

Newsletter DZD 05/2007

Willkommen zum zweiten 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, englischsprachiger Fachliteratur anbieten (Monitoring)
- Über Fragen und Anregungen berichten, die wir von Ihnen erhalten.

Was wir wollen, was wir tun

Das Dialogzentrum Demenz (DZD) 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. Die Konzeption des DZD können Sie unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen (www.dialogzentrum-demenz.de). Das DZD ist Teil der Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de).

Themen

1. Zum Stand der Dinge
2. Neuer Befragungszyklus startet im Juni
3. Monitoring 1/2007

Zum Stand der Dinge

Am 16.04.2007 schloss das DZD den ersten Zyklus von Befragung, Auswertung und Forschungsfragen mit einer Veranstaltung an der Universität Witten/Herdecke ab.

Frau Bienstein vom Institut für Pflegewissenschaft sprach ein Grußwort und Herr Braun vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales berichtete über aktuelle gesetzliche Vorhaben des Landes NRW.

Frau Dr. Luitgard Franke von der Fachhochschule Nordhausen trug aus ihrer Studie „Demenz in der Ehe“ (siehe gleichnamiges Buch, Mabuse-Verlag 2006) vor, die sich speziell dem Thema Beratung von Ehepartnern von Menschen mit Demenz widmet.

Anschließend wurden die Prozesse und Ergebnisse der Recherche des DZD präsentiert. Frau Mennigmann stellte im Rahmenprogramm das künstlerische Schaffen von Menschen mit Demenz vor und Herr und Frau Uhlmann vermittelten mit einer Fotoausstellung behutsame Einblicke in das Erleben der Erkrankung.

Alle Unterlagen zu den Recherchen können Sie von der oben genannten web-site (downloads) herunterladen.

2. Neuer Befragungszyklus startet im Juni

Die Vorbereitungen für einen weiteren Befragungszyklus sind beinahe abgeschlossen. Hier wollen wir Zielgruppen fokussieren, die in ersten Zyklus nicht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit standen: insbesondere ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, 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.

Das Dialogzentrum Demenz wird darüber hinaus verschiedene Recherchen für die Landesinitiative Demenz NRW übernehmen: Neue Wohnformen für Menschen mit Demenz, Modelle integrierter Versorgung (vgl. „Neuigkeiten“: www.demenz-service-nrw.de) sowie Themen, die sich mit Demenz und Migration befassen, werden zu unseren Schwerpunkten hinzukommen.

Literaturreischa

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. Anhängend an diesen Newsletter finden Sie das „2. Paket“ mit einigen recht nachdenklich stimmenden Ergebnissen zu den Vor- und Nachteilen stationärer Versorgung von Menschen mit Demenz.

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. 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
Katrin Herder
Christian Müller-Hergl
Christien Riesner
Detlef Rüsing

Monitoring Newsletter Mai/2007

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. Einsatz von Puppen
2. Nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von Wandern
3. Unterscheidung verschiedener belastender Faktoren für Pflegende Angehörige
4. Die Auswirkungen „präseniler“ Demenz auf Ehepartner
5. Mahlzeiten: Familienerfahrungen
6. Ärztliches: Das vaskuläre Paradigma
7. „Strukturierte Praxis“: Gedächtnistraining
8. Richtlinien für den Einsatz von Puppen
9. Umgang mit Alkohol in der stationären Pflege
10. Familiäre Unterstützung und emotionale Entlastung haben nicht unbedingt etwas miteinander zu tun! Von der Bedeutung der Kultur für das Belastungserleben pflegender Angehöriger
11. Die Freiheit der Wahl
12. Lebensqualität von Menschen mit Demenz: verschiedene Hinsichten eröffnen verschiedene Ansichten
13. Qualität in Pflegeheimen: Spezielle Betreuung von Menschen mit Demenz im Vergleich
14. DCM als Forschungsinstrument

Ziel/Hintergrund:

Menschen mit Demenz verlieren ihre Fähigkeiten in umgekehrter Reihenfolge ihres Erwerbs in der Kindheit. (Reisberg/Retrogenesis) Da sich dies auch auf ihre emotionalen und sozialen Fähigkeiten bezieht, werden ihnen oft Spielzeuge, Puppen und Kuscheltiere angeboten. Besonders bei Menschen, die unruhig oder apathisch sind, wurden Puppen mit Erfolg eingesetzt. Verschiedene Einsatzfelder wurden erprobt: Um Erinnerungen zu wecken und um wichtige Rollen des Lebens (Mutter/Vater) zu reaktivieren, um das wachsende Bindungsbedürfnis zu befriedigen, um sensorische Stimulation anzubieten, um Kommunikation zu erleichtern oder zu beleben.

Vorliegende Studie überprüft Befunde einer vorherigen Untersuchung, in der die Annahme von Puppen mit überwiegend positiven Emotionen verbunden war. Um Zweifel bezüglich des „Neuigkeitseffekts“ zu zerstreuen wurde der Einfluss von Puppen über einen längeren Zeitraum untersucht. Zudem wurden Teddybären angeboten um zu überprüfen, ob diese in ähnlicher Weise attraktiv sind.

Methode:

15 Puppen und 15 Teddybären wurden 34 Bewohnern mit Demenz angeboten. Es wurde die Trefferquote ermittelt, mit der Mitarbeiter die Neigung der BewohnerInnen, Puppen oder Teddybären zu verwenden, vorhersagen können. MitarbeiterInnen schätzen ein, welchen Effekt die Verwendung von Puppen und Teddybären auf Nutzer und Nichtnutzer hatte. Datensätze wurden an 5 Zeitpunkten erhoben (nach der 1., 2., 4., 8., 12. Woche). MitarbeiterInnen wurden instruiert, die Verwendung nicht besonders zu fördern, aber freundlich und bestätigend auf Verwendung zu reagieren.

Resultate:

Die Trefferquote für positive Vorhersagen war geringer (56%) als die für negative Vorhersagen („wird Puppe nicht verwenden“ 82%). Von 34 BewohnerInnen wählten 13 eine Puppe und einer einen Teddybär. 2 männliche Bewohner nutzten Puppen. Insgesamt ist für die Nutzer eine deutliche Verbesserung für die Indikatoren Aktivität, Interaktion, Zufriedenheit und Verringerung der Unruhe zu verzeichnen. Nichtnutzer verbesserten ihr Wohlbefinden nicht. Einige Nutzer verbesserten ihr Wohlbefinden erheblich (3 Personen), bei anderen (11 Personen) bewegten sich die positiven Veränderungen im unteren Signifikanzbereich.

Schlussfolgerungen

Puppen scheinen deutlich attraktiver als Teddybären zu sein. Die positiven Effekte für die Nutzer hielten im Zeitraum von 12 Wochen an und schwächten nicht ab. Bei keinem Nutzer war eine Verschlechterung des Befindens feststellbar. Die niedrige Trefferquote zeigt an, dass Vorhersagen über den individuellen Nutzen schwer zu treffen sind.

