

## Newsletter DZD Dezember/2006

Liebe Abonnenten,  
willkommen zum ersten Newsletter des Dialogzentrums Demenz. Im Newsletter wollen wir Sie regelmäßig

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

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) als Teil der Landesinitiative Demenz Service NRW ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)) hat die Aufgabe,

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 und evidenzbasierte Praxis durch praxisbasierte Evidenz zu ergänzen. Nähere Informationen zur Konzeption des DZD, den MitarbeiterInnen und den Aktivitäten des DZD finden Sie auf unserer Homepage ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)).

---

## **Themen**

1. Erster Dialogzyklus' des DZD steht vor dem Abschluss
2. Zweiter Dialogzyklus ist in Vorbereitung und startet im Frühjahr 2007
3. Monitoring von Fachartikeln
4. Termine
5. Sonstiges

---

## **Inhalte**

### **1. Erster Befragungs- und Dialogzyklus' des DZD steht vor dem Abschluss**

Mit Hilfe eines Fragebogens wurden Praktiker gefragt, in welchen Bereichen der Versorgung bei Demenz Wissensbedarf besteht.

Die Antworten der Praktiker ergaben einen Wissensbedarf zu den Themen:

- Gelungene Beratung
- Zugang zu Beratung
- Implementierung von Angeboten (Methoden und Systemen)
- Assessments Einschätzungsinstrumente) bei Demenz
- Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz

Am 29. Mai 2006 wurden diese Themen auf einer Auftaktveranstaltung der Öffentlichkeit vorgestellt und erstmals diskutiert. Der Tagungsband steht auf unserer Website ([www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de)) zum Download zur Verfügung (Download/Tagung).

Im nächsten Schritt wurden zu einigen dieser Themen Literaturrecherchen durchgeführt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Diese Texte stehen ebenfalls zum download bereit.

In den Workshops mit den Praktikern, die am 16. und 18.10.2006 stattgefunden haben, wurde verdeutlicht, welche Fragestellungen als besonders wichtig und drängend bewertet werden. Kurzdarstellungen der Ergebnisse dieser Workshops können gleichfalls auf unserer Website eingesehen werden.

Im Januar 2007 wollen wir mit einigen Forschenden gezielt über die entstandenen Forschungsthemen zu Beratung, Implementierung und ggf. auch zu Einschätzungsinstrumenten das Gespräch suchen. Über die daraus entstehenden Initiativen hoffen wir bald berichten zu können.

Am 16.04.2007 werden wir den ersten Zyklus von Befragung, Auswertung und Forschungsfragen einem breiteren Publikum an der Universität Witten-Herdecke vorstellen. Einladung, Programm, Anmeldung auf der Homepage unter Veranstaltungen. Weitere Informationen bei Sabine Möller unter: [dialogzentrum@uni-wh.de](mailto:dialogzentrum@uni-wh.de)

## **2. Zweiter Dialogzyklus ist in Vorbereitung und startet im Frühjahr 2007**

In Planung ist ein weiterer Befragungszyklus, in dem wir andere Zielgruppen fokussieren, insbesondere ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Tagespflegen und Haus- und Wohngemeinschaften. Welche Forschungs- und Wissensfragen haben Pflegenden in diesen Arbeitsfeldern, wenn sie mit Menschen mit Demenz und deren Angehörigen arbeiten? Welche Fragen ergeben sich bei Übergängen (Aufnahme, Entlassung), in Situationen des begleiteten Alltags und der Therapien, in Begleitung und Beratung des sozialen Umfeldes (Angehörige)? – Wir sind gespannt auf die Ergebnisse.

## **3. Monitoring von Fachartikeln**

Ein Großteil der Ergebnisse von Versorgungs- und Pflegeforschung erscheint in englischsprachigen Journalen. In der Regel ist deren Anschaffung teuer. Der Zugang zu den Inhalten setzt nicht nur gute Sprachkenntnisse, sondern auch Kenntnisse in quantitativer und qualitativer Forschungsmethodik voraus. Dies ist für viele Praktiker abschreckend. Unser Ziel ist es, die für die Praxis wichtige Ergebnisse aus primär englischsprachigen Fachzeitschriften in einer für viele Interessierte zugänglichen Form zu präsentieren. In der Regel soll alle zwei Monate ein „Paket“ der Literaturrecherche erscheinen. Das erste hängen wir an diesen Newsletter an. Alternativ kann er von unserer Website heruntergeladen werden.

## **4. Termine**

**Am 30. Januar** sind Forschende im Bereich der Versorgungsforschung von Menschen mit Demenz zu einem Workshop geladen. In diesem werden die Ergebnisse der Umfrage und Recherche zum Wissensbedarf der Praktiker hinsichtlich der Formulierung praxisbezogener Forschungsfragen diskutiert. Der Workshop richtet sich explizit an Forschende aus diesem Bereich.

