



Fachhochschule Westschweiz

Standort Visp

Studiengang Pflege

---

Diplomarbeit

**Pflegeinterventionen  
zur Verminderung der Belastung von  
pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen**

Eine systematische Literaturreview

Begleitperson:

Sylvia Z'Brun Schnyder,

Bachelor of Science in Nursing BScN, Pflegeexpertin

Verfasst von:

Cornelia Allenbach-Guntern

Juli 2007

## Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung zeigt für die nächsten Jahrzehnte eine steigende Lebenserwartung an. Demenz als altersabhängige hirnanorganische Störung ist seit längerem als ein zentrales Problem des Gesundheitswesens anerkannt (Höpflinger und Hugentobler, 2003). Von den rund 96'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz werden 60% von Angehörigen oder Freunden zu Hause betreut. Angehörige erleben durch die Betreuung eines demenzkranken Menschen tiefgreifende Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen. Häufig geraten die Angehörigen durch die intensive Betreuung an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Dies hat Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Angehörigen. Der Entlastung der steigenden Anzahl betroffener Angehöriger von Demenzkranken kommt deshalb eine zentrale Bedeutung zu. Für Pflegefachleute ist wichtig, dass sie auf evidenzbasiertes Wissen zurückgreifen können, um die Angehörigen in ihrer Aufgabe effektiv unterstützen zu können.

Die vorliegende systematische Literaturreview gibt einen Überblick über verschiedene pflegerische Interventionen und deren positiven Einfluss auf die Angehörigen. Die Interventionen werden anhand der Kategorien Information-Instruktion, Ausbildungsprogramme, kognitive Verhaltenstherapie, Entlastungspflege und allgemeine Unterstützung diskutiert. Grundsätzlich haben alle Interventionen einen zwar kleinen aber positiven Effekt auf einen Teilbereich der Belastung der pflegenden Angehörigen. Den grössten Erfolg versprechen aber Interventionen, die sich auf die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen stützen und über einen längeren Zeitraum angeboten werden.

*An dieser Stelle bedanke ich mich bei Frau Sylvia Z'Brun Schnyder für die wertvolle Begleitung bei dieser Literaturreview, bei Frau Barbara Guntern Anthamatten und Frau Monika Ritz-Guntern für die Redigierung des Textes und bei meinem Mann Alexander und unseren Kindern Stephanie, Isabelle und Lukas für die motivierende Unterstützung.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problembeschreibung .....	1
1.2	Fragestellung .....	4
1.3	Zielsetzung .....	4
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER RAHMEN</b> .....	<b>4</b>
2.1	Demenz .....	4
2.1.1	Diagnose.....	5
2.1.2	Ursache .....	6
2.1.3	Verlauf und Prävalenz.....	6
2.1.4	Therapie.....	7
2.2	Angehörige – pflegende Angehörige .....	7
<b>3</b>	<b>METHODE</b> .....	<b>9</b>
3.1	Datensammlung.....	10
3.2	Datenauswahl .....	11
3.3	Datenanalyse.....	11
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>11</b>
4.1	Design/Ziel/Evidenzgrad .....	12
4.2	Setting/Stichprobe .....	13
4.3	Information - Instruktion .....	14
4.4	Ausbildungsprogramme .....	16
4.5	Kognitive Verhaltenstherapie.....	18
4.6	Entlastungspflege .....	19
4.7	Allgemeine Unterstützung .....	20
<b>5</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b> .....	<b>20</b>
5.1	Design/Ziel/Evidenzgrad .....	20
5.2	Setting/Stichprobe .....	23
5.3	Information – Instruktion.....	24
5.4	Ausbildungsprogramme .....	25
5.5	Kognitive Verhaltenstherapie.....	26
5.6	Entlastungspflege .....	26
5.7	Allgemeine Unterstützung .....	27
5.8	Kritische Würdigung der Literaturarbeit.....	27
<b>6</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b> .....	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG</b>	
	Anhang A: Suchstrategien	
	Anhang B: Beurteilungsbogen	
	Anhang C: Evidenzstufen	
	Anhang D: Zusammenfassungen der Studien	

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Die Lebenserwartung ist in den letzten 130 Jahren markant angestiegen. 1876 wurden die Menschen kaum 50 Jahre alt, im Jahr 2005 betrug die Lebenserwartung bei den Frauen 83.9 und bei den Männern 78.7 Jahre. Für 65-jährige Frauen betrug die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2005 noch 21.6 Jahre, für die gleichaltrigen Männer 18.1 Jahre. In den letzten zehn Jahren hat sich die Lebenserwartung für die älteren Menschen um mehr als ein Jahr erhöht. In den kommenden Jahrzehnten dürfte sie noch weiter ansteigen (Bundesamt für Statistik, 2007).

Die demographische Entwicklung bringt es mit sich, dass die Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen und die zukünftige Entwicklung von Krankheiten ebenfalls zunehmen werden. Einen bedeutenden Aspekt bilden dabei die Erkrankungen, welche stark altersabhängig sind wie etwa hirnorganische Störungen. Diese hirnorganischen Störungen, zu denen die Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre Demenz oder Parkinson gehören, sind seit längerem als eines der zentralen Probleme des Gesundheitswesens anerkannt. Höpflinger und Hugentobler (2003) prognostizieren für das Jahr 2050 gemäss linearer Fortschreitung zwischen 142'000 und 186'000 Demenzkranke in der Schweiz. Diese Zahlen beruhen allerdings auf der Annahme, dass in den nächsten 50 Jahren keine wirksamen präventiven und rehabilitativen Mittel gegen Demenzerkrankungen vorliegen. Selbst unter günstigen Rahmenbedingungen wird aufgrund des Alterns der geburtenstarken Jahrgänge die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen und damit auch demenzkranker alter Menschen ansteigen (Höpflinger & Hugentobler, 2003; Lind, 2003). Damit wird sich auch der ambulante Beratungsbedarf nach einer Demenzdiagnose erhöhen, da die Phase zwischen Demenzfrühd Diagnose und der Phase alltagsrelevanter kognitiver Einbussen breiter wird. Die überwiegende Mehrheit der dementen Patienten<sup>1</sup> wird zuhause von ihren Angehörigen gepflegt. Dem Umgang mit Menschen, die an dementiellen Störungen leiden, sowie deren Angehörigen, wird deshalb zukünftig eine bedeutende Rolle zukommen (Höpflinger & Stuckelberger, 1999). Die Alzheimervereinigung (2007) spricht von schätzungsweise 96'000 Menschen in der Schweiz, die mit Alzheimer oder einer anderen Demenzerkrankung leben. 60% werden von ihren Angehörigen, Freunden oder Nachbarn zu Hause betreut, oft unterstützt durch Spitex-

---

<sup>1</sup> Die männliche Bezeichnung gilt immer auch für die weibliche Form

Personal. Angehörige erleben durch die Betreuung eines demenzkranken Menschen in der Familie tiefgreifende Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen. Betroffene Angehörige müssen als Risikogruppe für physische und psychische Erkrankungen betrachtet werden. Deshalb hat die Entwicklung und Evaluation von entlastenden Angeboten für pflegende Angehörige von Demenzpatienten eine hohe Priorität (Haberstroh, Neumeyer, Schmitz, Perels & Pantel, 2006).

Die Betreuung eines dementen Patienten erfordert ein intensives Engagement und kann die Angehörigen häufig an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. Da Demenz eine fortschreitende Erkrankung ist, müssen sich auch die Angehörigen immer wieder an die neue Situation anpassen. Die Beziehung zwischen dem Kranken und den Angehörigen ändert sich. Ist die Betreuung rund um die Uhr notwendig, wird das ganze Familiensystem verändert. Häufig wird ein Demenzkranker zuhause so lange betreut, bis die Betreuung die Kräfte der Angehörigen übersteigt. Für die Angehörigen steigt damit das Risiko, selber zu erkranken. Symptome wie Angst, Depression oder Erschöpfung sind bei Angehörigen häufig zu beobachten. Pflegende Angehörige brauchen deshalb besondere Unterstützung. Ein bedürfnisgerechtes und unterstützendes Hilfsangebot kann eine vorzeitige Heimeinweisung von Demenzpatienten verhindern (Höpflinger & Stuckelberger, 1999). Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 32 (NFP 32) wurden zwei Studien durchgeführt um die Belastungen Angehöriger, welche einen Demenzkranken zuhause betreuten, aufzuzeigen. Am schwierigsten für die Angehörigen waren einerseits die geistigen und emotionalen Demenzsymptome des Patienten und seine Schwierigkeiten im Alltag, andererseits das ständige Angebundensein und die Einengung der persönlichen Freiheit. Erschwerend kommt hinzu, dass die betreuenden Angehörigen meist selbst schon hochbetagt sind und eigene gesundheitliche Probleme die Betreuung zusätzlich erschweren. Pinquart und Sörensen (2003) analysierten in einer Meta-Analyse Studien, welche die psychischen und physischen gesundheitlichen Risiken von pflegenden Angehörigen untersucht haben. Die Ergebnisse zeigten, dass pflegende Angehörige von Demenzkranken ein höheres Risiko aufweisen für psychischen Distress als pflegende Angehörige von nicht Demenzkranken (Pinquart & Sörensen, 2003, zit. in Pinquart & Sörensen, 2006). Höpflinger und Stuckelberger (1999) empfehlen aufgrund der Ergebnisse des Forschungsprogramms NFP 32 unterstützende und beratende Gespräche, denen sie zentrale Bedeutung beimessen, um zur Entlastung von pflegenden Angehörigen von Dementen bei zu tragen. Schwerpunkte sind

dabei Information über die dementielle Erkrankung, praktische Hilfestellungen im Umgang mit dem Patienten und Informationen über die Auswirkungen der Demenzsymptome. Da Demenz durch effizientere Diagnosemöglichkeiten heute immer früher festgestellt werden kann, ist eine frühzeitige Information und Beratung von Angehörigen wichtig, um ihre Angst zu lindern. Neben Informationen ist aber auch ein breites Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger notwendig.

