störungen, Sturzvorgeschichte und Umgebungsfaktoren. Auch Demenz gilt als Sturzrisiko, doch wie es zu Stürzen bei Menschen mit Demenz kommt, bleibt umstritten. Erschwerend kommt hinzu, dass in Untersuchungen zu Stürzen von Menschen mit Demenz die vorliegende Demenzform nicht berücksichtigt wurde. Neuerdings weist vieles darauf hin, dass Menschen mit Lewy-Körperchen-Demenz (LKD) häufiger stürzen als Menschen mit Alzheimer-Demenz (AD).

Ziel der Studie war es, (a) kognitiv bedingte und nicht kognitiv bedingte Faktoren, die Einfluss auf das Sturzverhalten von demenzkranken Menschen in der häuslichen Umgebung haben, zu identifizieren und (b) das Sturzrisiko von Menschen mit LKD ohne Parkinson zu evaluieren, um die Ursachen für Stürze von Menschen mit Demenz besser zu verstehen.

Methode

Insgesamt wurden 78 Menschen mit Demenz untersucht. Einundfünfzig Personen hatten eine AD, 27 Personen eine LKD und 12 der 27 Personen hatten keinen zusätzlichen Parkinson. Das Durchschnittsalter der Menschen mit AD war niedriger als bei denen mit LKD. Mittels strukturierten Interviews wurde die Häufigkeit und Art der Stürze der letzten vier Monate von Menschen mit AD und LKD in Japan erhoben. Die Menschen mit Demenz mussten noch ohne Hilfen gehen können, durften keine starken Schwächen in Seh- und Hörschärfe aufweisen und mussten zu Hause leben. Zusätzlich zu den Interviews wurden die körperlichen, die kognitiven Fähigkeiten, visuelle Halluzinationen und die verschriebene Medikation erfasst. Zudem stellte ein Neurologe fest, ob bei den Patienten Schwankungen der kognitiven Fähigkeiten vorlagen.

Resultate

Während des Studienzeitraums von 4 Monaten sind 17 (21,8%) der 78 Patienten gestürzt, davon fünf mit AD und 12 mit LKD. Acht von diesen Patienten stürzten mehrfach. Angehörige von 7 der gestürzten LKD-Patienten mit Parkinson nannten Umgebungsfaktoren als mögliche Ursache für diese Stürze. Das Vorhandensein der Diagnose LKD, visuelle Halluzinationen, Parkinson und Schwankungen der kognitiven Fähigkeiten konnten in Zusammenhang mit den Stürzen gebracht werden.

Nachdem die Menschen mit LKD und gleichzeitigem Parkinson aus der Analyse herausgerechnet wurden, lag der Anteil der gestürzten Patienten für die verbliebenen 63 Personen bei 14,3%. In dieser Gruppe waren der Einsatz von Hypnotika (Schlafmittel) und Anxiolytika („Angstlöser“, Beruhigungsmittel) sowie schlechte Werte beim Abzeichnen von einfachen geometrischen Formen des ADAS aussagekräftige Vorhersageparameter der Stürze.

Schlussfolgerung

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Stürze bei Menschen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen annähernd doppelt bis dreimal so hoch ist wie bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen. Mit dieser Studie konnte die Lewy-Körperchen-Demenz (LKD) mit begleitendem Parkinson als einer der Hauptrisikofaktoren für Stürze bestätigt werden, ebenso wie visuelle Halluzinationen und Schwankungen der kognitiven Fähigkeiten. Auch der Einsatz von Hypnotika und Anxiolytika verstärken das Sturzrisiko. Schlechte Werte im Abzeichnen von einfachen geometrischen Formen sagten nur Stürze von Patienten mit LKD voraus. In anderen Studien konnte bereits nachgewiesen werden, dass haltungsbedingtes Schwanken, welches bei älteren Menschen vermehrt auftritt, sowie Gleichgewichtsprobleme und Störungen der Koordinierung der Gliedmaßen,

die bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Demenz häufiger auftreten, zu Stürzen führen können. Zum Gehen ist auch die sensorische Wahrnehmung (Bodenbeschaffenheit etc.) wichtig, doch diese kann bei Menschen mit AD oder LKD gestört sein. Zusätzlich lassen sich Menschen mit Demenz während des Gehens von veränderten und unterschiedlichen visuellen Informationen ablenken, wodurch Gleichgewichtsschwankungen oder Instabilität zunehmen. Dieser Zusammenhang zwischen visuellen Aspekten und kognitiven Fähigkeiten muss jedoch noch genauer untersucht werden.