**Am 16. April 2006** schließt das Dialogzentrum den ersten Befragungszyklus mit einer umfangreichen Darstellung des Prozesses und der Prozessergebnisse mit allen Beteiligten ab. Des Weiteren präsentiert das DZD die Planungen für den zweiten Befragungszyklus von Praktikern aus unterschiedlichsten Einrichtungsformen. Die Tagung ist öffentlich und kostenlos zugänglich.

## **5. Sonstiges**

Was wir uns von Ihnen wünschen

Forschung und Literatur im Versorgungsfeld Demenz ist in seiner 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. Rückmeldungen konstruktiver Art werden wir gerne aufgreifen.

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.

Viel Spaß beim Lesen

Ihr Team des  
Dialogzentrums Demenz

Christian Müller-Hergl  
Christine Riesner  
Detlef Rüsing

Dezember 2006

## Monitoring Newsletter Dezember/2006

Sehr geehrte Leserinnen,

diese Kurzzusammenfassungen von publizierten Forschungen stellen lediglich eine kurze Zusammenfassung der veröffentlichten Artikel dar. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht die intensive Auseinandersetzung mit den Originaltexten. Viel Spaß beim Lesen

Ihr Team des Dialogzentrums

### ***Inhalt***

1. Erhöht Depression vor der Pflege die Wahrscheinlichkeit, im Fall der Demenz eines Angehörigen erneut an Depression zu erkranken?
2. Geschlecht als Risikofaktor für Depression bei Angehörigen von Menschen mit Demenz
3. Intra-Individuelle Stabilität und Veränderung in der Entwicklung herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz
4. Verstehen und Reagieren auf die Diagnose Demenz
5. Physische Aktivität für Menschen mit Demenz
6. Ambulante gerontopsychiatrische Pflege: Die zentrale Rolle der Fachkraft für Gerontopsychiatrie
7. Umsetzung psychosozialer Interventionen
8. In Erwartung der Diagnose
9. Erfahrungen mit Risiken
10. Förderung positiver Gefühle durch Gruppentherapie
11. Partnerschaft zwischen Heim und Angehörigen
12. Demenz und Schlaf
13. Neuropsychiatrische Symptome (herausforderndes Verhalten) und Kosten – eine vergleichende Studie
14. Pflegebasierte Biographiearbeit
15. Verhaltensprofil für praktische Zwecke

Erhöht Depression vor der Pflege die Wahrscheinlichkeit, im Fall der Demenz eines Angehörigen erneut an Depression zu erkranken?  
CMH

### **Ziel/Hintergrund:**

Gemäß dem „Vulnerabilitätsmodell“ der Depression müsste bei Angehörigen, die bereits eine Depression erlitten haben, die Demenz des Partners die Wahrscheinlichkeit einer neuen depressiven Erkrankung erhöhen. Bei erhöhter Abhängigkeit des Kranken müsste dies im vermehrten Maße zutreffen.

### **Methode:**

Interviews bei Angehörigen, Einsatz diverser Instrumente zur Einschätzung von Depression und der Depressionsgeschichte.

### **Resultate:**

Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden, im Gegenteil: Angehörige mit einer depressiven Vorgeschichte reagieren auf die Demenz eines Partners und seine zunehmende Abhängigkeit weniger depressiv als Personen mit einer depressiven Vorgeschichte.

### **Schlussfolgerungen**

Es wird vermutet, dass die Pflegebeziehung für Angehörige mit depressiver Vorgeschichte im Vergleich eher positiv wahrgenommen und bewertet wird. Einem geliebten Menschen zu helfen gibt Gelegenheit zu bedeutungsvollen Tätigkeiten und zur Bestätigung der eigenen Wichtigkeit. Zudem hilft diese Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, den Wandel der Rolle in der Ehe zu gestalten (positive marital role transition).

### **Quelle:**

**Neundorfer MM, McClendon MJ et al (2006)**

**Does depression prior to caregiving increase vulnerability to depressive symptoms among caregivers of persons with Alzheimer's disease?**

**In: Aging and Mental Health 10(6) 606-615**

### **Ziel/Hintergrund:**

Bekannt ist, dass Partner sich Depressionen häufig „teilen“, die Stimmung des anderen aufgreifen. Nicht bekannt ist, ob die kognitive Beeinträchtigung des einen Partners beim anderen Depression auslöst. Vorhandene Studien lassen vermuten, dass kognitive Beeinträchtigungen bei Ehefrauen Depressionen bei Ehemännern auslösen, weniger aber umgekehrt. Männer rechnen weniger mit Erkrankungen ihrer Ehefrauen, verlassen sich bezüglich ihrer emotionalen Unterstützung auf Ehefrauen und pflegen weniger emotional tiefgehende Bindungen als Frauen.