Die Entlastung und Unterstützung der steigenden Anzahl betroffener Angehöriger von Demenzkranken ist für die Pflege von zunehmender Bedeutung. In der Betreuung, Beratung und Pflege von Dementen und ihren pflegenden Angehörigen kommt dem Pflegefachpersonal eine wichtige Aufgabe zu. Diese verlangt nach forschungsgestütztem Wissen über die Wirksamkeit der pflegerischen Interventionen. Eine wirkungsvolle Entlastung von pflegenden Angehörigen hat einen positiven Einfluss auf deren Gesundheit und die Kosten im Gesundheitsbereich. Die demographische Entwicklung unterstreicht die Wichtigkeit des Themas für die Pflegepraxis. Diese Aspekte müssen nach Höpflinger und Hugentobler (2003) bei der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, bei der Pflegeausbildung und bei der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe künftig einen zentralen Stellenwert einnehmen.

In den letzten Jahren ist das Bedürfnis nach Entlastung für Angehörige von Demenzkranken gestiegen. Die Wichtigkeit von Interventionen zur Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen zeigt sich unter anderem darin, dass es viele Studien zu diesem Thema gibt. Eine systematische Literaturreview von Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos und Livingston (2006) gibt einen Überblick über die Wirksamkeit von psychischen Interventionen auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Pinqart und Sörensen (2006) untersuchten in einer Meta-Analyse Interventionen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken und die Dauer der Wirksamkeit dieser Interventionen.

In den letzten drei Jahren ist keine systematische Übersichtsarbeit über Entlastungsinterventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in deutscher Sprache erschienen. Die Aussagen in der systematischen Literaturreview von Selwod et al. (2006) beschränken sich auf psychische Interventionen. Über weitere Entlastungsmög-

lichkeiten ist in den letzten drei Jahren weder in Englisch noch in Deutsch eine Übersichtsarbeit erschienen.

## **1.2 Fragestellung**

Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche pflegerischen Interventionen, die die Belastung von pflegenden Angehörigen von Demenzkranken reduzieren, werden in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

## **1.3 Zielsetzung**

Ziel dieser systematischen Literaturarbeit ist aufzuzeigen, welche pflegerischen Interventionen in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind, die pflegende Angehörige von Demenzkranken effektiv unterstützen und deren Belastung reduzieren können. Die Arbeit soll eine ausführliche, objektive und wissenschaftlich aktuelle Übersicht über diese Thematik geben.

Die Erkenntnisse können dazu dienen, gezielte Interventionen zur Reduzierung der Belastung von pflegenden Angehörigen in die Praxis zu implementieren und die evidenzbasierte Pflegepraxis in diesem Bereich zu verbessern. Evidenzbasierte Pflege ist die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die Pflege (German Center for Evidence-Based Nursing, 2007).

# **2 Theoretischer Rahmen**

## **2.1 Demenz**

Demenz ist die Bezeichnung für Krankheiten, die mit dem Verlust des Erinnerungsvermögens und mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns zusammenhängen. Diese führen zu einer Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit und schlussendlich zum Verlust der Selbstständigkeit (Alzheimer Vereinigung, 2006; Brand & Markowitsch, 2005; Lind, 2003).

Das Internationale Klassifikationssystem ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) beschreibt Demenz als Syndrom einer meist chronischen und fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler kortikaler Funktionen. Diese betreffen Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Im Zusammenhang mit den kognitiven Beeinträchtigungen verändern sich auch die emotionale Kontrolle, das Sozialverhalten oder die Motivation des Betroffenen. Demenzen werden hinsichtlich ihrer Grunderkrankung in eine primäre oder sekundäre Demenz eingeteilt. Bei der primären Demenz liegt eine hirnorganische Erkrankung vor, bei der sekundären ist eine organische Grunderkrankung die Ursache der dementiellen Symptomatik. Primäre Demenzen sind nicht heilbar und irreversibel. Etwa 80-90% aller Demenzen sind primäre Demenzen. Der Alzheimer-Typ ist mit 50-70% die häufigste dieser primären degenerativen Demenz. An zweiter Stelle liegen die vaskulären Demenzen (18%), deren Ursache eine durch pathologische Änderungen der Blutversorgung bedingte Hirnschädigung ist (Multiinfarktdemenz). Die Abgrenzungen sind nicht immer einfach und nicht selten verzeichnet man Mischformen der Demenz vom Alzheimer-Typ und der Demenz vaskulärer Genese. Bei den ca. 10%-20% sekundären Demenzen kann die richtige Behandlung der organischen Grunderkrankung (z.B. Vitaminmangel, Intoxikation usw.) die dementiellen Symptome zum Verschwinden bringen. Etwa 10% betreffen Demenzen mit relativ seltener Häufigkeit wie etwa Morbus Pick, Chorea Huntington oder das Korsakoff-Syndrom (Lind, 2003).

### **2.1.1 Diagnose**

Zur Diagnose von Demenz vom Typ Alzheimer müssen die allgemeinen Diagnosekriterien einer Demenz nach ICD-10 bzw. DMS-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) erfüllt sein. Neben Gedächtnisdefiziten muss mindestens eine weitere kognitive Domäne (Aphasie, Apraxie, Agnosie, exekutive Dysfunktion) in dem Ausmass beeinträchtigt sein, dass sie die Alltagskompetenz des Patienten erheblich mindert. Häufig werden Instrumente wie der Mini Mental Status Test (MMST) oder ADL-Skalen (Aktivitäten des täglichen Lebens) zur Erfassung von Demenz eingesetzt. Um den Schweregrad einer Demenz zu bestimmen, existieren verschiedene Klassierungsschemata. Am häufigsten angewendet wird das Clinical Dementia Rating (CDR) nach Morris (1993), welches auf Beobachtung des Demenzkranken beruht. Reisberg (1984) teilte

anhand der CDR die Demenz in fragliche, leichte, mittelschwere und schwere Demenz ein im Verhältnis zum kognitiven Leistungsvermögen des Patienten (Wettstein, 2005).

### **2.1.2 Ursache**

Aus bisher ungeklärten Ursachen führt eine pathologische Spaltung des Amyloid-Vorläuferproteins zum krankhaften Amyloid-Beta-A4-Protein. Diese hirnhypophysologisch nutzlosen Eiweissteilchen wachsen zu - unter dem Mikroskop deutlich sichtbaren - Amyloidablagerungen zusammen. Diese senilen Plaques führen schliesslich extrazellulär zum Absterben der betroffenen Nervenzellen. Man vermutet, dass durch die Amyloidablagerungen die betroffenen Nervenzellen zu ständigen dysfunktionalen Reparaturleistungen in Form von Entwicklung bestimmter Eiweissteile veranlasst werden. Die dadurch in Mitleidenschaft gezogenen Tau-Proteine (Stützfunktion der Neuronen) verändern sich pathologisch zu Neurofibrillenbündeln, die zum intrazellulären Absterben der betroffenen Nervenzellen führen. Besonders betroffen von diesem degenerativen Abbauprozess ist die Hirnrinde. Als Folge davon kommt es zu einer Hirnatrophie, vorwiegend im temporalen und frontalen Bereich der Grosshirnrinde (Kurz, 1995, zit. in Lind, 2003).