Quelle

Kudo, J.; Imamura, T.; Sato, A.; Endo, N. (2009): Risk factors for falls in community-dwelling patients with Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies: walking with visuocognitive impairment may cause a fall. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 27(10): 139-146.

20. Insbesondere Hüftfraktur, Herzinsuffizienz und Gewichtsverlust führen zu früherer Institutionalisierung von MmD

Ziel/Hintergrund: Es ist bekannt, dass Menschen mit Demenz in der Regel mehr Begleiterkrankungen aufweisen als nicht-demente Vergleichsgruppen. Einige Befunde lassen vermuten, dass diese Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) nicht unwesentlich am funktionalen und kognitiven Niedergang beteiligt sind und zur frühen Institutionalisierung (z. B. Heimeinzug) beitragen. Vorliegende Studie untersucht die Komorbiditäten, die bei der Erstdiagnose Demenz oder kurz danach festgestellt werden. Es soll untersucht werden, inwieweit diese Risikofaktoren zu einer Institutionalisierung führen.

Methode: 348 Patienten mit Demenz wurden an zwei Memory Kliniken in Paris im Zeitraum von 1997 bis 2002 untersucht. Daten wurden bei der Ersterhebung sowie dann im Rhythmus von 6 Monaten erhoben. Klinische und pflegerische Daten, kognitiver Status und Schweregrad der Demenz wurden mit einschlägig bekannten und validen Instrumenten (► Glossar) erhoben.

Resultate: Vaskuläre Erkrankungen (49%), Bluthochdruck (38%) und Erkrankung der Herzkranzgefäße (15%) wurden bei der Erstuntersuchung festgestellt. Weitere Symptome und Gesundheitsprobleme waren neuropsychiatrische Symptome, insbesondere Depression (minor Depression 25,5%, major Depression 50,8%), ein niedriger Gewichtsindex (54%), Mobilitätseinschränkungen (28%), sensorische Einschränkungen (19%) und Inkontinenz (17%). Hüftfrakturen im Zeitraum von 3 Jahren vor der Erstdiagnose Demenz waren mit 10% vertreten.

Mit Institutionalisierung war die Hüftfraktur (3 Jahre vor Erstdiagnose Demenz) am deutlichsten verbunden. Andere Faktoren waren Herzinsuffizienz und mehr als 5% Gewichtsverlust in 12 Monaten. Weitere Faktoren waren hohes Alter, geringes Bildungsniveau, Leben ohne Partner, geringer kognitiver Status und schwerere Ausprägung der Demenz.

Schlussfolgerungen: Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zeitgleich mit der Demenzdiagnose festgestellt werden, tragen zur Institutionalisierung bei. Insbesondere die drei Faktoren Hüftfraktur, Herzinsuffizienz und Gewichtsverlust erhöhen das Risiko früher Institutionalisierung.

Die Autoren reflektieren, dass Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Hüftfrakturen in der Regel wenig auf Menschen mit Demenz ausgerichtet sind. Eben ein solches auf Menschen mit Demenz und Hüftfraktur ausgerichtetes Programm wird zurzeit an den Einrichtungen in Paris durchgeführt und evaluiert (siehe Studie FRANZ in Deutschland). Ähnliches fordern die Autoren für den Bereich der Nachbehandlung von Herzinsuffizienz. (cardiovaskuläre Risikofaktoren werden seit Jahren als Co-Faktoren in der Entstehung von Demenz unterschiedlicher Ätiologie diskutiert) In Bezug auf Gewichtsverlust ist bekannt, dass alleinlebende Frauen nach der Erstdiagnose besonders gefährdet sind. In der Regel verbessert sich der Body Mass Index nach der Institutionalisierung deutlich. Die Autoren diskutieren Strategien, dies auch in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen.

Quelle: Harboun M, Dorenlot P, Cohen N, Steinhagen-Thiessen E, Ankri J (2008) Impact of hip fracture, heart failure and weight loss on the risk of institutionalization of community-dwelling patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 23(12): 1245-1252

21. Erhöhte Arbeitszufriedenheit trägt zum Verbleib im Arbeitsfeld Demenz erheblich bei

Ziel/Hintergrund: In den westlichen Industrienationen werden Dienstleistungen und Personalbesetzungen in der Regel nur in Zeiten ökonomischen Wachstums erweitert. Aufgrund der zu diesen Zeiten vorhandenen beruflichen Alternativen wählen weniger Menschen einen Pflegeberuf. In Zeiten ökonomischer Stagnation spitzen sich die beruflichen Belastungen zu, mit der Folge zunehmender Abwanderung höher qualifizierter Personen in andere Berufe oder Funktionen. Insgesamt ist mit einer zunehmenden personellen Verknappung insbesondere im Bereich qualifizierter Pflegekräfte zu rechnen. Vorliegende Studie untersucht, warum qualifizierte Kräfte das Berufsfeld verlassen und was dies verhindern könnte.