Jede Person nahm eine sehr eigenständige Beziehung zur Puppe an: einige hielten sie für Puppen, einige hielten sie für Babies, einige BewohnerInnen fanden sich zu „Müttergruppen“ zusammen. Eine Person wurde sehr besitzergreifend und eignete sich die Puppen der andern Nutzer an. Dies führte u.a. zu Missstimmungen zwischen BewohnerInnen. Einige andere Heimbewohner betrachteten und kommentierten den Puppeneinsatz abfällig. Für eine Bewohnerin wurden die „Bedürfnisse“ der Puppe wichtiger als die eigenen.

Quelle:

James IA, Mackenzie L, Mukaetova-Ladinska E (2006)

Doll use in care homes for people with dementia

In: International Journal of Geriatric Psychiatry 21(11), 1093-1098

Ziel/Hintergrund:

„Wandern“ bezeichnet eine Reihe unterschiedlicher Tätigkeiten, die einer einheitlichen Definition schwer zugänglich sind. Unterschiedliche Definitionen erschweren die Vergleichbarkeit von Studien. „Wandern“ scheint für einige Menschen mit Demenz vorteilhaft zu sein, wird aber auch mit vorzeitiger Institutionalisierung, emotionalem Stress und selbstschädigendem Verhalten in Verbindung gebracht. Traditionelle Interventionen umfassen körperliche oder medikamentöse Fixierungen, die aber zunehmend als ethisch und fachlich fragwürdig eingeschätzt werden. Zur Zeit diskutierte Methoden beinhalten: Sichere Wege und sicheres Laufen, elektronische Warnsysteme, verhaltenstherapeutische Maßnahmen, physische Übungen, Musiktherapie, sensorische Therapie, Milieugestaltung, subjektive Barrieren (visuelle Modifikationen, die Barrieren vorgeben, ohne solche zu sein). Zur Effektivität, Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz dieser Interventionen gibt es wenig aussagekräftiges Wissen. Ziel vorliegender Literaturanalyse (systematic review) ist es, den Stand gegenwärtigen Wissens zusammenzufassen.

Methode:

Literaturanalyse anhand detaillierter Suchstrategie und Auswahlkriterien.

Resultate:

Zur Wirtschaftlichkeit der Interventionen wurden keine Studien gefunden. Studien zur Effektivität der Interventionen wiesen verschiedene Mängel auf, fehlende Informationen zur abschließenden Bewertung der Studie konnten nur in einem Fall eingeholt werden. Eine Studie konnte plausibel die Wirksamkeit von physischen Übungen (exercise therapy) nachweisen, aber diese Studie wies einige Mängel auf und konnte durch andere Studien nicht bestätigt werden. Klienten, die therapeutische Berührungen erhielten, wiesen weniger Wanderverhalten auf. Zum Einsatz der Aromatherapie gibt es sich widersprechende Studienergebnisse. Beim

Einsatz multisensorischer Therapien reduziert sich die Unruhe für einen kurzen Zeitraum unmittelbar nach der Intervention, allerdings ohne lang anhaltenden Effekt.

Schlussfolgerungen

Zur Zeit liegt kaum ausreichend belastbares Wissen für irgendeine nicht-pharmakologische Intervention zur Reduktion von „Wandern“ vor. Mit Hinsicht auf die Praxis gelten physische Übungen und Musiktherapie als unbedenklich, direkte Fixierungen der Person dagegen als nicht akzeptabel. Der Einsatz elektronischer Überwachungssysteme wird kontrovers diskutiert. Dies gilt auch für das Abschließen von Türen- eine Praxis, die in der Regel hingenommen wird, ohne dass es dafür empirisch gesichertes Wissen gibt. Gänzlich fehlen Aussagen dazu, wie Menschen mit Demenz selbst diverse nicht-pharmakologische Praktiken bewerten.

Die Autoren mahnen Studien zu Nutzen und Risiken des Wanderns/Gehens von Menschen mit Demenz an, die auch die mit diesem Verhalten verbundenen Kosten in den Blick nehmen, das mit diesem Verhalten verbundene Wohlbefinden von Klienten und Pflegenden untersuchen und – wenn möglich – dabei Eigenaussagen von Menschen mit Demenz verstärkt berücksichtigen.

Quelle:

Robinson L, Hutchings D et al (2007)

Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia : a systematic review

International Journal of Geriatric Psychiatry 22 (1) , 9-22

Ziel/Hintergrund:

Pflegende Angehörige weisen eine vergleichsweise geringere physische und psychische Gesundheit auf. Prävention setzt voraus, die Faktoren des Belastungserlebens differenzieren zu können.

Der bisherige Wissensstand spricht für eine starke Assoziation zwischen Belastungserleben und herausforderndem Verhalten. Bislang ist nicht deutlich geworden, welche Merkmale von Klienten und Pflegenden für welche Elemente des Belastungserlebens verantwortlich zu machen sind.

Das erste Ziel vorliegender Studie ist es, im Kontext einer weit verbreiteten Messskala für Stress von Pflegenden Angehörigen (Relative Stress Scale) mittels einer Faktorenanalyse differenzierende Oberbegriffe auszumachen (latent constructs). Das zweite Ziel ist es, erklärende Faktoren für diese Oberbegriffe zu finden.

Methode:

196 Paare von Klienten/Pflegenden wurden rekrutiert. Neben der Stressskala wurde der MMST (Mini Mental State Examination), das NPI (Neuropsychiatric Inventory) sowie Pflegeabhängigkeit nach DAD (Disability Assessment for Dementia) erhoben. Statische Analysen wurden mittels SPSS durchgeführt.

Resultate:

Die Mehrzahl der Pflegenden sind Partner gefolgt von Töchtern. Mit der Ausnahme von 6 Personen wiesen alle Patienten neuropsychiatrische Symptome auf (Apathie 74%, Depression 62%, Angst 51%, Essstörungen 46%, Agitation/Unruhe 46%). Stress der Angehörigen lies sich im Rahmen einer Faktorenanalyse auf die Begriffe „emotionaler Stress“ (z.B. „Macht Sie die Situation zuweilen depressiv?“), „sozialer Stress“ (z.B. „Wie sehr ist ihr Sozialleben betroffen?“) und „negative Gefühle“ (z.B. „Fühlen Sie sich zuweilen beschämt durch Ihren Angehörigen?“) reduzieren. Generell

ist emotionaler Stress mit verändertem Verhalten, sozialer Stress mit dem Niedergang funktionaler Fähigkeiten verbunden.

Der Gesamtwert von NPI hat bezüglich des erhobenen Stresses den höchsten Erklärungswert, d.h. herausforderndes Verhalten ist die Hauptursache für das Belastungserleben von Angehörigen.