### **Methode:**

Langzeitstudie (CHAP), Einsatz von Depressionsskalen

### **Resultate:**

Im Kern konnte die Hypothese bestätigt werden. Allerdings gibt es keine (lang)zeitliche Beziehung zur kognitiven Beeinträchtigung und Demenz, sprich: es ist nicht so, dass mit der Zeit die Depressivität der pflegenden Angehörigen zunimmt. Interessant in diesem Zusammenhang, dass farbige pflegende Angehörige insgesamt mehr über Depressivität klagten als kaukasische (weiße) Personen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Autoren verweisen auf Wechselwirkungen von kognitiver Beeinträchtigung des einen Partners und Veränderungen in der geistigen und körperlichen Gesundheit des pflegenden Partners. Diese Beeinträchtigungen kann auch das Manifestwerden von Demenz beim pflegenden Partner begünstigen. Die genaue Kenntnis dieser Zusammenhänge ermöglichte die zielgenaue Ausrichtung geschlechtsspezifischer Interventionen.

### **Quelle:**

**Skarupski KA, Mendes de Leon CF et al (2006)**

**Is lower cognitive function in one spouse associated with depressive symptoms in the other persons ?**

**In: Aging and Mental Health 19(6) 621-630**

**Ziel/Hintergrund:**

Herausforderndes Verhalten wie z.B. Wandern, Aggressivität, emotionale Ausbrüche nehmen in der mittleren Phase der Demenz eher zu und flauen im späteren Verlauf wieder ab. Wenig ist bekannt über kurzfristige, intra-individuelle Verlaufsformen. Bezüglich der Belastung dieses Verhaltens für Angehörige konkurriert die „Abnutzungstheorie“ (mit der Zeit werden die Nerven immer dünner) mit der Theorie zunehmender Anpassung an den Stress. Vorliegende Studie will untersuchen, ob allgemeine Aussagen basierend auf zusammengefassten (aggregated) Datensätzen nicht individuelle Unterschiede verdecken und wie sich diese individuellen Fluktuationen im Verhalten auf den Stress von Angehörigen auswirken.

**Methode:**

Interviews mit Pflegenden Angehörigen, Erhebung von MMSE, Verhaltensprotikolle durchgeführt von Angehörigen

**Resultate:**

Die Hypothese erheblicher individueller Fluktuationen im Verlauf konnte bestätigt werden. Trotz allgemeiner Stabilität und Vorhersehbarkeit des Verhaltens gibt es erhebliche intra-individuelle Fluktuationen. Bezüglich Gedächtnisverlust und Schlafstörungen reduzierte sich mit der Zeit das Belastungserleben der Angehörigen, nicht aber für rastlose Unruhe und das Verlangen, sich von Zuhause zu entfernen.

**Quelle: Fauth EB, Zarit SH et al (2006)**

**Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia and Caregivers' Stress Appraisals : Intra-Individual Stability and Change over short-term Observations**

**In: Aging and Mental Health 10(6) 563-573**

### **Ziel/Hintergrund:**

Zwar sind die Vorteile einer rechtzeitigen Diagnosestellung bekannt, weniger aber bekannt sind die Erfahrungen und Reaktionsweisen auf den Erhalt der Diagnose bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Wie wirkt sich die Eröffnung der Diagnose auf beide Partner im einzelnen und auf die Beziehung zueinander aus?

### **Methode:**

Gefragt wurden 18 Paare nach 2 und 12 Wochen nach Eröffnung der Diagnose im Rahmen eines halb-strukturierten Interviews. Die Daten wurden nach Grounded Theory analysiert.

### **Resultate:**

Innerhalb von 10 Wochen nach der Diagnose fangen die Paare an, sich auf die Veränderungen einzustellen und Veränderungen in der Balance der Paarbeziehung wahrzunehmen und ihre Reaktion auf das veränderte Verhalten neu zu bedenken. Trotz Gefühlen von Verlust und Trauer bemühen sich pflegende Angehörige um eine positive Sicht der Dinge, gewinnen eine bessere Wahrnehmung der verbliebenen Fähigkeiten des Partners, sehen aber auch die Einsamkeit in der Beziehung heraufdämmern. Einige verstehen den Kampf des kranken Partners um Autonomie sehr gut, andere erleben den Widerstand gegen Hilfe als Ablehnung. Insgesamt erleben Freunde und weitere Angehörige die Diagnose nicht als Überraschung – eine wirkliche Krise in der Beziehung löst die Eröffnung der Diagnose nicht aus. Die rechtzeitige Diagnose ebnet den Weg für Überlegungen, wie die Zukunft zu gestalten sei.