Methode:

Eine (integrative) Form der Literaturstudie wird gewählt, die sowohl systematisch evidenzbasierte Literatur (►Glossar), aber auch „graue“ Literatur (►Glossar) sowie Materialien verwendet, die ein Verständnis der Dynamiken des Arbeitsmarktes erlaubt. Des Weiteren wurden Hinweise gesammelt im Rahmen einer Konferenz mit Regierungs- und Arbeitsmarktverantwortlichen in den Niederlanden.

Resultate:

In Zeiten ökonomischen Wachstums nimmt der Personalwechsel (in der Pflege) zu, parallel dazu sinken die Messwerte (Parameter) der Pflegequalität nach unten. Die zunehmende Konkurrenz (Marktprinzip) zwischen Dienstleistungen im Pflegebereich wirkt sowohl den Möglichkeiten der fachlichen Kooperation wie auch der Qualitätssteigerung entgegen. In diesem Zusammenhang nimmt das Qualifikationsniveau der Pflegenden ab: immer mehr angelernte Kräfte übernehmen komplexe Aufgaben mit der Folge sinkender Pflegequalität. Mit einem Einbruch der Absolventenzahlen pflegewissenschaftlicher Studiengänge wird gerechnet.

Das negative Image der Einrichtungen ist äußerlich davon geprägt, dass in allen Industrienationen die fachlichen Vorgaben und Standards bei weitem nicht erfüllt werden; intern bezweifeln die Pflegenden aufgrund der Personalbesetzungen die Qualität der Arbeit und sind trotz erheblicher Anstrengungen durchweg mit den Ergebnissen nicht zufrieden: Pflegeorganisation, Teamarbeit, Kommunikation mit der Leitung werden als ungenügend beurteilt und führen zu bedenklichen Ergebnissen sowohl für Pflegenden wie für Klienten.

Interviews mit Pflegenden anlässlich des Berufsausstiegs („exit interviews“), durchgeführt vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, haben gezeigt, dass 64% aller Personen aus Gründen aussteigen, die vermeidbar gewesen wären: schlechter Kontakt mit Leitung (13%), Unzufriedenheit mit der Pflegequalität (12%), ungenügende Perspektiven für die eigene Karriere (12%) und unzureichende Personalentwicklung (10%). Im Vergleich mit weiteren europäischen Studien zeigt sich, dass die Arbeitszufriedenheit insbesondere durch schlechte Personalentwicklung, unzureichende Personalführung sowie Personalmangel zu erklären ist. Das Belastungserleben per se ist nicht entscheidend, wenn dies durch positive Aspekte kompensiert wird: Haltungen der Einzelnen, des Teams, mehr Hoffnung und gute Personalführung führen zu besseren Ergebnissen. Wenn es gelingt, die Arbeit „intrinsisch erfreulich“ (intrinsic pleasure) zu gestalten und sie mit sozialen Anreizen (Belohnungen, Personalentwicklung) zu verbinden, dann ist die Arbeitszufriedenheit in der Regel hoch und die Wahrscheinlichkeit eines Berufsausstieg gering.

Die Systematische Literaturanalyse bestätigt diesen Befund: Arbeitszufriedenheit befördert signifikant eine patienten/klienten-orientierte Pflege, persönliches Wachstum im beruflichen Alltag und den Erwerb von Wissen und Fähigkeiten im emotionalen Bereich.

Die erwähnte Konferenz zog folgende Schlüsse: 1. es bedarf demenzspezifischer Schulungen insbesondere im Bereich der Beschäftigung, 2. Pflege sollte den Bedürfnissen ent-

sprechen, 3. Pflegepläne müssen sich sowohl auf den Klienten wie auf seine Familie beziehen, 4. Kurative und pflegerische Planungen müssen integriert werden, 5. es bedarf der Entwicklung von Karriereperspektiven, 6. das gesellschaftliche Image der Demenz muss verändert werden in einer Weise, dass Demenz als normaler Teil des Lebens akzeptiert wird (Abkehr von der Krankheitsperspektive).