Emotionaler Stress ist bedingt durch „herausforderndes Verhalten“ nach NPI, die Tatsache, dass die Pflegenden Frauen sind sowie die Anzahl der in einer Woche beim Klienten verbrachten Stunden.

Sozialer Stress ist bedingt durch „herausforderndes Verhalten“ nach NPI, Pflegeabhängigkeit nach DAD, die Anzahl der in einer Woche beim Klienten verbrachten Stunden, sowie dem Umstand, dass der Pflegende täglichen Umgang mit dem Klienten hat.

Schlussfolgerungen

Die Studie bestätigt eine Reihe von wichtigen Einzelbefunden, u.a. dass herausforderndes Verhalten die Hauptursache von Belastungserleben darstellt und weibliche Pflegende mehr als männliche zu emotionalem Stress (Depression und Angst) neigen. Die Autoren verweisen auf Methoden der Kognitiven Psychotherapie. Bei sozialem Stress tritt neben herausforderndem Verhalten der tägliche Kontakt zum Klienten ins Zentrum des Interesses. Bei fortschreitender Demenz erschwert zunehmende Abhängigkeit bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens ein eigenständiges soziales Leben. Die Autoren verweisen auf die Notwendigkeit von Kurzzeitpflege und häuslichen Hilfen.

Quelle:

Ulstein I, Wyller TB, Engedal K (2007)

The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia?

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(1), 61-67

Ziel/Hintergrund:

Bei Demenzen vor dem 65 Lebensjahr stehen fronto-temporale Degenerationen im Vordergrund. Die Studie untersucht die psychosoziale Belastung von Ehepartnern von Klienten mit „präseniler“ Demenz auf dem Hintergrund vorhandener Studien, die für diese Partner ein sehr hohes Ausmaß an Stress dokumentiert haben.

Methode:

Eine Gelegenheitsstichprobe von Angehörigen wurde befragt. Der Fragebogen basierte zum einen auf dem Belastungsinterview von Zarit (ZBI, 22 Fragen) und einem Einschätzungsinstrument für Depression (Beck's depression index = BDI). Es wird angenommen, dass 1. weibliche Pflegende Angehörige einen höheren BDI (also mehr depressive Phänomene) aufweisen als männliche Pflegende, 2. dass Angehörige, die ihren Partner zuhause pflegen, einen höheren BDI aufweisen als alle anderen und 3. dass Angehörige von Klienten mit fronto-temporaler Demenz einen höheren BDI aufweisen.

Resultate:

Die häufigsten Belastungen (ZBI) umfassten:

1. Empfinden der Abhängigkeit des Partners
2. Sorge um die Zukunft des Partners
3. Belastungsgefühle, der Pflege des Partners und den anderen Verpflichtungen der Familie nachzukommen
4. Empfinden, dass der Partner alle Sorge für sich beansprucht und nicht nachvollziehen kann, dass es noch andere Sorgaufgaben gibt

Milde oder schwerere Depressionen wurden von 50% der Pflegenden bei Alzheimer-Klienten, 75% von Pflegenden von fronto-temporal betroffenen Klienten berichtet.

Die höchsten BDI Werte wiesen Partner von fronto-temporal betroffenen Klienten

auf. Weibliche Pflegende wiesen in der Regel eine höhere Depression auf als männliche.

Schlussfolgerungen

Besonders weibliche pflegende Angehörige von Menschen mit fronto-temporaler Demenz sollten regelmäßig auf Depression untersucht werden. Finanzielle und gesundheitsbezogene Sorgen, fehlender Zugang zu wirksamer Unterstützung und soziale Isolation belasten pflegende Angehörige von an „präseniler“ Demenz erkrankten Personen.

Quelle:

Kaiser S, Panegyres PK (2007)

The Psychosocial Impact of Young Onset Dementia on Spouses

American Journal of Alzheimer's Disease & other Dementias 21 (6) 398-402

Ziel/Hintergrund:

Essstörungen bei Menschen mit Demenz sind bislang vorwiegend im Rahmen stationärer Versorgung untersucht worden. Praxisempfehlungen richten sich vorwiegend an Professionelle.

Ziel der Untersuchung ist es, Essprobleme von Menschen mit Demenz im häuslichen Umfeld zu untersuchen. Vorhandene Literatur gibt wenig Einsicht darin, wie Familien mit verändertem Essverhalten umgehen.

Methode:

23 pflegende Angehörige wurden anhand eines halbstrukturierten Fragebogens interviewt. Die Fragebögen wurden qualitativ ausgewertet.

Resultate:

Teilnehmende pflegende Angehörige wissen von vielen Herausforderungen und individuellen Lösungen zu berichten, die im Artikel ausführlich dargestellt werden.

Die Hauptthemen wurden in 6 zentralen Konzepten zusammengefasst:

1. Zusammen essen ist eine soziale Aktivität: Mahlzeiten bilden einen sozialen Höhepunkt des Tages. Der Umgang mit den Verletzungen der damit einhergehenden sozialen Regeln stellen eine Herausforderung dar. Der Verlust gemeinsamer Mahlzeitgestaltung wird zuweilen schmerzlich vermisst. Verschiedene Anpassungen wurden erforderlich, um gemeinsames Speisen noch zu ermöglichen. In späteren Phasen der Demenz wird dies immer weniger möglich.
2. Gute Ernährung vs. Spaß am Essen: Der Kampf um „wertvolle Ernährung“ wird mit den Auseinandersetzungen mit Kindern um eben dieses Thema verglichen. Zuweilen wird „wertvolle Nahrung“ anderen, als minderwertig eingeschätzten Speisen heimlich zugemischt. Für viele drückt sich im qualitativ hochwertigem Essen gute Pflege und Versorgung aus.

3. Das Handtuch werfen: Frustration und Stress werden zum Teil der Mahlzeiten. Pflegende Angehörige essen dann getrennt vom Kranken, greifen auf minderwertige Fertiggerichte zurück oder beginnen, das Essen zu reichen und vorzeitig zu „übernehmen“. Das Richten von bis zu 5 Mahlzeiten am Tag wird als erheblicher Stressor eingeschätzt.
4. Der schrumpfende Teller: Die Bandbreite der Vorlieben für Speisen nimmt ab. Dies gilt auch für die Essensvorbereitung, die Gestaltung der Mahlzeiten, für die Fähigkeit, selber zu essen, zu kauen und zu schlucken. Belastende Erfahrungen sind: mit Essen „spielen“, werfen, es ausspucken, es abfällig kommentieren. Das Essen mit Fingern wird zuweilen zum Kampfplatz unterschiedlicher Vorstellungen von Würde, Anstand und Gesichtswahrung.
5. Die Notwendigkeit zur Vereinfachung: Der Griff zu Fertiggerichten, einfachen Speisen, das Essen in der Küche vor laufendem Fernseher bilden Möglichkeiten zur Stressreduzierung. Einige pflegende Angehörige leiden darunter, selbst gesetzte Standards beim Speisen deutlich zu unterschreiten.
6. Einschreiten: Die Autonomie der Kranken und das Herstellen einer für alle erträglichen, ja angenehmen Situation sind den pflegenden Angehörigen in der Regel ein wichtiges Anliegen. Hilfen und Unterstützungen werden oft so gewährt, dass sie dem Kranken möglichst wenig sichtbar werden, z.B. nicht in Gegenwart des Kranken Fleisch klein schneiden, sondern in der Küche vorschneiden und unter der Soße „verbergen“. Für die Angehörigen ist es oft schwer einzuschätzen, ob Ermahnungen/Korrekturen noch sinnvoll sind oder ob bereits ein niedrigeres Plateau von Fähigkeiten erreicht ist, an das man sich anpassen muss.