### **Schlussfolgerungen**

Die Autoren betonen, dass Demenz im Rahmen menschlicher Beziehungen zu verstehen ist und die wechselseitige Sorge um einander Ausgangspunkt aller Interventionen sein müssen. Die Diagnose der Demenz kann in der Regel ohne signifikante Probleme eröffnet werden, bringt Vorteile für beide Partner und ermöglicht eine Auseinandersetzung mit den veränderten Rollen.

### **Quelle:**

**Vernooij-Dassen M, Derksen E et al (2006)**

**Receiving a diagnosis of dementia: the experience over time  
Dementia 5(3) 397-410**

**Derksen E, Vernooij-Dassen et al (2006)**

**Impact of diagnostic disclosure in dementia on patients and carers: a qualitative case series analysis  
Aging and Mental Health 10(5) 525-531**



**Ziel/Hintergrund:**

Physische Aktivität beeinflusst Kognition und Wohlbefinden, insbesondere Schlaf und funktionale Fähigkeiten

**Methode:**

Literaturrecherche

**Resultate:**

Wandern scheint Stimmung positiv zu beeinflussen. Physische Aktivität begünstigt einen natürlichen Tag-Nacht Rhythmus und reduziert nächtliche Unruhe.

**Schlussfolgerungen**

Empfohlen wird ein Übungsprogramm von mindestens 30 Minuten 3 x in der Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten. Positive Wirkungen sind insbesondere auf Stimmung und Schlaf zu beobachten.

**Quelle:**

**Eggermont L, Scherder E (2006)**

**Physical Activity and behaviour in dementia: a review of the literature  
Dementia 5 (3) 411-428**

### **Ziel/Hintergrund:**

Ein integratives Versorgungsmodell an Menschen mit Demenz und ihre Familien im Zusammenhang der REACH-Studie (Resources for Alzheimer's Caregivers Health) wird vorgestellt. Das Modell umfasst: eine umfassende Diagnosestellung, multidisziplinäre Entwicklung von Therapien, langfristige Begleitung durch eine Fachkraft für Psychiatrie. Frage: Ermöglichen Interventionen, die den pflegenden Angehörigen unterstützen und begleiten, eine Entlastung und Stabilisierung der häuslichen Pflege?

### **Methode:**

Beschreibung einer einzelnen Durchführung mit Entwicklung individueller Empfehlungen sowie monatlicher Fallbesprechungen des multidisziplinären Teams sowie regelmäßigen Überprüfungen des Pflegeplanes mittels standardisierter Assessments.

### **Resultate:**

Wirksamkeit der Maßnahme hängt von der Schlüsselrolle der Fachkraft und deren Kompetenzen sowie von der Integration der Fachkraft in das multiprofessionelle Team ab. Besonders dem kontinuierlichen Austausch zwischen Facharzt und pflegerischer Fachkraft kommt erhöhte Bedeutsamkeit zu.

### **Schlussfolgerungen**

Abwehr gegen Diagnose konnte gut in den Familien überwunden werden. Ungünstige Medikationen mit negativen Auswirkungen auf Demenz konnten vermehrt vermieden werden. Patienten und Angehörige erwiesen sich als sehr zufrieden mit dieser Form der Begleitung. Interventionen, die auf Angehörige zielten, insbesondere individuelle Schulungen und Empfehlungen, konnten – da fallbezogen- besser vermittelt werden als bei allgemeinen Schulungen. Die häuslichen Beziehungen und Pflegearrangements profitierten von dieser Art der Begleitung.

### **Quelle:**

**Austrom MG, Hartwell C et al (2006)**

**An integrated model of comprehensive care for people with Alzheimer's disease and their caregivers in a primary care setting**  
**Dementia 5 (3) 339-352**

### **Ziel/Hintergrund:**

Psychosoziale Interventionen im Gesundheitswesen werden zunehmend als Ergänzung pharmakologischer Behandlung von Menschen mit Demenz diskutiert. Ihre Anwendung erfordert Übung, Zeit und Erfahrung. Welche Fähigkeiten von Personen im Gesundheitswesen sind hier erforderlich? Wie können diese Fähigkeiten auf breiter Ebene im Gesundheitswesen vermittelt werden?

### **Methode:**

Ärzte und Pflegepersonal werden befragt anhand eines Fragebogens; dies wurde ergänzt durch Einzelinterviews mit spezifischen Zielgruppen sowie durch teilnehmende Beobachtung.