Schlussfolgerungen:

Die Arbeitslast weiter anzuheben wird zum vermehrten Ausstieg führen; der Einsatz von immer mehr Immigranten führt zu vielen Kommunikationsproblemen und kulturell bedingten Konflikten, insbesondere im Feld der Demenz (Prinzipien der regressionsfreundliche Umgebung, die bei vielen Immigranten kulturell auf Ablehnung stößt; Wichtig: gerade deswegen muss dies ausführlicher und einfacher verständlich sein). Die Möglichkeiten der Delegation haben sich weitgehend erschöpft, da bereits fachlich anspruchsvolle Aufgaben flächendeckend an angelernte Personen delegiert werden. Insgesamt bleibt keine Alternative zur Personalentwicklung (human resource development) mit den zentralen Aufgaben der Qualifizierung, Karriereentwicklung, Teambildung und Personalführung, um bereits qualifizierte Personen zu motivieren, das Berufsfeld nicht zu verlassen. In diesen Personen besteht das größte und wichtigste „Kapital“ des Gesundheitssektors. Die Autoren rechnen damit, dass das vorherrschende Marktsystem die Pflegequalität weiter verschlechtern wird. Insgesamt bildet die Arbeit an der Arbeitszufriedenheit den Schlüssel, um die Arbeitsmarktprobleme im Pflegesektor allgemein und in der Demenz im besonderen langfristig zu bewältigen.

Quelle: Vernooij-Dassen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans R, van Achterberg T, Braat DD, Raas GP, Wollersheim H (2009) Dementia and the labour market: The role of job satisfaction. Aging & Mental Health 13(3) 383-390

Glossar (alphabetisch)

1. APOE ϵ 4 (Apolipoprotein E ϵ 4)

ApoE ist ein sogenanntes Serumprotein. ApoE-Gen gibt es in drei Formen ϵ 2, ϵ 3 und ϵ 4. ApoE ist beteiligt am Metabolismus, dem Transport und an den Ablagerungsprozessen von Cholesterin; Apolipoprotein E ist dabei in unterschiedlicher Weise mit der Demenz (speziell Alzheimer Demenz) verknüpft.

2. Assessment, Assessmentpaket

Ein Assessment (deutsch: Ab/Einschätzung, Bewertung, Beurteilung) ist ein festgelegtes Erhebungsinstrument. Mit einem Assessment kann beispielsweise der Schweregrad einer Demenz, der allgemeine Ernährungszustand, Beeinträchtigungen durch altersbedingte Behinderungen, Ausprägungen der Alltagsaktivitäten, Wohlbefinden; Schmerz usw. festgehalten und bewertet werden. Die Bewertung erfolgt zumeist durch die Vergabe von Punkten, anhand derer der Verlauf (Verbesserung, Verschlechterung, keine Veränderung) einer Krankheit wie Alzheimer, oder sozialer Aktivitäten verfolgt werden kann.

Auf der Grundlage von Assessments und der entsprechenden Auswertungen können auch Bedarfe eines einzelnen Patienten ermittelt werden. Ferner werden Assessments auch zu Forschungszwecken genutzt; werden hierbei mehrere Assessments als Erhebungsinstrument genutzt spricht man auch von Assessmentpaketen.

3. Doppelblindstudie

Die Doppelblindstudie ist eine Form der sog. Blindstudien. Bei einer einfachen Blindstudie wissen die Probanden (die Versuchspersonen) nicht, ob sie zur Experimentalgruppe oder der Kontrollgruppe gehören. Um beispielsweise zu testen ob ein neues Medikament die gewünschte Wirkung entfaltet, stellt man in einer Blindstudie eine Experimentalgruppe (diese erhält das neue Medikament über einen bestimmten Zeitraum) und eine Kontrollgruppe (diese erhält ein Placebo) zusammen. So kann geprüft werden, ob das neue Medikament tatsächlich wirkt.

Bei einer Doppelblindstudie wüssten weder die Probanden (Experimentalgruppe, Kontrollgruppe) noch die durchführenden Versuchshelfer/Forscher, wer das neue Medikament und wer das Placebo erhält/erhielt. Dadurch soll gewährleistet werden, eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung, die sich auf das Ergebnis auswirken könnte auszuschließen. Das Blindmachen verhindert so Ergebnisverzerrungen.