### **2.1.3 Verlauf und Prävalenz**

Demenzen vom Alzheimer-Typ sind Erkrankungen mit einem langen Verlauf. Einer klinischen Manifestation der Alzheimer-Demenz geht meist eine etwa 20-jährige krankhafte Veränderung in bestimmten Hirnarealen voraus. Erst wenn bestimmte Hirnareale derart degeneriert sind, dass kompensatorische Leistungen anderer Hirnbereiche nicht mehr möglich sind, treten die typischen Symptome wie Gedächtniseinbussen, Verwirrtheit und Desorientierung auf. Die durchschnittliche Lebensdauer nach Ausbruch der Erkrankung beträgt bei präsenilen Demenzen acht bis zehn Jahre, in der Altersstufe 65-80 fünf bis acht Jahre und bei über 80-Jährigen noch etwa fünf Jahre (Zaudig, 1995, zit. in Lind, 2003). Die Demenzen sind eine typische Alterskrankheit. Die Mehrzahl der Demenzkranken gehören der Altersgruppe 80 Jahre und älter an (70%) (Lind, 2003).

Aufgrund der Hirnleistungseinbussen sind Demenzkranke stark eingeschränkt in ihren Fähigkeiten, ihre Umwelt angemessen zu erfassen und fühlen sich daher häufig überfordert. Dies äussert sich in Verhaltensweisen, die nicht den normalen Handlungsschemata der Alltagsbewältigung entsprechen (Angst, Unsicherheit, Flucht, Aggression, Un-

ruhe). Menschen mit einer Alzheimer-Demenz ist nicht bewusst, dass sie krank sind. Sie haben keine Krankheitseinsicht. Sie fühlen sich gesund und fit und verweigern deshalb oftmals Hilfestellungen bei den Alltagsverrichtungen (Lind, 2003).

#### **2.1.4 Therapie**

Bis heute gibt es keine Therapie, welche den Krankheitsverlauf oder die Pathophysiologie kausal beeinflussen könnte. Die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten bei der Alzheimer-Demenz stellen lediglich symptomatische Ansätze dar. Im Wesentlichen haben sich im Bereich der kognitionsverbessernden Behandlungsstrategien zwei Ansätze etabliert, die auf der Stabilisierung des cholinergen und glutamatergen Neurotransmittersystems basieren (Hock & Nitsch, 2000, zit. in Hofmann & Hock, 2005).

In den letzten Jahren haben sich zahlreiche demenzspezifische Betreuungs- und Behandlungstechniken etabliert, welche in Pflegeinstitutionen die Kommunikation und den Umgang mit Demenzbetroffenen erleichtern. Held und Ugolini (2005) verweisen auf die Validation nach Feil (1990), den Personen-zentrierten Umgang nach Kitwood (1994), die Ermutigung (encouraging) nach Archibald (1997) und die Retrogenese nach Reisberg (1981). Held et al. (2000, zit. in Held & Ugolini, 2005) haben für die stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz das sogenannte „Drei-Welten-Konzept“ entwickelt. Dieses adaptive-milieutherapeutische Konzept berücksichtigt den natürlichen Verlauf von Alzheimerdemenz. Alle Hilfeleistungen werden diskret und diplomatisch geleistet und individuell an die noch vorhandenen Ressourcen des Demenzkranken angepasst.

Allen Betreuungsformen ist die Erkenntnis gemein, dass das herausfordernde und oft schwierige Verhalten des Demenzkranken zusammenhängt mit seinen durch die Krankheit eingeschränkten Möglichkeiten, Bedürfnisse und Wünsche auszudrücken. Die betreuende Person soll dieses Verhalten richtig deuten können und einen angepassten Umgang sowie Zugang zum Demenzkranken finden.

## **2.2 Angehörige – pflegende Angehörige**

Obwohl heute bis zu 50 Prozent aller Haushalte Einpersonenhaushalte sind, haben fast alle Menschen enge Bezugspersonen. Als Bezugspersonen gelten nicht ausschliesslich

Familienmitglieder. Wahlbekanntschaften können oft wichtiger sein als die Familie. Bei einer gross angelegten Umfrage des Bundesamtes für Statistik wurden im Jahr 2004 Personen unter anderem zur Übernahme von Betreuungsaufgaben für Kranke oder Betagte befragt. Von allen, die Betreuungsaufgaben wahrnahmen gaben 14% an, diese in der Partnerschaft zu leisten, 16% für Kinder, 20% für andere Familienmitglieder, 18% für die Eltern und 22% für Nachbarn oder Freunde und 10% für Personen in Institutionen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die überwiegende Betreuungsarbeit für Demenzkranke von nicht professionellen Helfenden übernommen wird und zwar am häufigsten innerhalb der Lebenspartnerschaft. Am zweithäufigsten leisten Töchter oder Schwiegertöchter Unterstützung, eher selten Söhne oder Geschwister (Wettstein, 2005).

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe pflegende Angehörige und Angehörige synonym verwendet. Angehörige, welche die Pflege eines Menschen mit Demenz übernehmen, müssen nicht zwingend mit diesem im selben Haushalt wohnen sondern können ihn auch durch regelmässige Besuche und Hilfeleistungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen. Als Angehörige gelten Menschen, die in einem engen Beziehungsverhältnis zueinander stehen, unabhängig davon, ob sie zur Familie im verwandtschaftlichen Sinne gehören.

Wettstein (2005) ist in seiner Arbeit der Belastung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen nachgegangen. Die Angehörigen leiden weniger unter den finanziellen und zeitlichen Belastungen, vielmehr ist es für sie schmerzhaft, besonders im Frühstadium der Krankheit, eine ihnen emotional wichtige Bezugsperson langsam, bei lebendigem Leibe und zunehmendem Betreuungsaufwand zu verlieren. Die Angehörigen sehen sich gezwungen, zusätzliche Haushaltsaufgaben zu übernehmen, die früher in den Zuständigkeitsbereich des Demenzkranken gehörten. Sie übernehmen die Pflegeaufgaben und erleiden zum Teil körperliche Aggressionen. Ein weiterer Belastungsfaktor ist die emotionale Belastung, wie etwa der Verlust der gemeinsamen Problemlösungen, der gegenseitigen Aussprache oder der gemeinsamen Aktivitäten. Belastend wirken auch die zunehmende soziale Isolation und die Angst vor der Zukunft aufgrund der Demenzprogression. Eine funktionierende gegenseitige Kommunikation wird durch die Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen sowie das gestörte Sprachverständnis des Dementen zunehmend verunmöglicht. Die demenztypischen Verhaltensstörungen

führen bei den Angehörigen im Verlauf der Demenzprogression zu Spannungen, psychosomatischen Beschwerden und geringerer Lebenszufriedenheit (Klusmann et al., 1981, zit. in Wettstein, 2005; Pinquart & Sörensen, 2003, zit. in Pinquart & Sörensen, 2006).

Belastungsverstärkend wirken bei den Angehörigen weitere Faktoren, etwa wenn die Angehörigen noch andere Betreuungsaufgaben zu leisten haben (Kinder, andere Betagte), einer Berufstätigkeit oder sonstigen Verpflichtungen nachgehen müssen oder selber bereits in einem hohen Alter sind. Einen Einfluss hat auch die Beziehungsqualität zwischen der demenzkranken Person und der Betreuungsperson. War das Verhältnis gespannt, wird die Betreuungsaufgabe unabhängig von der objektiven Betreuungsaufgabe als schwer empfunden (Wettstein, 2005). Emotionale Abhängigkeit der Angehörigen steht in stärkerem Zusammenhang mit der subjektiven Belastung als die objektiven Belastungsfaktoren (Adler, 1996; Wilz, 1999, zit. in Held & Ugolini, 2005).

Dass psychosozialer Stress auch Auswirkungen auf das Immunsystem und damit auf die Gesundheit hat, konnte in der Molekularbiologie nachgewiesen werden. In einer Untersuchung von pflegenden Angehörigen Demenzkranker führten Stress und die oftmals damit gekoppelte Depression in vielen Fällen zu nachweislich funktionellen Störungen des Immunsystems durch hemmende Immunfunktionen. Folgen davon sind oft chronische Entzündungen in verschiedenen Geweben (Rensing, 2006).

Wie die Belastung bei der Betreuung eines Menschen mit Demenz vom pflegenden Angehörigen eingeschätzt wird, hängt, wie oben erwähnt, von vielen Faktoren ab. Unbestritten ist jedoch, dass die Betreuung sowohl Auswirkungen auf die psychische wie auch physische Gesundheit des Angehörigen hat und deshalb der Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen auch eine ökonomische Bedeutung zukommt.

### **3 Methode**

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt anhand einer systematischen Literaturreview. Die Ergebnisse werden anschliessend qualitativ ausgewertet. Um die Güte die-

ser Arbeit zu erhöhen, werden die Gütekriterien nach Lincoln und Guba befolgt (Lincoln & Guba, 1985, zit. in Polit, Beck & Hungler, 2004). Die vier Aspekte der anzustrebenden Vertrauenswürdigkeit umfassen Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Bestätigungskraft. Die Glaubwürdigkeit wird durch eine vertiefte Suche in mehreren pflegespezifischen Datenbanken, durch das Übersetzen, Zusammenfassen und mehrmalige Lesen der Studien und durch die Unterstützung und kritische Rückmeldung der Mentorin gesteigert. Durch die Wahl der Ein- und Ausschlusskriterien und eine dichte Beschreibung der Methode sowie der Ergebnisse wird die Übertragbarkeit unterstützt. Nachvollziehbarkeit und Bestätigungskraft werden gestärkt durch regelmässiges Feedback von Mitstudentinnen und einer Fachperson, die Begleitung der Mentorin und das Führen eines Tagebuches. Durch die genauen Angaben der Quellen werden Plagiate vermieden.