Schlussfolgerungen

Mahlzeiten bilden einen Kernbereich familiären Lebens, an denen sich die Art und Qualität der vorhandenen Beziehungen manifestiert. Jede Familie entwickelt individuelle Strategien in der Situationsbewältigung. Die Haltung „Essen als Medizin“ erschwert oft die Anpassung an eine primär lust- und gemeinschaftsorientierte Einstellung zum Essen. Bei zunehmender Demenz spiegeln sich im „feindlichen Fütterverhalten“ (Riviere) die Grenzen der Anpassungsfähigkeit. Abschließend wird

ein Modell zyklisch wiederkehrender Korrektur- und Anpassungsversuche vorgestellt, welches das Bemühen um ein ausbalanciertes familiäres Funktionieren abbildet. Wichtige Komponenten dieses Modell betreffen die Bedeutung, die bestimmte Situationen für die Familie hat, sowie die Selbsteinschätzung der Familie, mit diesen Situationen zurechtzukommen (subjektive Deutung und Kontrollüberzeugung). Essverhalten, Herausforderungen, Wahrnehmungen und Stress bilden Variablen des Modells.

Quelle:

Keller HH, Edward HG, Cook C (2006/2007)

Mealtime Experiences of Families With Dementia

American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 21(6) 431-438

Ziel/Hintergrund:

Frage: Hat sich zwischen 1993 und 2001 die Kompetenz praktischer Ärzte in Niedersachsen, Demenz zu erkennen, deutlich verändert?

Methode:

Anhand von Fallbeispielen wurden diagnostische Einschätzungen von 122 Ärzten erhoben und in einem anschließenden Interview vertieft.

Resultate:

Im Vergleich zu 1993 wurde im Jahr 2001 Demenz deutlich häufiger erkannt, allerdings mit der Neigung, vaskuläre Ursachen zu überschätzen und die Diagnose Alzheimer (DAT) eher zu „unter-diagnostizieren“. Insgesamt kann die erhöhte Sensitivität für Demenz auf eine erhöhte Zuschreibung vaskulärer Diagnosen zurückgeführt werden. Depressionen wurden häufiger erkannt.

Besonders bei Ärzten über 50 Jahren wurde Demenz, besonders die vom Alzheimer Typ, weniger erkannt. Da Demenzen vom Alzheimer Typ höhere Prävalenzwerte ausweisen, ist dies ein überraschendes Ergebnis.

Schlussfolgerungen

Die Autoren stellen fest, dass trotz einer im Vergleich zu 1993 erhöhten Anzahl von richtigen Demenzdiagnosen in 2001 diese immer noch im Rahmen eines dominanten „vaskulären Paradigmas“ erfolgen.

Quelle:

Maeck L, Haak S (2007)

Early diagnosis of dementia in primary care: a representative eight year follow-up study in Lower Saxony, Germany

International Journal of Geriatric Psychiatry 22(1) 23-31

Ziel/Hintergrund:

Kognitive Beeinträchtigung berührt das Selbstwertgefühl von Klienten. Maßnahmen zielen darauf ab, sinnvolle Beziehungen und damit Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Dazu gehört es auch, wichtige Informationen lernen bzw. behalten zu können.

„Strukturierte Praxis“(SP) wendet sich an Menschen mit Demenz mit dem Ziel, anhand eines Trainingsbuches ausgesuchte Informationen zu lernen, zu behalten und Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Dabei wird gezielt auf eine Reihe von Techniken zurückgegriffen, die sich u.a. bei Menschen mit Demenz bewährt haben, wie z.B. irrtumsarme Lerntechniken, die Methode kontinuierlich abnehmender Hinweise, zunehmend größere Zeitabstände zwischen den Lerneinheiten. Ziel der Studie ist es, herauszufinden, ob

1. wiederholte SP mit Menschen mit Demenz durchführbar ist und ob
2. Teilnehmende Informationen lernen und behalten können.

Methode:

Teilnehmer sind 14 Bewohner betreuten Wohnens (assisted living) mit besonderer Begleitung für Menschen mit Demenz. Die Übungsbücher sind auf eine Einzelbegleitung hin angelegt. Unterlagen umfassen Praxisblätter, Übungsblätter und Blätter, die zwischen den Übungen soziale Interaktionen anregen. Die Aufgabe der Übungen (z.B. sich eine Telefonnummer merken) wird dabei mehrfach in zunehmenden Abständen und mit abnehmenden Hinweisen/Erinnerungsbrücken wiederholt.

Jeder Teilnehmer kommt mehrfach in der Woche mit dem Trainer zusammen für jeweils 12-20 Minuten. Die Trainings wurden solange fortgesetzt, bis die gesetzten Ziele (sich an die Nummer erinnern) erreicht wurden (Minimum von 10 Sitzungen).

Resultate:

Teilnehmende zeigen unterschiedliche Erfolge, die von mehr oder weniger dichten Hinweisen und Brücken abhängig waren. Die meisten Teilnehmer sind in der Lage, die gestellte Aufgabe erfolgreich zu erfüllen. Es wird von engagierter Teilnahme berichtet.

Schlussfolgerungen

SP könnte eine für Menschen mit (leichter bis mittelschwerer) Demenz sinnvolle therapeutische Tätigkeit darstellen, die sie sowohl alleine als auch in Begleitung durchführen können. SP hat das Potential, positive Resultate zu erbringen, die andauern. Positiv gewertet werden: gesteigerte Unabhängigkeit, vermehrtes Interesse an der Umgebung, positiver Affekt (Erfolg). Dies gilt besonders dann, wenn für die Person wichtige Daten Gegenstand des Trainings bilden und damit die Kompetenz des Kranken sich erhöht.

Quelle:

Hochhalter AK, Stevens AB (2006/2007)

Structured Practice: A Memory Intervention for Persons with Dementia

American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 21(6) 424-

430

Das „Challenging Behaviour Team“ in Newcastle on Tyne hat eine Reihe von Praxisempfehlungen für den Einsatz von Puppen herausgegeben.