4. Evidenz (evidenzbasierte Literatur)

Evidenz Evidenzstufen, Evidenzlevel

Der Begriff der Evidenz bezieht sich zumeist auf das argumentative Gewicht von Aussagen, die durch wissenschaftliche Studien und Ergebnisse fundiert sind. Mit Hilfe so genannter Evidenzstufen kann, je nach der zugrunde liegende Studie oder Untersuchung von einem höheren oder geringeren Grad der wissenschaftlichen Fundierung und in der Folge Grad der Verallgemeinerbarkeit ausgegangen werden.

Mit Evidenzstufen kann das vorhandene externe Wissen/die Ergebnisse durch die Zuordnung zu einer Validitätsstufe (siehe Validität, ►Glossar) hierarchisiert werden. Im gesundheitsspezifischen Forschungsbereichen werden zumeist fünf Evidenzstufen genannt. So gilt beispielsweise eine randomisierte Studie als wesentlich evidenter im Vergleich zu einer solchen, die auf Experteninterviews basiert.

5. Gelegenheitsstichprobe

Eine Gelegenheitsstichprobe, die nicht auf einer rein zufälligen Auswahl beruht. Ein typisches Beispiel für eine Gelegenheitsstichprobe ist eine Befragung in einer Fußgängerzone, an einem Bahnhof oder an einem anderen öffentlichen Platz mit hohem Personenaufkommen. Nur die dort auftretenden Personen können (in Auswahl) befragt werden. So ist zum Beispiel nicht ausgeschlossen, dass durch eine solche Befragung - an einem gewöhnlichen Arbeitstag - überdurchschnittlich viele nicht Erwerbstätige interviewt werden und je nach Fragestellung kaum von repräsentativen Ergebnissen ausgegangen werden kann.

6. Graue Literatur

Unter grauer Literatur werden Manuskripte, Abhandlungen, Bücher, Tagungsberichte und Aufsätze verstanden, die aus unterschiedlichen Gründen nicht über den Buchhandel vertrieben werden.

Graue Literatur gilt in der Forschung/Wissenschaft meist als nicht zitierfähig; Schriften aus der grauen Literatur können aber gleichwohl als aussagefähiges Quellenmaterial genutzt werden.

7. Grounded Theory

Eine Methode der qualitativen Sozialforschung mit dem Ziel, erklärende Theorien für das menschliche Verhalten und Prozesse zu schaffen (Bartholomeyczik et al 2008)².“ Vereinfacht kann bei der Grounded Theory davon gesprochen werden, dass Theorien in vorliegenden Datenergebnissen liegen und es gilt, diese Theorien ausfindig zu machen. Als wichtige Begründer der Grounded Theory gelten Anselm Strauss und Barney Glazer.

8. Korrelation / Korrelationsstudien

Korrelation ist Begriff aus der Statistik und meint die lineare Beziehung zwischen zwei oder mehreren statistischen Variablen (Ausprägungen festgelegter Merkmale, die sich in Zahlen abbilden lassen). Ein Beispiel wäre der folgende Zusammenhang: Je mehr Zuwendung ein Heimbewohner erfährt, desto länger schläft er ohne Unterbrechung. Wenn man Zuwendung und Schlaf ohne Unterbrechung genau definiert und somit messbar macht, kann hier von einer Korrelation gesprochen werden. Allerdings könnte es auch andere Ursachen für den ununterbrochenen Schlaf geben. Deshalb beschreibt eine Korrelation nur einen statistischen, nicht notwendigerweise aber einen kausalen/inhaltlichen Zusammenhang.

9. Lewy-Körperchen-Demenz (LKD)?

Die Lewy-Körperchen-Demenz, auch Lewy-Body-Demenz genannt (benannt nach Friedrich H. Lewy) ist zweithäufigste neurodegenerative Demenz im fortgeschrittenen Alter. Bis zu 20% aller demenziell Erkrankten leiden an der Lewy-Körperchen-Demenz. Die Lewy-Körperchen-Demenz kann als eigenständige Erkrankung oder in Verbindung mit einer Parkinsonerkrankung auftreten.

² Bartholomeyczik, S.; Linhart, M., Mayer, H.; Mayer, H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. Urban & Fischer: München Jena.

10. Matched Pairs

Bei dem Matched Pairs Verfahren (auch statistische Zwillinge) werden sowohl in der Sozialwissenschaft, als auch bei medizinischen Studien Paare von Probanden (Versuchsteilnehmer) gebildet. Diese weisen hinsichtlich bestimmter Merkmale (Krankheitstyp, Krankheitsausprägung, sozialer Status, Alter, Geschlecht u.ä.) große Gemeinsamkeiten oder Übereinstimmungen auf.