### **3.1 Datensammlung**

Die Suche nach Forschungsliteratur erfolgte über die pflegerelevanten Datenbanken Public-Medline, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Print Index) und Cochrane Library (internationale Datenbank, welche systematische Reviews zur Verfügung stellt). In der Datenbank Medline wurden in einem ersten Schritt die Schlagwörter „dementia“, „carer“, „caregiver“, „family care“, „informal carers“, „burden“ und „intervention“ einzeln in PubMed gesucht. Anschliessend wurden die Suchbegriffe verschieden kombiniert eingegeben.

In der Datenbank Cinahl wurden die Einzelbegriffe „Dementia“, „Caregiver burden“, „Intervention“ und „family care“ in all TOPICAL SUBHEADINGS gesucht und dann als Kombination eingegeben. Die Treffer in der Cochrane Library wurden mit den Begriffen „Dementia“, „Caregivers“, „Burden“ und „Intervention“ zuerst einzeln und dann als Kombination erzielt. Auf der Internetseite des Dialogzentrums Demenz der Universität Witten/Herdecke, Deutschland, wurden die Hinweise zu aktuellen Studien verfolgt. Die Suche wurde bei allen Datenbanken auf den Datenraum der letzten drei Jahre beschränkt. Die Datensammlung dauerte von Dezember 2006 bis Ende März 2007. Die Ergebnisse der Suchstrategien sind aus der Tabelle im Anhang A ersichtlich.

### **3.2 Datenauswahl**

Um gezielt die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden Kriterien aufgestellt, nach welchen die Studien zur Analyse ausgewählt wurden. Anhand des Titels und des Abstracts wurden die Studien auf ihre Relevanz zur Fragestellung überprüft und gegebenenfalls bestellt. Die Studien mussten eine Intervention beschreiben, welche pflegende Angehörige, die einen demenzkranken Menschen zu Hause pflegten, entlasten. Berücksichtigt wurden Studien in deutscher und englischer Sprache, publiziert ab 2004.

Studien, welche Interventionen bei demenzkranken Menschen durchführten um deren Verhalten, Kognition oder Stimmung zu beeinflussen, wurden ausgeschlossen, auch wenn diese indirekt einen positiven und stressreduzierenden Einfluss auf ihre pflegenden Angehörigen ausüben. Interventionen, welche ausschliesslich auf einen einzigen spezifischen Faktor von pflegenden Angehörigen wie etwa Angst oder Depression zielten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

### **3.3 Datenanalyse**

Die ausgewählten Studien wurden mehrmals durchgelesen und nach den Kategorien Design/Ziel/Evidenzgrad, Setting/Stichprobe, Methode, Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen/Stärken/Schwächen/Ethik zusammengefasst. Die Qualität der Studien wurde anhand der Kriterien nach Behrens und Langer (2004; Anhang B) beurteilt. Die Einteilung des Evidenzgrads erfolgte nach dem Modell von Evans (2003; Anhang C). Die ethischen Aspekte der Studien wurden überprüft.

## **4 Ergebnisse**

Mit den genannten Suchbegriffen wurden in den verschiedenen Datenbanken 277 Artikel gefunden. Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien reduzierte sich die Auswahl auf 23, wovon 8 Studien mehrfach vorkamen. Die Abstracts der verbliebenen 15 Studien wurden auf ihre Relevanz zur Fragestellung hin überprüft und die Studien anschließend bestellt. Vier der ausgewählten Studien waren als Referenz in der Literaturliste der systematischen Review von Selwood et al. (2006) oder in der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) aufgeführt und wurden von der Analyse ausgeschlossen. Eine Studie einer lizenzierten Amerikanischen Zeitschrift war innert nützlicher Frist nicht

erhältlich und ein Artikel erwies sich als Protokoll ohne nähere Angaben. Die Resultate einer Studie, welche aufgrund eines Hinweises auf der Internetseite des Dialogzentrums Demenz der Universität Witten/Herdecke ausgewählt worden war, bezogen sich auf eine ethnische Minderheit. Eine Übertragbarkeit auf andere ethnische Gruppen wurde von den Autoren selber als nicht gesichert kritisiert und die Studie deshalb nicht in die Auswertung einbezogen. Zur Analyse blieben damit acht Studien.

Die Resultate werden anhand der Zusammenfassungen der einzelnen Studien bezüglich Design/Ziel/Evidenzgrad und Setting/Stichprobe und anschliessend anhand der Kategorien Information-Instruktion, Ausbildungsprogramme, kognitive Verhaltenstherapie, Entlastungspflege und allgemeine Unterstützung in Kurzfassung dargestellt. Die Kategorien wurden auf den Grundlagen der Kategorienbildung der systematischen Review von Selwood et al. (2006) und der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) in Kohärenz zur Fragestellung gebildet.

#### **4.1 Design/Ziel/Evidenzgrad**

Die acht Studien unterteilen sich in zwei systematische Reviews (Lee & Cameron, 2004; Selwood et al., 2006), eine Meta-Analyse (Pinquart & Sörensen, 2006) und fünf Interventionsstudien (Dicker, Chawla & Preston, 2006; Haberstroh et al., 2006; Haneselt, Danielzik & Waack, 2004; Hepburn et al., 2005; Simpson, Wakefield, Spiers, Jagger & Lindesay, 2006;). Die Studien stammen aus Deutschland, Grossbritannien, Australien und den USA. Drei Studien erhalten nach dem Modell Evans (2003) den Evidenzgrad excellent (Lee & Cameron, 2004; Selwood et al., 2006; Pinquart & Sörensen, 2006), eine Studie gut (Hepburn et al., 2005) und vier Studien genügend (Dicker et al., 2006; Haberstroh et al., 2006; Haneselt et al., 2004; Simpson et al., 2006).

Alle Studien untersuchten den Einfluss von Interventionen auf die Belastung von pflegenden Angehörigen Demenzkranker. In vier Studien haben die Autoren die Auswirkungen der Interventionen auf Depression als Teil der Belastung ausgewertet (Selwood et al., 2006; Pinquart & Sörensen, 2006; Lee & Cameron, 2004; Hepburn et al., 2005). Obwohl Studien, die sich ausschliesslich mit Depression von Angehörigen befassen, von der Analyse ausgeschlossen wurden, wird in den Ergebnissen die Wirkung der Intervention auf Depression als einem Teil der Belastung aufgezeigt.

Die analysierten Studien der systematischen Review (Selwood et al., 2006) und der Meta-Analyse (Pinquart & Sörensen, 2006) wurden von den Autoren kategorisiert. Selwood et al. (2006) verglichen anschliessend diese Interventionskategorien und gaben aufgrund deren Wirksamkeit, Empfehlungen ab. Weitere Studien untersuchten die Auswirkungen von Entlastungspflege, spezifischen Kommunikationstrainings und Gesprächsgruppen, Psychoedukationsprogrammen sowie Erlernen von angepassten Verhaltensweisen auf die pflegenden Angehörigen (Lee & Cameron, 2004; Haberstroh et al., 2006; Haneselt et al., 2004; Hepburn et al., 2005; Dicker et al., 2006). Simpson et al. (2006) analysierten den Nutzen eines eigens entwickelten Instrumentes auf das Wissen über Demenz, Stress, Belastung, Gesundheit und Grad der Selbstkontrolle von pflegenden Angehörigen. Hepburn et al. (2005) nahmen die Interventionsstudie zum Anlass, gleichzeitig ein umfassendes Messinstrument für Distress von Angehörigen zu entwickeln. Dazu benutzten sie eine grosse Anzahl etablierter und validierter Skalen, welche dem Begriff Distress eine bisher ungeachtete Dimension verleihen.

## **4.2 Setting/Stichprobe**

Die Studien unterscheiden sich in Bezug auf die Stichprobengrösse wesentlich. In der systematischen Review von Selwood et al. (2006) werden 62 Studien in die folgenden Kategorien eingeteilt: Ausbildung (16 Studien), demenzspezifische Therapie für Patienten (5), Coping-Strategien (neun Studien betreffen eine Gruppenintervention, sieben eine individuelle Intervention), Verhaltenstechniken (Gruppenintervention: elf Studien; individuelle Intervention von weniger als sechs Sitzungen: fünf Studien; individuelle Intervention bei mehr als sechs Sitzungen: elf Studien) und unterstützende Therapien (9). Die 127 analysierten Studien der Meta-Analyse wurden von Pinquart und Sörensen (2006) in die Hauptkategorien Ausbildung/Information (58), Kognitive Verhaltenstherapie (10), Beratung/Fall-Management (7), allgemeine Unterstützung (10), Entlastungspflege (17), Training für Demente (8), multikomponente Interventionen (14 strukturiert, 6 unstrukturiert) sowie sonstige Interventionen (8) eingeteilt. In der systematischen Review von Lee und Cameron (2004) wurden zwei randomisierte kontrollierte Versuche analysiert. Bei den Interventionsstudien variiert die Stichprobe von 22 – 215 Teilnehmern (Hepburn et al., 2005; Haberstroh et al., 2006; Haneselt et al., 2004; Simpson et al., 2006; Dicker et al., 2006).