### **Resultate:**

Fünf zentrale Fähigkeiten wurden ermittelt: Sicherheit im Erkennen der Symptomatik; Befunde und Ergebnisse im Zusammenhang beurteilen können; Fähigkeiten zur Eröffnung der Diagnose; Demenz nicht nur als Erkrankung, sondern als Behinderung begreifen mit der Folge, Stärken und Ressourcen zu fördern; Casemanagement betreiben im Sinn einer längerfristigen, kontinuierlichen Begleitung von Patienten und Angehörigen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Autoren betonen, dass ein funktionales, arbeitsteiliges Professionsverständnis den Einsatz psychosozialer Interventionen behindert. Die Herausforderung, wie genau die Diagnosen den Familien zu vermitteln sei, wird als erheblich eingeschätzt. Die Bandbreite psychosozialer Interventionen ist vielen Professionellen im Gesundheitswesen unbekannt, rehabilitative Möglichkeiten werden kaum eröffnet. Den Unsicherheiten und Befürchtungen von Professionellen ist durch Bildungsstrategien zu begegnen, die auf dem Hintergrund person-zentrierter Grundlagen problemlösende Strategien in der Anwendung psychosozialer Interventionen einübt.

### **Quelle:**

**Iliffe S, Wilcock J, et al (2006)**

**Delivering psychosocial interventions for people with dementia in primary care**

**Dementia 5(3) 327-338**

In Erwartung der Diagnose

CMH

### **Ziel/Hintergrund:**

Welches Verständnis haben alte Menschen und ihre Familien vom Krankheitsbild „Demenz“ kurz vor der Diagnosestellung? Was bedeutet es, eine Diagnose „Demenz“ zu erwarten?

### **Methode:**

84 Paare kurz vor der Diagnosestellung eines Partners durch eine Memory-Klinik werden anhand eines halb-strukturierten Fragebogens interviewt; Orientierung an Leventhals Modell der Krankheitspräsentationen: dieses Modell dient als Strukturvorgaben für die Interviews.

### **Resultate:**

Die meisten Paare verstanden unter Demenz den Verlust des eigenen Selbst. Dies verband sich mit den Themen „Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen“, dem unvermeidlichen zukünftigen Verlust gemeinsamer Freude und der Befürchtung, dass hohe Abhängigkeit ein en Heimaufenthalt erzwingen werde.

### **Schlussfolgerungen**

Paare zeigen eine erhebliche Sorge bezüglich der gemeinsamen Zukunft. Beide sind nicht nur um sich selbst, sondern um den anderen besorgt: dies gilt auch für den Erkrankten. Dies gilt besonders dann, wenn der Erkrankte begründet vermuten kann, dass die eigene Erkrankung den Partner überfordern wird. Die Autoren betonen die Wichtigkeit umfassender Beratung vor, während und nach der Diagnose. Beratung in der unklaren, beängstigenden vordiagnostischen Phase kann möglicherweise den Zugang zu Beratung in späteren Phasen der Erkrankung erleichtern. Der Verweis darauf, wie andere Paare Demenz gemeistert haben, wird als besonders erfolgreiche Strategie empfohlen.

### **Quelle:**

**Monitz-Cook E, Manthorpe J et al (2006)**

**Facing the future: a qualitative study of older people referred to a memory clinic prior to assessment and diagnosis**

**Dementia 5(3) 375-395**

### **Ziel/Hintergrund:**

Immer mehr Menschen mit Demenz leben Zuhause bei ihren Familien. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz weisen erhöhte Raten psychiatrischer Erkrankungen im Vergleich zu anderen häuslich Pflegenden auf. Menschen mit Demenz sind vielerlei Risiken ausgesetzt, z.B. Stürzen, Verbrennungen. Dies erfordert, die Erkrankten beständig zu beaufsichtigen. Wie erleben und bewerten pflegende Angehörige Fragen von Sicherheit und Risiken? Die Hypothese lautet: Risikominimierendes Verhalten seitens der Pflegenden geht mit einer Reduzierung riskanter Situationen (1) und mit reduziertem Stress (2) einher.