Hintergrund

Warum sind Puppen wirksam? Folgende Vermutungen werden angestellt:

1. Puppen erhöhen die Interaktion mit MitarbeiterInnen und anderen Personen. Puppen bilden ein Objekt, über das ein Gespräch in Gang kommen kann.
2. Puppen erfüllen das Bedürfnis, für etwas/jemanden zu sorgen und eine bekannte Rolle einzunehmen.
3. Puppen dienen als „Übergangsobjekte“, die Unsicherheit und Angst in der Übergangssituation Demenz überwinden helfen.
4. Puppen bilden ein Vehikel für verschiedene Möglichkeiten, tätig zu werden.

In der Regel halten Menschen mit Demenz Puppen für Puppen, obwohl sie es oft wie ein Baby behandeln. Sie sagen z.B. „Ich kann mich um diese Puppe kümmern, da ich je selber sechs Kinder groß gezogen habe.“

Richtlinien

- Puppen sollten einen weichen Körper haben, zwischen 35 und 59 cm groß sein.
- Die Puppen sollten Augen schließen und öffnen können, um Missverständnissen, die Puppe sei tot, entgegenzuwirken.
- Puppen, die Geräusche machen, sollten vermieden werden, da dies Stress auslösen kann.
- Puppen sollten an- und ausgezogen werden können und verschiedene „Garderoben“ sollten möglich sein.
- Puppen müssen gereinigt werden können, um Ansteckungen vorzubeugen.

- MitarbeiterInnen müssen sich im Vorfeld mit dem Thema auseinandersetzen, damit nicht unterschiedliche Vorstellungen zu uneinheitlicher Praxis führt.
- Angehörige und Freiwillige sollten vor Beginn auf den Einsatz von Puppen hingewiesen werden.
- Puppen dürfen niemandem aufgezwungen werden. Sie können in der Nähe der Klienten abgelegt werden oder mit Vorsicht und in spielerischer Form angeboten werden: „Könnten Sie dies mal für mich einen Moment halten?“
- Männer sollten von Puppen nicht ferngehalten werden.
- Puppen finden Interesse nicht nur bei Menschen mit Demenz, sondern auch bei kognitiv nicht beeinträchtigten Personen: daher sollten sie allen BewohnerInnen zur Verfügung stehen.
- Puppen sollten mit dem Namen/Begriff benannt werden, die der Klient verwendet.
- Eine Puppe darf einem Klienten nicht ohne dessen Einwilligung weggenommen werden. Wenn dies geschieht, muss ein für den Klient nachvollziehbarer Grund genannt werden.
- Zuweilen vernachlässigen oder ermüden sich Klienten „im Dienst“ an der Puppe. In diesem Fall muss ein guter Grund gefunden werden, die Puppe eine Zeit lang zu entfernen.
- Die Puppe sollte niemals zur Bestrafung weggenommen werden.
- Puppen sollten nicht die einzige Quelle der Aktivität bilden, so dass kein Versuch mehr unternommen wird, den Klienten in andere Tätigkeiten mit einzubeziehen.
- Puppen können auch negative, belastende Gefühle wachrufen: „Niemand wird mir dieses Kind mehr wegnehmen“ auf dem Hintergrund von erfahrenem Kindstod.

Quelle:

Mackenzie L, Wood-Mitchell A, James I (2007)

Guidelines on using dolls

The Journal of Dementia Care 15(1) 26-27

Ziel/Hintergrund:

Alkoholmissbrauch im Alter geht häufig mit kognitiven Einschränkungen, Depression, Schlafstörungen und vermehrtem Sturzrisiko einher. Bisheriges Wissen empfiehlt eine strenge Abstinenz und unterstreicht die Gefahr selbst kleiner Mengen. Dennoch ist die Politik strenger Abstinenz bei alten Menschen im stationären Bereich umstritten. Dies geht einher mit Überlegungen, die Rechte des Einzelnen, insbesondere seine Wahlfreiheit zu achten. Wie gehen stationäre Einrichtungen mit der Problematik um?

Methode:

In vier Einrichtungen(Schottland) wurden Dokumente gesichtet und MitarbeiterInnen befragt.

Resultate:

Alle Einrichtungen weisen unterschiedliche Haltungen auf selbst dann, wenn sie sich auf den Umgang mit Alkoholproblemen spezialisiert haben. Für die jeweilige Haltung erweist sich die Auffassung der Leitung als prägend. MitarbeiterInnen tragen diese Haltung in der Regel mit, weisen aber große Wissensmängel auf und erfahren in der Regel keine spezifische Ausbildung. MitarbeiterInnen kritisieren bei strikter Abstinenzpolitik, dies gehe zu weit und kleine Mengen könnten alten Menschen nicht schaden. MitarbeiterInnen sind sich darin einig, dass Alkohol kontrolliert werden muss; keiner bezweifelt das Recht stationärer Einrichtungen, Kontrolle auszuüben und Verbote auszusprechen.

Schlussfolgerungen

In stationären Einrichtungen müssen Schulungen über dieses Thema dringend erfolgen, besonders in Hinblick auf die ethische Problematik.

Quelle:

McCabe L (2007):Alcohol in Care Homes: what rules to play by?

The Journal of Dementia Care 15(1) 34-36

10. Familiäre Unterstützung und emotionale Entlastung haben nicht unbedingt etwas miteinander zu tun! Von der Bedeutung der Kultur für das Belastungserleben pflegender Angehöriger
CMH

Ziel/Hintergrund:

Oft wird angenommen, dass in Gesellschaften mit hoher familiärer Orientierung (=Familiarismus) die Pflege als selbstverständlicher Teil des Lebens angesehen wird und daher mit weniger Stress verbunden ist. Dies scheint für pflegende Angehörige (PA) aus afro-amerikanischen und lateinamerikanischen, nicht aber für PA aus fernöstlichen Kulturen zuzutreffen. Letztere weisen eher einen höheren Grad an Belastung und Stress auf als weiße Amerikaner.

In vorliegender Studie werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich Belastungserleben und emotionalem Stress für drei Gruppen von PA aus verschiedenen Kulturkreisen untersucht: Korea, US-Amerikaner koreanischer Abstammung, weiße US-Amerikaner.

Es wird angenommen, dass kulturellen Unterschieden zum Trotz kulturübergreifend eine ähnliche Entwicklung emotionaler Belastung vorliegt: Verhaltensprobleme des Patienten führen zu Belastungen der PA, die wiederum ängstliches und depressives Erleben der Pflege beeinflussen.

Dabei werden folgende Faktoren (kontrollierende Variablen) berücksichtigt: Weibliche im Vergleich zu männlichen PA leiden vermehrt unter Depressionen; geringere Bildung und schlechte Gesundheit begünstigen depressives Erleben der Pflege; die Erfahrung der Pflege ist besonders belastend für Ehepartner.