Haneselt et al. (2004) und Dicker et al. (2006) analysierten die Intervention anhand von Vorher-Nachher-Vergleich, Haberstroh et al. (2006) und Simpson et al. (2006) verglichen die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe, wobei die Zuteilung nicht randomisiert erfolgte. Bei einer Studie erfolgte die Zuteilung zur Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert (Hepburn et al., 2005). Die Dauer der Interventionen bewegte sich zwischen einmal wöchentlich während fünf Wochen bis zu 22 Interventionen während einem Jahr. Die Intervention von Dicker et al. (2006) fand zu Hause bei den Angehörigen statt, alle übrigen Interventionen in speziellen Räumlichkeiten.

### **4.3 Information - Instruktion**

Pinquart und Sörensen (2006) analysierten in einer Meta-Analyse 127 Studien, wovon bei 58 Studien die Intervention vorwiegend aus Information über Demenz und Instruktion über Vermeidung von Belastung von Angehörigen bestand. Das Resultat der Analyse war, dass Information und Ausbildung auf Belastung der Angehörigen, Depression, Wissen und Handhabung über Demenz und subjektives Wohlbefinden nur dann positiv wirkt, wenn die Angehörigen aktiv (z.B. durch Rollenspiele) in die Ausbildung miteinbezogen werden. Informationen alleine vermehren nur den Wissensstand über Demenz, reduzieren aber nicht Belastung und Depression.

Selwood et al. (2006) untersuchten in ihrer systematischen Review die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen auf die psychische Gesundheit pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Von 16 Studien, die eine Intervention als reine Informationsabgabe beschrieben, zeigten 13 keinen positiven Einfluss auf Depression, Belastung oder Distress der Angehörigen. In weiteren 16 Studien befassten sich die Interventionen mit Copingstrategien. Hier ging es darum, dass die Angehörigen Strategien entwickeln, um mit Depressionen, Ärger, Frustration oder der allgemeinen Pflegeaufgabe umgehen zu können. Sie lernen Entspannungstechniken, verschiedene Arten von Kommunikationsmustern, Problemlöseverfahren, Umgang mit Wut usw. kennen. Die Interventionen zeigten in ihrer Gesamtheit als Kategorie keinen positiven Effekt auf Belastung von Angehörigen. Die Autoren beurteilten in einer Unterkategorie die Studien nach Unterrichtsart. In neun Studien erfolgte der Unterricht in Gruppen, bei sieben individuell. Die Coping-Strategien wirkten sich unabhängig von der Unterrichtsart positiv auf

Depression aus und zwar sowohl unmittelbar als auch noch nach drei Monaten. Individuelle Unterweisung in Copingstrategien zeigte zusätzlich eine positive Auswirkung auf den Umgang mit Belastung.

Simpson, Wakefield, Spiers, Jagger und Lindsay (2006) untersuchten in ihrer Interventionsstudie die Wirkung des Instruments „Aufzeichnungen für Angehörige von Demenzen“ auf Wissen von Demenz, Stress, Belastung, Gesundheit und Grad der Selbstkontrolle von Angehörigen. Die Stichprobe bestand aus neu diagnostizierten und an zwei psychosoziale Dienste überwiesene Demenzpatienten und ihren Angehörigen. Um Fehlerquellen zu vermeiden, entschieden sich die Forscher, die Teilnehmer des einen psychosozialen Dienstes der Interventionsgruppe zuteilen und diejenigen des zweiten psychosozialen Dienstes der Kontrollgruppe. Von 84 Paaren (Patient und Angehöriger) wurden zu Beginn der Intervention die Basisdaten aufgenommen. Eine weitere Erhebung fand nach sechs respektive zwölf Monaten statt. Nach einem Jahr wurden die vollständigen Daten von 21 Paaren der Interventions- und 30 Paaren der Kontrollgruppe analysiert. Die Forscher informierten die Teilnehmer der Interventionsgruppe über die Benutzung des Instrumentes und die Philosophie, welche dahinter steckt. Danach hatten die Forscher mit den Teilnehmern nur noch Kontakt für die Datensammlung. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Als Intervention wurde ein Instrument getestet, welches aus einem Ordner mit drei Registern bestand: eines für Eintragungen der Familie über Erlebnisse oder Erfahrungen mit dem pflegenden Angehörigen und dem Demenzen, das zweite für die Fachpersonen und freiwilligen Helfer und ein separates als Tagebuch für den pflegenden Angehörigen. Der Ordner blieb beim Angehörigen zu Hause und diente als Grundlage für die Pflegeplanung. Bezüglich Belastung zeigte sich nach zwölf Monaten eine signifikante Verbesserung für die Interventionsgruppe. Die Interventionsgruppe zeigte eine signifikante Änderung der Selbstkontrolle an, indem sie weniger das Gefühl hatte, extern gesteuert zu werden und im Gegensatz zur Kontrollgruppe im Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten einen höheren Wert von empfundener Selbstkontrolle angab. Die Kontrollgruppe fühlte sich in diesem Zeitraum dem Geschehen signifikant mehr ausgeliefert. In Bezug auf die physische und psychische Gesundheit, Kenntnis über Demenz und Stress der Angehörigen bestand kein Unterschied zwischen den Gruppen.

#### 4.4 Ausbildungsprogramme

Hepburn et al. (2005) entwickelten ein Psychoedukationsprogramm, welches das Wissen und die pflegerischen Fähigkeiten von Angehörigen sowie deren Verständnis gegenüber den Demenzkranken entwickeln und verstärken und dadurch ihren Stress vermindern soll. Über zwei Jahre lang wurden die Teilnehmer aus verschiedenen Settings (Arztpraxen, Seniorenzentren, Alzheimer-Vereinigung) rekrutiert. Die 215 Paare (Angehöriger und Dementer) wurden durch ein randomisiertes Blockdesign in zwei Interventionsgruppen (79 und 72 Paare) und eine Kontrollgruppe (64 Paare) eingeteilt. Während die Kontrollgruppe keine Intervention erhielt, wurde den zwei Interventionsgruppen von den Forschern ein leicht unterschiedliches Programm angeboten. Der Schwerpunkt für die erste Gruppe beruhte auf einem Basisprogramm, welches den Teilnehmern die Entwicklung von Strategien für die tägliche Pflege ermöglichte. Die Teilnehmer der zweiten Interventionsgruppe setzten sich mit Werten und ihren eigenen Vorlieben auseinander und konnten anhand eines Entscheidungsfindungsrasters die verfügbaren Möglichkeiten für alltägliche Pflegeentscheide einschätzen und bestimmen. Da in einer Voruntersuchung kein effektiver Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen festgestellt wurde, haben die Forscher die Daten der beiden Interventionen als eine zusammengenommen und mit den Daten der Kontrollgruppe verglichen. Das Psychoedukationsprogramm dauerte sechs Wochen zu je zwei Stunden Unterricht pro Woche. Die Daten wurden vor der Randomisierung (Baseline), nach sechs und nach zwölf Monaten gesammelt. Das Psychoedukationsprogramm von Hepburn et al. (2005) zeigte einen signifikanten Unterschied an zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Bei der Interventionsgruppe stieg der Distress nach sechs und zwölf Monaten leicht, jedoch nicht signifikant an. Die Angehörigen der Interventionsgruppe konnten belastende Elemente der Pflege vermeiden und haben ihre Haltung und ihr Verständnis gegenüber dem Dementen verbessert. Sie hatten weniger das Bedürfnis nach ständiger Kontrolle des Dementen. Bei der Kontrollgruppe stieg der Distress bei beiden Messzeitpunkten (sechs und zwölf Monate) signifikant an. Gleichzeitig zeigten die Angehörigen der Kontrollgruppe ein starkes Bedürfnis, vermehrt Kontrolle über den Dementen auszuüben. Das Gefühl von Kompetenz stieg sowohl bei der Interventions- wie auch bei der Kontrollgruppe in den ersten sechs Monaten signifikant an, nach zwölf Monaten war der Anstieg nur noch bei der Interventionsgruppe signifikant. Auf Belastung hatte die Intervention keinen Einfluss.