### **Methode:**

89 pflegende Angehörige wurden befragt im Rahmen der LASER-AD Studie (Studie über Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in London and South East Region). Untersuchung der Menschen mit Demenz mit MMSE (Mini Mental State Examination) und NPI (Neuropsychiatric Inventory) sowie ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Co-operative Study - Activities of Daily Living Inventory)

### **Resultate:**

Pflegende fühlen sich nicht wohl, Menschen mit Demenz allein zu lassen. Sie sind in der Regel 20 Stunden am Tag mit ihnen zusammen. Besonders Ehegatten erhalten bei der Beaufsichtigung nahezu keinerlei Unterstützung. Die Sorgen der Pflegenden bezüglich Sicherheit sind bestimmt von konkreten, aktuellen Problemen und sie suchen nach praktischen Strategien, mit diesen Anliegen zurecht zu kommen. Allgemeine Maßnahmen zur „Entlastung von Stress“ oder zur Umdeutung der Situation sind wenig geeignet, dem zu entsprechen. Beide Hypothesen konnten nicht bestätigt werden. Diejenigen, die viele Maßnahmen ergriffen, um Risiken vorzubeugen, hatten nicht weniger riskante Situationen zu bewältigen als andere. Es gibt ein nicht kalkulierbares Risiko, mit Demenz zu Hause zu leben, das akzeptiert werden muss. In der Regel erwies sich das Risikomanagement der pflegenden Angehörigen als angemessen und nicht als Ergebnis von depressiven oder ängstlichen Verfassungen der Angehörigen.

### **Quelle:**

**Walker AE, Livingston G et al (2006)**

**Caregivers's experience of risk in dementia: The LASER-AD Study  
Aging and Mental Health 10(5) 532-538**

**Ziel/Hintergrund:**

Gelegenheit für positive Gefühle bei Menschen mit Demenz zu ermöglichen ist nicht nur eine willkommene Ablenkung, sondern haben anhaltende psychologische und physiologische Wirkungen. Untersucht wird eine Gruppentherapie für Menschen mit Demenz mit dem Ziel, positive Gefühle zu evozieren und dabei positive zwischenmenschliche Beziehungen zu fördern.

**Methode:**

16 Patienten in Gruppensituationen wurden 1 Jahr lang begleitet und jeweils 20 Minuten vor und nach der Gruppentherapie beobachtet bezüglich Häufigkeit und Qualität der zwischenmenschlichen Kontakte zu Mitpatienten und Personal. Die Gruppentherapie beinhaltete Entspannungsübungen.

**Resultate:**

Der Prozentanteil positiver Interaktionen (vor und nach der Intervention) betrug eine Steigerung von 24%. Die Gruppe reduzierte das Stresserleben deutlich und erhöhte die Fähigkeit, positive Interaktionen aufzunehmen.

**Quelle:**

**Balint M, Ralph N, (2006)**

**Watering the seeds of joy : promoting positive emotions**

**The Journal of Dementia Care 14(5) 34-35**

### **Ziel/Hintergrund:**

Zwar gibt es viele Initiativen, die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen in Heimen und Angehörigen zu verbessern und neue Prioritäten für die Organisationsentwicklung gemeinsam zu entwickeln; in der Regel aber mündet dies darin, dass die Last der Umsetzung ausschließlich von den Mitarbeitenden der Einrichtung getragen wird. Ist es möglich, eine Form der Zusammenarbeit zu entwickeln, bei der alle Beteiligte bei Entwicklung und Durchführung beteiligt werden? Ziel des Projektes ist: Zusammen eine Informationsbroschüre über Demenz und Pflege für Angehörige, die einen Heimplatz suchen, zu schreiben.

### **Methode:**

Aktionsforschung: nach einer Reihe von Beobachtungen und Berichten über diese durch die Forschenden wurde die Initiative zu einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aufgegriffen. Teilnehmende waren Angehörige, Mitarbeitende der Einrichtung, Management der Einrichtung sowie die Forschenden. Alle Gruppenmitglieder verfassten Geschichten, die das Thema der Entscheidung zur Heimunterbringung sowie den Prozess der Heimaufnahme betrafen. Es wurde angenommen, dass persönliche Geschichten für Außenstehende interessanter und angemessener sind als die üblichen Heimprospekte. Die Geschichten wurden nach Themen analysiert und gruppiert, die sowohl den Interessen der Angehörigen wie auch der Einrichtung entsprachen.

### **Resultate:**

Die entstandene Broschüre wird von interessierten Angehörigen als Unterstützung bewertet, entlang der praktischen und konkreten Bedürfnisse vor der Heimaufnahme eine Entscheidung treffen zu können. Die Geschichten werden als sozial und emotional wirksam bewertet. Der Prozess der Entwicklung der Broschüre gab allen Beteiligten Gelegenheit, die eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu verdichten.

### **Schlussfolgerungen**

Die gemeinsame Arbeit ist ein gelungenes Modell von Partnerschaft und ermöglicht es Mitarbeitenden und Angehörigen, sich wechselseitig anzuerkennen und ein gemeinsames Verständnis für das zu entwickeln, was in Pflege und Betreuung wesentlich ist.