11. Oxcarbazepine (OXC)

Oxcarbazepine (OXC) gehört chemisch zur Klasse der Dibenzazepine (Vertreter einer bestimmten chemischen Stoffgruppe).

Oxcarbazepine (OXC, Handelsname Timox®, Trileptal®) ist ein Antiepileptikum. Es ist zur Therapie bestimmter fokaler Epilepsien zugelassen.

12. Placebo Placebo-kontrolliert

Ein Placebo ist ein Präparat, das keine medikamentöse Wirkung hat, jedoch häufig durch seine Darreichungsform (Tablette, Kapsel usw.) wie ein solches aussieht. Placebos werden insbesondere bei medizinischen Studien verwendet, um die Wirkung eines Medikamentes zu testen.

13. Prävalenzrate

Unter einer Prävalenzrate (gelegentlich nur Prävalenz genannt) wird der Anteil von Betroffenen (einer bestimmten Erkrankung) an der übrigen Bevölkerung verstanden. Prävalenzraten werden meistens nach verschiedenen Altersgruppen getrennt ausgewiesen. Ein Beispiel hierfür ist die Prävalenzrate von demenziell Erkrankten. Während bei der Altersgruppe 65 – 69 von einer Prävalenz von etwa 1,2% (d.h. 1,2% der Bevölkerungsgruppe 65 – 69 weisen eine Form der Demenz auf), ist sie bei der Gruppe 85 – 89 bereits bei 34,6%. Zumeist geht man in Deutschland und anderen Industriegesellschaften von einer Prävalenzrate von 6,8% aus (für die Bevölkerung, die 65 Jahre oder älter ist). Es gibt aber auch Studien und Untersuchungen, bei denen die ermittelten Prävalenzraten zwischen 6% und 9% liegen.

14. Prospektive Studie

Unter prospektiven (auch vorrausschauenden) Studien werden Untersuchungsvorgehensweisen verstanden, die die Überprüfung von Hypothesen zur Wirksamkeit einer (medizinischen) Behandlungsmethode zum Ziel haben. Dies erfolgt unter der vorherigen Festlegung, der Hypothesenprüfung (Festlegung einer bestimmten Hypothese, die es zu überprüfen gilt). Entsprechend der festgelegten Hypothese werden Daten gemessen und ausgewertet.

15. Quasi-experimentelle Studie

Quasi-experimentelle Studien sind in Abgrenzung zu experimentellen Studien zu sehen. Bei experimentellen Studien gibt es z.B. feste Kriterien der Auswahl und Zuweisung von Versuchsteilnehmern (Randomisierung). Bei quasi-experimentellen

Studien geschieht diese Auswahl der Probanden nicht durch Randomisierung. Quasi-experimentelle Studien/Untersuchungen ermöglichen darüber hinaus keinerlei Rückschluss auf kausale Zusammenhänge.

16. Randomisierte Studie

Von randomisierten Studien (random [engl.] Zufall) und Untersuchungen ist in der Forschung immer dann die Rede, wenn das Untersuchungsdesign zufallsbasiert ist. D.h. die Versuchsteilnehmer werden zufällig bzw. nach Zufallsverfahren ausgewählt. Dies soll eine unerwünschte Vereinseitigung oder gar Verfälschung der Ergebnisse verhindern.

17. Retrospektive Studie

Im Gegensatz zu einer prospektiven Studie gibt es auch retrospektive Studien (zurückblickende Studie). Eine retrospektive Studie liegt dann vor, wenn von der gegenwärtigen Situation aus die Vorgeschichte (z.B. einer Erkrankung) untersucht wird. Retrospektive Studien dienen insbesondere der Gewinnung bzw. der Entwicklung von Hypothesen. Sie können auch nachträglich bestimmte empirische Studienergebnisse deutlicher belegen (Evidenz). Exakte und anerkannte Beweise können retrospektive Studien jedoch nicht herstellen.

18. Validität, valide Instrumente

1. Kriterium, welches zur Beurteilung der Angemessenheit eines (qualitativen) Forschungsdesigns herangezogen wird. Es wird zwischen interner und externer Validität unterschieden.
2. Validität ist ebenfalls ein Kriterium zur Feststellung der wissenschaftlichen Güte eines Messinstrumentes. Die Validität eines Messinstrumentes beschreibt das Ausmaß, mit dem das Instrument tatsächlich misst, was es vorgibt zu messen.

19. zufallsbasiert – siehe randomisierte Studie