Haberstroh et al. (2006) analysierten in einer Interventionsstudie die Auswirkungen eines Kommunikationstrainings auf das Wissen zum Thema Kommunikation mit Demenzpatienten, verbesserte Kommunikationskompetenz gegenüber Dementen, eine Reduktion der subjektiven Belastung und eine Steigerung der Lebensqualität der Dementen. In die Studie eingeschlossen wurden primäre Betreuungspersonen von fachärztlich diagnostizierten Demenzkranken. Die Demenzkranken wurden von ihren Angehörigen zu Hause betreut. Die meisten Teilnehmer hatten schon vor der Forschung Kontakt mit der Gedächtnissprechstunde der Uniklinik und erhielten Informationen über die Sprechstunde, die regionale Presse und das Internet. Es wurden 22 pflegende Angehörige in die Forschung einbezogen, neun in der Experiment- und 13 in der Wartekontrollgruppe. Die Zuteilung erfolgte aufgrund der Präferenzen für die Trainingstermine und nicht randomisiert. Die Teilnehmer der Experimentgruppe besuchten während fünf Wochen jeweils am Samstag ein Kommunikationstraining, setzten sich für die folgende Woche individuelle Ziele und konnten ihre Erfahrungen in die Trainings einbringen. Am Ende des Trainings zeigte sich bei den Teilnehmern ein signifikant besseres Wissen über Kommunikation und eine Steigerung der Lebensqualität der Dementen. Auf die Belastung der Angehörigen hatte die Intervention keinen signifikanten Effekt. Subjektiv schätzten die Teilnehmer den Erfolg des Trainings als positiv ein.

Dicker et al. (2006) evaluierten die Auswirkungen eines Trainingsprogramms auf Stressreduktion von Angehörigen von Dementen in einem Vorher-Nachher-Vergleich. Sie boten den Teilnehmern neun Module in Einzelunterricht an, welche spezifisch auf die Angehörigen angepasst waren. Der Inhalt der Module war Wissen über Demenz, Umgang mit Strategien, Aktivitäten und Medikamente bei Verhaltensauffälligkeiten des Dementen, Selbstwahrnehmung und Selbsthilfe für Angehörige, finanzielle und gesetzliche Themen sowie weitere Angebote für Angehörige. Die Trainerin, welche die Angehörigen zu Hause besuchte, befasste sich vor jedem Training mit den momentanen Anliegen des Angehörigen. Dann besprachen sie das Modul des vorherigen Trainings und die Trainerin beantwortete Fragen. Ein kurzes richtig/falsch Quiz deckte die Lücken des Angehörigen auf und bot weitere Arbeitsgrundlagen. Zum Schluss erhielt der Angehörige die Arbeitsblätter für das Modul und das Trainingsbüchlein für das nächste Modul. Der Angehörige bestimmte den Zeitpunkt für das nächste Modul selber. Es fanden vier bis zehn Sitzungen statt, entweder wöchentlich oder alle vierzehn Tage mit einer Dauer

von 30-60 Minuten. Von ursprünglich 50 Paaren (Angehöriger und Dementer) beendeten 37 das Training. In allen neun Modulen erreichten die Teilnehmer eine signifikante Verbesserung in den Punkten Wissen über Verhaltens- und psychologische Symptome des Dementen, die Handhabung dieser Symptome, Fähigkeiten des Pflegens, Vertrauen in die Pflege und Stressreduktion. Diese Verbesserungen waren, mit Ausnahme der Stressreduktion, auch nach sechs Monaten noch stabil. Zwölf Monate nach Training sende schätzten die Teilnehmer ihre Kompetenz immer noch höher ein als beim Prätest. Bei der Bewertung von Stress zeigte sich, dass dieser beinahe wieder denselben Wert wie vor dem Training erreicht hat.

Die Analyse von 20 Studien mit multikomponenten Interventionen (z.B. Selbsthilfegruppe kombiniert mit Gedächtnis- und Musiktherapie für den Dementen) zeigte keine Verbesserung von Belastung, Depression oder subjektivem Wohlbefinden der Angehörigen (Pinquart & Sörensen, 2006).

Haneselt et al. (2004) messen die Veränderung auf die Gesamtbelastung pflegender Angehöriger in einem Vorher-Nachher-Vergleich. Als Intervention dienten angeleitete Gesprächsgruppen. Von 29 Angehörigen aus sieben Gesprächsgruppen eines gerontopsychiatrischen Projektes für Angehörigenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern wurden Prä- und Posttestdaten analysiert. Die Gesprächsgruppen wurden von Pflegekräften angeleitet und fanden über ein Jahr verteilt vierzehntägig, total 22 Mal, statt. Inhaltlich wurden die Themengebiete Informationsvermittlung, Psychoimagination, Psychoedukation, partielle Trauerarbeit, Arbeit an der Persönlichkeit und an der Beziehung zum Gepflegten vermittelt. Die Gesprächsgruppenteilnehmer zeigten für die Bereiche Belastung und gesundheitliche Situation der Angehörigen keine Veränderung. Eine signifikante Veränderung zeigte sich im Bereich Unterstützung in/bei der Pflege darin, dass vermehrt professionelle Hilfe angefordert wurde.

#### **4.5 Kognitive Verhaltenstherapie**

Der Schwerpunkt bei zehn von 127 Studien, die Pinquart und Sörensen (2006) analysierten, lag darauf, dass Angehörige Verhaltensweisen von Dementen erkennen und sich entsprechend ein neues Verhaltensrepertoire aneignen, um mit den Anforderungen der Pflege umgehen zu können und für sich neue Aktivitäten für das eigene Wohlbefin-

den zu entdecken. Die Forscher konnten die Auswirkungen auf subjektives Wohlbefinden und Wissen statistisch nicht ermitteln, da ihnen für diese Komponenten zu wenig Studien zur Verfügung standen. Die Therapien wirkten gut auf Belastung und mittelmässig auf Depression.

Selwood et al. (2006) unterteilten in ihrer systematischen Review die Studien, die Verhaltenstherapie als Intervention untersuchten, in die Kategorien Gruppen- und individuelle Intervention (11 und 16 Studien). Die Interventionen der einzelnen Studien beinhalteten unter anderem den Umgang mit Stress, demenzspezifischen Verhaltensauffälligkeiten, Schlafstörungen und das Verhindern von Verhaltensauffälligkeiten beim Dementen durch bestimmte Verhaltenstechniken der Angehörigen. Positive Veränderungen erhielten die Forscher nur bei individueller Verhaltenstherapie und bei mehr als sechs Sitzungen auf Depression von Angehörigen. Die Belastung wurde mit dieser Intervention nicht reduziert.

#### **4.6 Entlastungspflege**

Als Entlastungspflege gelten nach Pinquart und Sörensen (2006) alle geplanten und temporären unterstützenden Pflegeeinsätze, die dem pflegenden Angehörigen eine Auszeit gönnen. Die Dauer der Entlastung kann dabei stunden- oder tageweise erfolgen. In ihrer Meta-Analyse analysierten die Autoren 17 Studien zum Thema Entlastungspflege und fanden einen kleinen Effekt auf Belastung, Depression und subjektives Wohlbefinden der Angehörigen.

Lee und Cameron (2004) analysierten in ihrer systematischen Review Studien, welche als Intervention Entlastungspflege anboten. Entlastungspflege wurde beschrieben als Dienstleistung, um dem Angehörigen eine Erholungspause zu bieten. Die Entlastung kann entweder zu Hause beim Dementen erfolgen oder in einer Institution, darf aber höchstens 50% der Pflegezeit betreffen. Ein weiteres Einschlusskriterium für die Studien war das Vorhandensein einer Kontrollgruppe und die Auswertung bestimmter Messkriterien wie unter anderem Belastung von Angehörigen, psychischer Stress, psychische und physische Gesundheit. Lee und Cameron (2004) fanden drei Studien, welche den Einschlusskriterien entsprachen, konnten aber schliesslich aufgrund statistischer Unvereinbarkeiten nur zwei davon analysieren. Die Autoren konnten bei den

Messkriterien Vertrauensaufbau, emotionale Unterstützung, Belastung der Angehörigen, Depression, Angst und psychologischem Stress keine signifikanten Effekte der Intervention messen.

#### **4.7 Allgemeine Unterstützung**

Diese Interventionen sind weniger strukturiert als Psychoedukation oder therapeutische Interventionen. Ziel ist, Angehörigen die Möglichkeit zum Gedankenaustausch zu geben und dem Gefühl der sozialen Isolation entgegen zu wirken (Pinquart & Sörensen, 2006). Die von Pinquart und Sörensen (2006) analysierten zehn Studien boten den Angehörigen telefonischen Support, öffentliche Dienstleistungen, Netzwerke, Angehörigengruppen und ähnliches an. Diese Interventionen zeigten nur eine Verbesserung im subjektiven Wohlbefinden der Angehörigen. In sieben weiteren Studien wurden den Angehörigen Beratungen angeboten, um durch Lösen von vorbestehenden persönlichen Problemen Konflikte zwischen dem Angehörigen und dem Dementen zu reduzieren und das familiäre Funktionieren zu ermöglichen. Diese Beratungen hatten einen mittelmässigen Effekt auf die Belastung der Angehörigen.