### **Quelle:**

**Aveyard B, Davies S (2006)**

**The support 67 Action Group: easing the path into care**

**The Journal of Dementia Care 14 (6) 19-21**

### **Ziel/Hintergrund:**

Schlafstörungen bilden einen normalen Aspekt des Alterns. Generell wird von einer Zunahme der Schlafstörungen bei gleichzeitiger Zunahme von herausforderndem Verhalten, mitunter auch von einer Korrelation von Schlafstörung und Schweregrad ausgegangen. Schlafstörungen führen häufig zur Heimaufnahme. Viele kleine Schlafperioden über Tag werden in Zusammenhang mit der Tag-Nacht Umkehr gebracht und auf den Niedergang bestimmter Hirnregionen (Suprachiasmatischer Nucleus) zurückgeführt. In fortgeschrittenen Stadien der Demenz nimmt der Schlaf immer mehr zu.

In vorliegender Studie wird untersucht: Wie verteilen sich Schlaf- und Wachperioden über 24 h bei Menschen mit Demenz, die im Heim leben? Ist die Verteilung abhängig vom Schweregrad der Demenz?

### **Methode:**

Untersuchung von 29 HeimbewohnerInnen, Schweregradeinschätzung mittels MMSE (Mini Mental) und CDR (Clinical Dementia Rating), Messung von Schlaf- und Wachperioden mittels Actiwatch (neurotechnologische Apparatur)

### **Resultate:**

Menschen mit einer mittelschweren Demenz weisen höhere Raten von Schlafunterbrechungen in der Nacht auf als Menschen mit schwerer Demenz. Menschen mit schwerer Demenz schlafen dagegen sehr viel länger am Tag (bis zu 1/3 der Tageszeit). Insgesamt nimmt der Anteil von Schlaf innerhalb von 24 h mit der Schwere der Demenz zu. Dieser Befund unterscheidet sich deutlich von Menschen gleichen Alters ohne Demenz, bei denen der Anteil von Schlaf pro 24 Stunden eher abnimmt.

Wichtig die Feststellung, dass es immer wieder zu regelmässig wiederkehrenden Schlafperioden am Tag kommt und insgesamt Schlaf „fragmentiert“ vorkommt, also weniger in kontinuierlichen Verläufen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Autoren vermuten eine komplexe Ursächlichkeit: pathologische Hirnveränderungen, andere Erkrankungen, Umweltfaktoren wie Langeweile und Dunkelheit sowie der damit einhergehenden Schwächung von Lichtreizen, die das Tag-Nacht System lenken.

### **Quelle:**

**Fetveit A, Bjorvatn B (2006)**

**Sleep duration during 24-hour day is associated with the severity of dementia in nursing home patients**

**International Journal of Geriatric Psychiatry 21(10) 945-950**



Neuropsychiatrische Symptome (herausforderndes Verhalten) und Kosten – eine vergleichende Studie

CMH

### **Ziel/Hintergrund:**

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflussen die Kosten einer Krankheit, insbesondere deren Schwere, die Notwendigkeit einer Heimaufnahme sowie Verhaltensänderungen. Für die weitere Gesundheitsplanung ist es wichtig, die mit Krankheiten und deren Ausprägungsgrad verbundenen Kosten einschätzen zu können.

### **Methode:**

Im Rahmen der COSID – Studie (Canadian Outcomes Study in Dementia) wurden pflegende Angehörige und Patienten anhand eines Fragebogens zu Kosten im monatlichen Rhythmus über den Zeitraum eines Jahres erhoben. Anhand von NPI (Neuropsychiatric Inventory) wurden neuropsychiatrische Symptome erhoben.

### **Resultate:**

Die Kosten für demente Menschen mit Verhaltensveränderungen fielen höher aus (US Dollar 1398 pro Monat) als für demente Menschen ohne diese Veränderungen (USD 615 pro Monat). Dies lag insbesondere an den indirekten Kosten, zu denen die Arbeitsausfälle der pflegenden Angehörigen sowie die Freizeitaktivitäten im Zusammenhang der Betreuung zählten. Faktoren, die höhere Kosten vorhersagen, waren: höheres Alter, grössere kognitive Beeinträchtigung, weibliches Geschlecht, Demenzen, die nicht zum Formenkreis der Alzheimer Erkrankung gehören. Insbesondere Apathie und Halluzinationen waren mit höheren Kosten verbunden. Anderer gesundheitspflegerischer Bedarf fiel nicht bedeutungsvoll ins Gewicht.

### **Quelle:**

**Herrmann N, Lanctot KL et al (2006)**

**The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care**

**International Journal of Geriatric Psychiatry 21(10) 972-976**

### **Ziel/Hintergrund:**

Annahme viele personenzentrierter Ansätze bildet die Individualisierung von Maßnahmen und Zugangsweisen. Dies wurde bereits in Bezug auf Aktivitäten und Musik erforscht mit dem Ergebnis verringerter Unruhe.