Methode:

Insgesamt wurden 64 PA koreanischer Herkunft, 53 amerikanisch-koreanische und 54 weiß-amerikanischer PA anhand eines strukturierten Fragebogens interviewt. Weiterhin wurde herausforderndes Verhalten sowie Depressivität der Patienten erhoben, und Familiarismus, Belastungen sowie emotionaler Stress (Ängstlichkeit, Depressivität) der PA anhand einschlägiger Instrumente eingeschätzt.

Resultate:

Die Komplexität der Studie erlaubt nur eine auszugsweise Darstellung: weisse Amerikaner weisen den geringsten Belastungswert auf und haben die höchste emotionale und instrumentelle (z.B. Pflegedienste) Unterstützung. Umgekehrt weisen koreanische PA die höchsten Werte für Ängstlichkeit und Depression auf, aber auch den höchsten Wert für Familiarismus. Korea-Amerikaner nehmen Mittelwerte ein. In allen Gruppen bestätigen sich die Annahmen bezüglich der Kontextfaktoren: Geringe Bildung und schlechte Gesundheit führen zu mehr Belastung, Ängstlichkeit und Depressivität bei den PA. Je höher die emotionale und instrumentelle Entlastung, desto geringer fallen die Werte für Belastung wie emotionalen Stress aus. In der Regel gilt für alle: ältere die PA erlebten die Pflege weniger als Belastung und Stress. Koreanische Ehepartner erleben die Pflege als wesentlich belastender (hoher depressiver Anteil) als US-amerikanische PA.

In allen drei Gruppen traf die vermutete Kausalkette emotionaler Belastung zu: Probleme der Patienten verursachen Belastung, Belastung ist maßgeblich für Ängstlichkeit und Depressivität verantwortlich.

Schlussfolgerungen:

Ein direkter Einfluss von Familiarismus auf emotionalen Stress oder das Ausmaß an sozialer Unterstützung konnte nicht aufgezeigt werden, d.h. PA in einer Kultur mit hoher Wertschätzung für die Familie erfahren nicht weniger Stress und erhalten nicht mehr Unterstützung. Es wird vermutet, dass kulturelle Werte wie z.B.

Tochter/Sohnesplicht und Respekt vor alten Menschen in nur geringem Umfang die geistige und körperliche Gesundheit von PA beeinflussen.

Sehr viel wichtiger sind das Ausmaß emotionaler und instrumenteller Hilfen sowie das Ausmaß herausfordernden Verhaltens seitens der Person mit Demenz. Daher wird abschließend empfohlen, das Hauptaugenmerk der Unterstützung auf 2 Aspekte zu legen: dem praktischen, problemlösungsorientierten Management von herausforderndem Verhalten sowie die emotionale und instrumentelle Unterstützung der PA.

Quelle:

Chun M, Knight BG, Youn G(2007)

**Differences in stress and coping models of emotional distress among
Korean, Korean-American and White-American caregivers**

Aging and Mental Health 11(1) 20-29

Ziel/Hintergrund:

Die bisherige Literatur beschreibt, dass die Freiheitsrechte alter und besonders dementer Menschen wenig Beachtung finden. Da Rechte von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen unlösbar zusammenhängen, werden wichtige Entscheidungen, insbesondere aber die Heimunterbringung, von Angehörigen und Professionellen einseitig gesetzt.

Methode:

Anhand von fünf Dimensionen nach Frossard (Informiertheit, Erfahrung des Zuhörens, Möglichkeit der Meinungsbekundung, Bedenkzeit, die Meinung ändern können/Revidierbarkeit) werden Menschen mit leichter Demenz und ihre pflegenden Angehörigen(primary carer) in Frankreich befragt. Die Fragestellung betrifft eine von drei möglichen Situationen aus jüngerer Zeit: die Entscheidung, im eigenen Zuhause Hilfe anzunehmen; die Entscheidung, eine Tagespflegeeinrichtung zu besuchen; die Entscheidung, in einem Heim zu leben. Von 103 angefragten Paaren nehmen 21 teil. Zudem wird für alle Menschen mit Demenz durch ihre pflegenden Angehörigen eine Einschätzung bezüglich des Ausmaßes ihrer Demenz nach GERRI (Geriatric Evaluation by Relatives Rating Instrument) vorgenommen.

Resultate:

Alle Teilnehmenden können ihre Erfahrungen deutlich zum Ausdruck bringen. Pflegende Angehörige (PA) erleben sich wesentlich besser informiert als Menschen mit Demenz. Oft mangelt es an einer Anpassung an die Verstehensmöglichkeiten, die Sorgen und Bedürfnisse der Person mit Demenz. Mehr als ein Drittel der Patienten bringen zum Ausdruck, sie seien überhaupt nicht informiert worden. In ähnlicher Weise bekunden PA, ihnen werde von Professionellen zugehört: Menschen mit Demenz meinen, nicht nur die Professionellen, auch die PA hörten ihnen bei den genannten Entscheidungen nicht zu.

Die meisten Patienten im Unterschied zu PA meinen, sie haben keine Bedenkenzeit gehabt. Dies betrifft in erster Linie Menschen mit Demenz und deren Angehörigen, die mit der Entscheidung einer Heimaufnahme konfrontiert sind. Hier verweisen die Autoren auf eine Studie, die zeigt, dass Menschen, die diese Entscheidung mitgetragen haben, ihre Gesundheit und Lebensqualität besser einschätzen als Patienten, bei denen dies nicht der Fall war.

Besonders im Fall der Heimunterbringung wird die Möglichkeit, die Meinung zu ändern, nicht gesehen.

Schlussfolgerungen

Insgesamt kann gefolgert werden, dass die Einschätzung bezüglich Wahlfreiheit bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen weit auseinandergehen. Das Verhältnis angefragter Paare und Teilnehmer lässt den delikaten Charakter der Fragestellung vermuten. Dies legt nahe, dass die teilnehmenden Paare eher der Gruppe von Personen angehören, in denen vergleichsweise hohe Freiheitsgrade gegeben sind.

Die Autoren empfehlen u.a., dass Professionelle gezielter lernen müssen, in Untersuchungs- und Entscheidungssituationen die „Sprache“ des Klienten zu sprechen und für seine Freiheitsrechte bewusst einzustehen. Das Zusammenspiel von mangelndem Problembewusstsein, zeitlichen Beschränkungen und Ressourcenknappheit führe unweigerlich dazu, dass Freiheitsrechte von Menschen mit Demenz keine Rolle mehr spielen. Verschiedene Möglichkeiten, diese Studie zu verfeinern und weiterzuführen, werden vorgestellt. Der Aufsatz enthält eine englische Fassung des französischen Fragebogens.