Selwood et al. (2006) teilten neun Studien ihrer systematischen Review in die Kategorie allgemeine Unterstützung ein. Diese Studien analysierten zum Beispiel die Wirksamkeit eines computerbasierten Programms mit Informationsmaterial, Unterstützung von anderen pflegenden Angehörigen, einem von Fachleuten betreuten Forum, telefonischem Support, Diskussionsgruppen, Entlastungspflege oder Netzwerkangebot auf die Belastung von Angehörigen. Die Interventionskategorie hatte keinen positiven Effekt auf Depression, Angst und Belastung von Angehörigen.

## **5 Diskussion der Ergebnisse**

### **5.1 Design/Ziel/Evidenzgrad**

Mit Hilfe der Beurteilungsbögen von Behrens und Langer (2004) wurde die Qualität der analysierten Studien bewertet. Abhängig vom Design benutzte die Autorin die Bögen „Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse“ respektive „Beurteilung einer Interventionsstudie“ (Anhang B).

In der systematischen Review von Selwood et al. (2006) und der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) wurde die Qualität der Studien von je zwei unabhängigen Bewertern nach vorher bestimmten Kriterien beurteilt. Dieses Vorgehen erhöht die Glaubwürdigkeit. Sowohl Selwood et al. (2006) als auch Pinquart und Sörensen (2006) teilten die in die Studie aufgenommenen Interventionen in Kategorien ein, die teils aus früheren Reviews übernommen wurden (Selwood et al., 2006). Die Zuteilung der Studien zu den einzelnen Kategorien wurde von den Autoren jedoch als schwierig empfunden, da einige Studien Merkmale von verschiedenen Kategorien aufwiesen. Bei Interventionsstudien konnte die Qualität der Intervention nur anhand der Anzahl Sitzungen eingeschätzt werden und nicht nach deren Inhalt. Selwood et al. (2006) bemängelten, dass nur zehn Studien von 62 einen Evidenzgrad von eins, auf einer Skala von eins bis fünf, erhielten und auch Studien von guter Qualität fehlten. Die Qualität der Studien wurde nach den Richtlinien der Oxford Centre for Evidence-Based Medicine von zwei unabhängigen Bewertern beurteilt. Pinquart und Sörensen (2006) kritisierten, dass nicht bei allen Interventionen der 127 Studien ihrer Meta-Analyse kurz- oder langfristige Effekte vorlagen. Sie sind auch der Ansicht, dass die Messkriterien nicht immer mit den passenden Methoden eruiert wurden und dass die Unterschiede bei den Resultaten der verschiedenen Interventionen auch abhängig vom Niveau der Präteste bzw. der Datensammlung vor der Intervention waren. Glaubwürdigkeit und Aussagekraft der Arbeiten von Selwood et al. (2006) und Pinquart und Sörensen (2006) werden unterstützt durch die, anhand von Ein- und Ausschlusskriterien, nachvollziehbare Auswahl der integrierten Studien. Pinquart und Sörensen (2006) beschreiben detailliert die Charakteristik der einzelnen Studien. Die Interventionen der systematischen Review von Selwood et al. (2006) sind in der Review nach Autor, Jahr, Intervention, Datenerhebung, Ergebnis, Evidenzgrad und Kategorienzuteilung aufgeführt, während bei der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) die 127 Studien im Anhang nur als Referenzliste mit Kategorienzuteilung erwähnt sind. Die Autorin musste sich deshalb auf die allgemeinen Aussagen bezüglich der Kategorieneinteilung und Bewertung der Autoren verlassen. Lee und Cameron (2004) haben in ihrer systematischen Review nur zwei von drei randomisiert kontrollierten Versuchen ausgewertet. Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit sind bei der Review von Lee und Cameron (2004) vermindert, da nur zwei sehr unterschiedliche Studien in die Analyse einbezogen wurden und aufgrund der Resultate keine Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden können.

In allen für die vorliegende Arbeit analysierten Studien wurden pflegerische Interventionen analysiert, die zu einer Entlastung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen führen. In den einzelnen Studien wurde aber die Belastung von Angehörigen sehr unterschiedlich untersucht, sowohl in Bezug auf die Messkriterien als auch auf die Instrumente. Dies hat einen Vergleich der einzelnen Interventionen erheblich erschwert. In einigen Studien wurde die Reduktion von Stress und Belastung auf die Angehörigen und der positive Einfluss auf deren Gesundheit oder subjektives Wohlbefinden gemessen (Hepburn et al., 2005; Simpson et al., 2006). Bei anderen Studien gehörten Depression, Belastung, Distress, psychische Gesundheit oder auch die Lebensqualität des Demenzen zu den Messschwerpunkten (Selwood et al., 2006; Dicker et al., 2006; Haberstroh et al., 2006). Haneselt et al. (2004) massen mit dem Norderstedter Erhebungsbogen die Gesamtbelastung der Angehörigen. Dazu gehören diverse Subkategorien wie Belastung, gesundheitliche Situation, soziale Unterstützung, Gesundheit des Demenzen und seine Pflegebedürftigkeit oder das Erleben der Pflegesituation. In einigen Studien wurden Instrumente verwendet, welche entweder nicht validiert waren (Haneselt et al., 2004) oder der Zustand der Pflegesituation wurde mit einer nicht geeigneten Skala eingeschätzt, was dazu führte, dass sich die Teilnehmer in vielen Aussagen nicht wieder erkannten und deshalb die betreffenden Items nicht beantworteten (Haberstroh et al., 2006). Simpson et al. (2006) verweisen in ihrer Interventionsstudie ebenfalls auf die unterschiedliche Aussagekraft der Instrumente. Sie massen den Stress der Angehörigen mit zwei verschiedenen Skalen und erhielten unterschiedliche Resultate. Die Autoren schreiben dies dem unterschiedlichen Antwortmodus der Skalen zu. Während bei einer Skala die Fragen nur mit ja oder nein beantwortet werden konnten, waren bei der zweiten Skala die Möglichkeiten der Beantwortung differenzierter. Eine Veränderung der Stresssituation ist aus der ersten Skala schneller zu erkennen, was aber durch die eingeschränkte Differenzierung ein falsches Resultat liefern kann.

Eine grosse Anzahl von etablierten und validierten Skalen wurde in der Interventionsstudie von Hepburn et al. (2005) zur Entwicklung eines Messinstrumentes für Distress von Angehörigen benutzt. Sie isolierten diverse Messkriterien für den Faktor Distress: Belastung, Depression, Beziehungsverlust, eingeschränkte Rollengestaltung, Selbstverlust, Pflegekompetenz, Sinnfindung, Handhabung der Pflege, Unterscheidung von

positiven und negativen Gefühlen sowie Angst. Durch die Entwicklung eines neuen Instruments auf dieser Grundlage wird der Begriff Distress weiter gefasst als bisher.

Die analysierten Studien erhalten nach Evans (2003) dreimal den Evidenzgrad excellent (Lee & Cameron, 2004; Selwood et al., 2006; Pinquart & Sörensen, 2006) einmal gut (Hepburn et al., 2005) und viermal (Dicker et al., 2006; Haberstroh et al., 2006; Haneselt et al., 2004; Simpson et al., 2006).

Bei den systematischen Reviews und der Meta-Analyse wurden die ethischen Aspekte nicht erwähnt, was allerdings bei den benutzten Designs nicht üblich ist (Lee & Cameron, 2004; Pinquart & Sörensen, 2006; Selwood et al., 2006;). Bei drei Interventionsstudien unterzeichneten die Angehörigen, und wo möglich auch die Demenzkranken, eine informierte Zustimmung (Dicker et al., 2006; Hepburn et al., 2005; Simpson et al., 2006;). Die Studie von Simpson et al. (2006) wurde zusätzlich von der ethischen Kommission bewilligt. Keine Erwähnung über ethische Forderungen konnten bei den Studien von Haberstroh et al. (2006) und Haneselt et al. (2004) ausgemacht werden.

## **5.2 Setting/Stichprobe**

In einer systematischen Review analysierten Selwood et al. (2006) 62 Primärstudien aus verschiedenen Datenbanken und Zeitschriften. Ebenfalls in relevanten Datenbanken recherchierten Pinquart und Sörensen (2006), um ein Update ihrer früheren Meta-Analyse mit 127 Studien zu erreichen. Bei den Interventionen gaben die Autoren nur ein Urteil ab, wenn die Intervention mit mindestens fünf Studien überprüft werden konnte. Dies war beim Messkriterium subjektives Wohlbefinden nicht der Fall. In der systematischen Review von Lee und Cameron (2004) wurden nur zwei RCTs mit zu kleinen Stichproben ausgewertet.