Frage: Wenn gegenwärtige Pflegegewohnheiten eng denjenigen angeglichen werden, welche die Person vor Beginn der Erkrankung pflegte, verändert sich das Verhalten positiv?

### **Methode:**

20 Teilnehmende mit Demenz und ihre Angehörigen sowie Pflegenden wurden anhand eines Fragebogens (Erhebung von Selbstpflegefähigkeiten SHAPE) befragt.

Anschließend wurden 5 Dimensionen der Pflege gezielt verändert: persönliche Gegenstände, Umweltmodifikationen, persönliche Pflegeprodukte, Tätigkeiten, Pflegegewohnheiten.

### **Resultate:**

Es gab auf die Veränderungen mehr positive als negative Reaktionen, insbesondere für Umweltmodifikation, persönliche Gegenstände und persönliche Pflegeprodukte. Unruhe (Agitation) änderte sich allerdings nicht.

### **Schlussfolgerungen:**

Es gibt mehr Interesse, Beteiligung und Zufriedenheit bei der Pflege auch bei BewohnerInnen mit fortgeschrittener Demenz, wenn alte Vorlieben berücksichtigt werden. Der längere Erhalt impliziten Gedächtnisses und prozeduralen Gedächtnisfunktionen wird dafür verantwortlich gemacht. Es werden Vermutungen angestellt, dass die positiven Auswirkungen bei mittlerer Demenz noch positiver ausfallen dürften. Personen zeigten sich mehr beteiligt an Pflegesituationen und freuten sich mehr angesichts der Präsenz bekannter Objekte.

### **Quelle:**

**Cohen-Mansfield J, Jensen B (2006)**

**Do Interventions Bringing Current Self-care Practices Into Greater Correspondence With Those Performed Promorbidly Benefit the Person With Dementia? A Pilot Study**

**In: American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 21(5) 312-317**

### **Ziel/Hintergrund:**

Herausforderndes Verhalten bildet den Hintergrund für Belastungserleben Angehöriger und früher Institutionalisierung von Patienten. Eine Fülle von Instrumenten zur Abbildung von Verhalten wurde entwickelt, die für Praktiker oft zu aufwändig sind, Dimensionen abbilden, die nicht zielführend für Interventionen sind, oder Verhalten nur sehr selektiv abbilden.

### **Methode:**

68 Verhaltensformen wurden 12 Dimensionen zugeordnet (tägliche Aktivitäten, Aufmerksamkeit und Konzentration, emotionales Verhalten, aggressives Verhalten, Trugwahrnehmung, paranoides Verhalten, Urteil/Einsicht, Perseveration, motorische Unruhe, Schlaf/Aktivität/Sundowning, motorisch-räumliche Probleme, Sprache). Pflegende können in Ja/Nein Format Zutreffendes innerhalb eines Zeitraumes ankreuzen, indem sie Angehörige oder Bezugspfleger fragen. Die Antworten werden in ein Formblatt eingegeben, das Ausgangspunkt weiterer Bearbeitungsschritte darstellt.

Für jede Dimension ergibt die Anzahl zutreffender Items eine Punktzahl. Diese (12) Punktzahlen können in einer Kurve miteinander verbunden und in einer Gesamtpunktzahl ausgedrückt werden. Für unterschiedliche Kurven und Gesamtpunktzahlen wurden an Demarkationspunkten klinische Behandlungspfade entwickelt, die bestimmte Maßnahmen nahe legen.

### **Schlussfolgerungen:**

Die Skala berücksichtigt neuropsychologische Dimensionen wie tägliche Aktivitäten, Konzentration, Schlaf, motorisch-räumliches Verhalten und Sprache, die bei vielen anderen Instrumenten für herausforderndes Verhalten nicht verwendet werden, aber 90% der Verhaltensveränderungen in der Frühphase der Demenz ausmachen. Damit kann mit diesem Instrument eine Hilfe an die Hand gegeben werden, wichtige Entscheidungen an relevanten Entwicklungspunkten der Erkrankung zu informieren: hier ist besonders an die Heimaufnahme zu denken. Die einfache Handhabung in Anwendung und Auswertung sowie die hohe Übereinstimmung mit bereits etablierten Instrumenten legen es nahe, sich mit diesem Instrument zu beschäftigen. Das Instrument ist zu beziehen über: [www.pccchealth.org/default.aspx?tabid=380](http://www.pccchealth.org/default.aspx?tabid=380)

### **Quelle:**

**Hopkins WR et al (2006)**

**The Kingston Standardized Behavioural Assessment**

**American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 21(5)**

**339-346**