Quelle:

Tyrrell J, Genin N, Mylinski M (2006)

Freedom of choice and decision-making in health and social care: Views of older patients with early-stage dementia and their carers

Dementia 5(4) 479-502

12. Lebensqualität von Menschen mit Demenz: verschiedene Hinsichten eröffnen
verschiedene Ansichten
CMH

Ziel/Hintergrund:

Die Lebensqualität ist in den letzten 15 Jahren zu einem Schlüsselbegriff im Verständnis der Pflege von chronisch Kranken geworden. Es geht darum, wie Menschen mit ihrer Krankheit leben, mit ihr zurecht kommen und am Leben Freude haben. Das Ziel lautet: Mehr Leben den Jahren als Jahre dem Leben hinzufügen (Clark).

Im Rahmen einer Untersuchung einer niederländischen Expertengruppe (Quality of Life in dementia working group, Leo Chan Foundation) wird deutlich, dass die bisherigen Instrumente zur Abbildung der Lebensqualität nicht immer erkennen lassen, welche Personen welche Bereiche (domains) der Lebensqualität für wichtig erachten, ob diese Personen einander (in welcher Hinsicht) ähnlich sind und worauf sich die Entscheidung zur Auswahl dieser Bereiche gründet. Es wird vermutet, dass nur diejenigen Bereiche zur Auswahl kamen, die allen Beteiligten (Kranken unterschiedlicher Genese und Schweregrade, Angehörigen, Professionellen, Expertengruppen) sinnvoll erscheinen. Damit aber ist ein Selektionsfaktor gegeben, der viele Unterschiedlichkeiten nicht mehr erkennen lässt.

Daher die Frage: In welchem Ausmaß erkennen sich Menschen mit Demenz in dem wieder

- was die Professionellen (Pfleger und Ergotherapeuten) für ihre (d.h. die der Person mit Demenz) Lebensqualität für entscheidend halten
- was die existierenden theoretischen Vorstellungen und Modelle für ihre Lebensqualität für entscheidend halten?

Methode:

Literaturstudie zu Ermittlung und zum Vergleich existierender Instrumente für Lebensqualität von Menschen mit Demenz; 106 Personen mit Demenz in niedrigschwelligen Angeboten (Meeting Centres), 37 Personen mit Demenz, die in

Heimen leben, sowie 10 PflegehelferInnen und drei ErgotherapeutInnen werden interviewt.

Resultate:

Von Menschen mit Demenz wird genannt bezüglich der von ihnen für relevant gehaltenen Faktoren genannt: Affekt, Selbstachtung, Bindung, Sozialkontakte, Freude an Aktivitäten, Ästhetik(Wahrnehmung schöner/weniger schöner Dinge), physische und geistige Gesundheit, die finanzielle Situation, Sicherheit und Privatheit, Selbstbestimmung und Freiheit, etwas Sinnvolles tun und gebraucht werden, Spiritualität.

Ogleich es in den Antworten der Professionellen viele Parallelen gibt, sind die Unterschiede aufschlussreich. So erwähnen beide Seiten die Bindungen (attachment), Menschen mit Demenz meinen damit aber: mit der Familie zusammenleben, ein Aspekt, den die Professionellen nicht benennen. In gleicher Weise benennen beide Seiten Sozialkontakte, Menschen mit Demenz aber meinen damit: im Leben der eigenen Kinder integriert sein, liebevolle Kontakte haben, mit intimen Freunden und guten Bekannten Kontakt aufrechterhalten. Die Betonung außerinstitutioneller Kontakte seitens der Personen mit Demenz ist bemerkenswert im Unterschied zu den Professionellen.

Im Vergleich der Antworten zur Literatur fällt auf: Der Aspekt der Selbstachtung fehlt in einigen Instrumenten; so auch Bindung, Sozialkontakte und Freude an Aktivitäten. Gänzlich fehlt das Gefühl der Schuld bezüglich Partnern oder pflegenden Angehörigen, das die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bedeutsam beeinträchtigt. Auch die Sorge um Finanzen taucht nur in einem der untersuchten Erhebungsinstrumente auf.

Sicherheit und Privatheit, Selbstbestimmung und Freiheit, Sich-Nützlich-Machen und dem Leben Bedeutung geben tauchen als eigene Dimensionen von Lebensqualität nicht auf, werden aber unter anderen Kategorien zum Teil verwendet.

Schlussfolgerungen

Menschen mit Demenz und die sie pflegenden Professionellen haben unterschiedliche Perspektiven und kommen daher zu unterschiedlichen Wertungen. Dies bedarf weiterer Untersuchungen.

Die Autoren resümieren allerdings auch, dass Menschen mit Demenz Aspekte ihres Lebens benennen, die mit eher objektiven Faktoren nicht übereinstimmen: so ist eine Person mit Geldfragen beschäftigt, obwohl dies ansonsten nie Erwähnung findet und auch objektiv kein Problem/Anliegen darstellt.

Bezüglich der Weiterentwicklung von Instrumenten für Lebensqualität wird eine genauere Beschreibung der Zielgruppe angemahnt. Zudem erscheint die Klassifikation von Aspekten der Lebensqualität in bestimmte Bereiche (domains) oft nicht nachvollziehbar und deutungsbedürftig, sprich: es ist nicht immer klar, warum die Einzelaspekte (items) bestimmten Oberbegriffen (domains) zugeordnet sind. Insgesamt wird gefolgert: Welche tatsächlichen Herangehensweisen in der Pflege bevorzugt werden, kann nicht durch Interviews allein, sondern muss durch Beobachtung ermittelt werden.

Quelle:

Dröes RM, Boelens-van der Knoop ECC, et al (2006)

Quality of Life in dementia in perspective: An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature

Dementia 5(4) 533-558

Ziel/Hintergrund:

Die nationale Rahmenordnung für Dienstleistungen für ältere Menschen (*National Service Framework for Older People: NSFOP*) in England empfiehlt die Entwicklung von speziellen Einrichtungen für Menschen mit Demenz. Das Ziel vorliegender Studie bezieht sich auf Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Nordwest-England. Die Frage lautet: Bieten spezialisierte Einrichtungen (informell „EMI-Heime“ genannt: Elderly Mentally Infirm) eine unterschiedliche Dienstleistung an? Ist die Dienstleistung dieser Einrichtungen bezogen auf standardisierte Parameter besser als die von nicht-spezialisierten Einrichtungen?

Methode:

Einrichtungen in England wurden anhand eines standardisierten Fragebogens befragt. 287 Heime wirkten an der Befragung mit, davon 162 EMI-Heime und 125 nicht-spezialisierte Einrichtungen. Gefragt wurde nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die dazugehörigen Items wurden aus der internationalen Literatur und den englischen Standards (National Minimum Standards) zusammengestellt und in größeren Einheiten sortiert (Domains). Dabei kamen nur möglichst objektive Kriterien zum Zuge. Prozessqualität umfasst die Domänen Assessment, Rehabilitation und Unterstützung der Angehörigen; Ergebnisqualität umfasst person-zentrierte Pflege, Privatheit und Förderung von Unabhängigkeit durch Anlage, Gebäude und Design.

Resultate:

Obwohl die Qualifikation in den EMI-Einrichtungen etwas besser ausfiel, unterschied sich die Personalausstattung kaum. Pflegepläne wurden spätestens nach drei Monaten vorgelegt aber in beiden Versorgungsformen eher selten überprüft. Nicht spezialisierte Einrichtungen erfassten die soziale Situation, mögliche Aktivitäten und den Unterstützungsbedarf für Angehörige des Klienten deutlich besser als EMI-

Heime. Bezüglich der Aktivitäten (10 Items) konnten EMI-Heime nur in Bezug auf ROT (Realitätsorientierungstraining) und Snoezelen Räume gegenüber den nicht-spezialisierten Einrichtungen punkten. Nicht-spezialisierten Einrichtungen gelang es dagegen besser, Angehörige zur Überprüfung der Pflegeplanung einzuladen. Bezüglich von 8 Items zur person-zentrierten Pflege wurden bei beiden Einrichtungstypen hohe Werte festgestellt, wobei EMI-Heime häufiger mit individualisierten Türen arbeiten. Bezüglich des Hausdesigns (7 Items) schnitten EMI-Heime deutlich besser ab: sicherer Außenbereich, individuell eingerichtete Räume, Orientierungshinweise, individuell gestaltete Türen).

Schlussfolgerungen

Insgesamt sind die Unterschiede nicht sehr bedeutsam und lassen bezüglich vieler Items in gleicher Weise einen niedrigen Stand der Umsetzung von wünschenswerten Interventionen erkennen. Bezüglich einer kleinen Anzahl von Items lässt sich ein besserer Umsetzungsgrad in EMI-Heimen erkennen; allerdings setzen insgesamt nur 27% der EMI-Heime spezielle Interventionen wie Snoezelen-Räume oder regelmäßiges ROT tatsächlich um. Am deutlichsten lassen Kriterien des Baukörpers und des Designs Unterschiede zugunsten der EMI-Heime erkennen.

Quelle:

Reilly S, Abendstern M et al (2006)

Quality in long-term care homes for people with dementia: an assessment of specialist provision

Ageing and Society 26, 649-668

Ziel/Hintergrund:

In den letzten 10 Jahren ist das Interesse an DCM als Instrument der Forschung gewachsen. Vorliegende Studie fasst die Ergebnisse von 5 Anwendungsprojekten mit insgesamt fast 50.000 DCM-Kodierungen aus Großbritannien und den USA zusammen. Dabei wird untersucht: Wie häufig werden welche Kodierungen verwendet?(item distribution) Wie sehr stimmen Anwender miteinander überein?(inter-rater reliability) Wie steht es um die (konkurrente) Validität des Verfahrens, d.h. misst das Verfahren, was auch andere Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz messen? Welche alternativen Kodierungsmethoden können entwickelt werden?

Methode:

Vergleich der Ergebnisse der fünf Anwendungs- und Forschungsprojekte.

Resultate:

Die häufigsten Verhaltenskategorien sind passives, abwartendes Verhalten (B), Schlafen (N), Essen und Trinken (F) und verbale und non-verbale Interaktion (A). Der am meisten verwendete WIB-Wert ist +1, gefolgt von +3. Alle anderen werden weniger als 3% angewandt. Mit wachsender Expertise und Erfahrung greifen DCM-Beobachter auf eine größere Bandbreite von Wohlbefindlichkeitswerten zurück. Bei den Verhaltenskategorien stimmen insgesamt die Einschätzungen in 62%, bei den Wohlbefindlichkeitswerten in 74% der Fälle überein. Fasst man die Verhaltenskategorien in zwei große (aggregierte) Gruppen zusammen (Typ 1 und Typ 2), dann erhöht sich die Verlässlichkeit auf 80%. Es ergeben sich viele Übereinstimmungen mit anderen Einschätzungsinstrumenten für Lebensqualität von Menschen mit Demenz. DCM schätzt insgesamt die Lebensqualität von Menschen mit Demenz niedriger ein als dies die Menschen selbst

tun, wenn sie befragt werden. Dies allerdings ist ein typischer Befund, der für alle Fremdbeurteilungsskalen in diesem Bereich gilt.

Je mehr die kognitive und funktionale Beeinträchtigung, der soziale Rückzug, die Unruhe, depressive Symptome und andere Krankheiten und damit insgesamt Abhängigkeiten zunehmen, desto schlechter fallen die DCM-Beurteilungen aus. Im Rahmen einer genaueren Untersuchung (multivariable Regressionsanalyse) konnte allerdings gezeigt werden, dass nur zwischen 12% und 18% der Unterschiede in den DCM-Beobachtungen (Varianz) durch Merkmale der Menschen mit Demenz (also z.B. durch verschiedene zusätzliche Erkrankungen oder durch die Schwere der Demenz) erklärt werden konnten. Daher bildet DCM wohl andere Komponenten der Situation ab, die z.B. mit der Qualität der Versorgung zusammenhängen.

Bezüglich anderer Kodierungsmethoden fiel auf, dass der Verzicht auf die „Regel 1“ (Vorrangsregel, nach der das Personsein unterstützende Tätigkeiten Vorrang haben) die Verlässlichkeit der Kodierung und damit die Übereinstimmung zwischen den Anwendern erhöht (das je häufigste Verhalten wird gemessen).

Schlussfolgerungen

Während die Verhaltenskategorien sensitiv genug sind, also das Potential besitzen, Qualitätsverbesserungen abzubilden, fällt die Beurteilung der WIB-Werte kritischer aus: Ihre Variabilität ist gering und die geringe Übereinstimmung mit den Selbsteinschätzungen von Menschen mit Demenz fällt ins Gewicht. Da dies ein generelles Problem aller Fremdbeurteilungsskalen in diesem Feld darstellt, ist DCM nicht allein von dieser Problematik betroffen.

Die Autoren schlussfolgern, dass insgesamt besehen DCM als Forschungsinstrument im Vergleich zu anderen Verfahren am ehesten in der Lage ist, die Perspektive und das Erleben von Menschen mit Demenz aus der Fremdperspektive abzubilden. Dies gilt im Besonderen für die Darstellung der Veränderungen bei Einzelnen oder Gruppen im Rahmen der Interventionsforschung. Für Vergleiche von Einrichtungen verschiedener Art ist es weniger geeignet, da die Einschätzungen eine zu große Kontextabhängigkeit (beobachtete und beobachtende Personen, Einrichtungstyp) erkennen lassen.

Quelle:

Sloane PD, Brooker D, et al (2007)

Dementia Mapping as a research tool

International Journal of Geriatric Psychiatry (*in press*)