Zu kleine Stichproben wiesen gemäss den Autoren die Interventionsstudien von Dicker et al. (2006), Haberstroh et al. (2006) und Simpson et al. (2006) aus. Bei allen Interventionsstudien sind die Ausfälle von Teilnehmern während der Intervention dokumentiert (Dicker et al., 2006; Haneselt et al., 2004; Hepburn et al., 2005; Simpson et al., 2006).

Bei zwei Interventionsstudien wurde die Wirksamkeit der Intervention anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs ohne Kontrollgruppen dargestellt (Dicker et al., 2006; Haneselt et al., 2004). Bei weiteren drei Interventionsstudien wurden die Teilnehmer nur bei einer Studie randomisiert einer Kontroll- oder Experimentgruppe zugeteilt (Hepburn et al. 2005). Simpson et al. (2006) teilten aus logistischen Gründen gezielt die Teilnehmer der Kontroll- oder Experimentgruppe zu, während bei der Studie von Haberstroh et al. (2006) diejenigen Teilnehmer der Experimentgruppe zugeordnet wurden, denen der Termin der Intervention passte. Die Ähnlichkeit der Zuteilung der Teilnehmer in Experiment- oder Kontrollgruppe wurde in den Studien von Haberstroh et al. (2006), Hepburn et al. (2005) und Simpson et al. (2006) mit dem Chi-Quadrat-Test bestätigt. Bei zwei Studien erhielten die Kontrollgruppen nach Abschluss des Experimentes die Intervention ebenfalls (Haberstroh et al., 2006; Hepburn et al., 2005). Es ist möglich, dass sich bei Wartekontrollgruppen das Befinden in Erwartung der Intervention schon vor deren eigentlichem Start positiv verändert. Dies hat zur Folge, dass die Wirksamkeit der Intervention einen weniger signifikanten Unterschied zeigt.

### **5.3 Information – Instruktion**

Information und Instruktion sind die häufigsten Interventionen, deren Auswirkung auf die Belastung von Angehörigen demenzkranker Menschen untersucht wurde. Das Resultat von Selwood et al. (2006), dass Wissen über Demenz alleine nicht wirksam ist, wird von Pinquart und Sörensen (2006) bestätigt. Mit der Entwicklung eines neuen Instrumentes für Angehörige von Menschen mit Demenz sollten die Angehörigen aktiv in die Pflegeplanung miteinbezogen werden (Simpson et al., 2006). Erstaunlicherweise zeigte sich nach einem Jahr kein signifikanter Unterschied der Experimentgruppe gegenüber der Kontrollgruppe in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit der Angehörigen, Kenntnis über Demenz oder Stress. Dies widerspricht einerseits Pinquart und Sörensen (2006), die bei einer aktiven Rolle der Angehörigen positive Auswirkungen auf deren Belastung, Depression, subjektives Wohlbefinden, Wissen sowie auf Symptome des Demenzen feststellten, andererseits erhalten Angehörige durch den jahrelangen Kontakt mit Spezialisten genügend Informationen. Sie werden mit der Zeit durch die Erfahrung zu Experten. Aus diesem Grund sind Information über Demenz im Allgemeinen und insbesondere Informationen betreffend die aktuellen Bedürfnisse von Angehörigen wichtig, wie auch Selwood et al. (2006) bekräftigen.

## 5.4 Ausbildungsprogramme

Durch das Vermeiden von belastenden Elementen der Pflege entwickelten die Teilnehmer eines Psychoedukationsprogramms (Hepburn et al., 2005) ein besseres Verständnis gegenüber dem Dementen und der eigenen Pflegerolle. Dadurch hatten die Angehörigen weniger das Bedürfnis nach ständiger Kontrolle des Dementen, was ihren Distress reduzierte. Dies hatte aber trotzdem keinen Einfluss auf eine Verringerung der Belastung. Eine mögliche Erklärung ist das progressive Krankheitsbild der Demenz. Hepburn et al. (2005) folgern, dass deshalb bereits der Erhalt und nicht nur die Verbesserung von Belastung ein Erfolg ist.

Wie Hepburn et al. (2005) kamen Haberstroh et al. (2006) zum Ergebnis, dass trotz signifikant besserem Wissen über Kommunikation mit Dementen und subjektiv positiver Einschätzung des Trainings durch die Teilnehmer die Intervention keinen Effekt auf die Belastung der Angehörigen hatte. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch die Interventionsstudie von Dicker et al. (2006). Die Teilnehmer erreichten nach dem Trainingsprogramm signifikante Verbesserungen in den Punkten Wissen über Verhaltens- und psychologische Symptome des Dementen, die Handhabung dieser Symptome, Fähigkeiten des Pflegens, Vertrauen in die Pflege und Stressreduktion. Obwohl zwölf Monate nach Trainingsende die Teilnehmer ihre Kompetenz immer noch höher einschätzten als zu Beginn des Trainings, schien dies keinen Einfluss auf Stress zu haben. Dieser erreichte auf der Stressskala beinahe wieder den Ausgangswert. Dicker et al. (2006) mutmassen, dass Stress nicht alleine mit dem Umgang mit den veränderten Verhaltensweisen des Demenzkranken zusammenhängt, sondern dass die Trauer über die Progression der Krankheit, das Nicht-Einfluss-Nehmen-Können auf den Krankheitsverlauf und die zunehmende physische Belastung der Pflege den Stress von Angehörigen zusätzlich beeinflusst.

Haneselt et al. (2004) zeigten sich enttäuscht über die unerwartet geringfügigen Belastungsveränderungen ihrer Interventionsstudie. Sie gehen davon aus, dass die einzelnen Konzeptbestandteile unzureichend umgesetzt wurden und dass die Interventionszeit zu kurz war. Anhand der Differenzierung von Persönlichkeitsmerkmalen der Angehörigen konnten die Forscher aufzeigen, dass die Angehörigen sich während der Intervention

gegenläufig entwickeln. Während etwa emotional eigenständigere Angehörige weniger von der Teilnahme an Gesprächsgruppen profitieren, ziehen Angehörige mit eher kindlichem Bindungsmuster an die Gepflegten mehr Nutzen daraus. Dies hat zur Folge, dass sich die Teilnehmer in den Untergruppen durch gegenläufige Effektausprägungen in der Entwicklung behinderten und sich die Pflegebelastung in der Gruppe als Gesamtes nur wenig verändert. Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen Pinguart und Sörensen (2006). Sie fordern die Erforschung der individuellen Unterschiede von Angehörigen, um mit einer individuell angepassten Intervention diesen bestmögliche Interventionen anbieten zu können.

## **5.5 Kognitive Verhaltenstherapie**

In der systematischen Review konnten Selwood et al. (2006) nach der Analyse sämtlicher Studien beweisen, dass individuelle Verhaltenstherapie - im Gegensatz zu Verhaltenstherapie in Gruppen - kurz- und langfristig die grösste Wirksamkeit auf Depression von Angehörigen hat. Auch Pinguart und Sörensen (2006) fanden bei den Verhaltenstherapien eine Verbesserung der Depression und zusätzlich auch eine Verbesserung der Belastung der Angehörigen. Die unterschiedlichen Resultate bezüglich Belastung können mit den Messkriterien, den Skalen und der Dauer der Intervention der untersuchten Studien zusammenhängen. Selwood et al. (2006) stützen ihr Resultat mit der Feststellung, dass es früheren Reviews entspricht, während Pinguart und Sörensen (2006) die Ungleichheit der Resultate in den von ihnen analysierten Studien auf die unterschiedlichen Ausgangswerte der Präteste zurückführen.

## **5.6 Entlastungspflege**

Lee und Cameron (2004) konnten in ihrer systematischen Review keine Empfehlungen für Entlastungspflege für die Praxis abgeben. Bei der Analyse der Studien erkannten sie, dass Entlastungspflege ein sehr weiter und nicht klar definierter Begriff ist. Er beinhaltet verschiedene Dienste von Pflege mit unterschiedlicher Dauer. Ob Angehörige Entlastungspflege nutzen, hängt von verschiedenen Faktoren ab wie etwa, ob der Dienst bezahlt werden muss oder nicht, ob sich der Demenzkranke dabei wohlfühlt und wie die Qualität der Entlastungspflege ist. Bei den von Lee und Cameron (2004) untersuchten Studien war es teilweise so, dass die Wartegruppen ähnliche Entlastungsangebote annahmen wie die Experimentgruppe. Deshalb konnte bei den Ergebnissen kein

signifikanter Interventionseffekt evaluiert werden. Im Gegensatz dazu zeigte die Meta-Analyse von 17 analysierten Studien für die Entlastungspflege einen kleinen Effekt auf Belastung, Depression und subjektives Wohlbefinden von Angehörigen an (Pinquart & Sörensen, 2006).

## **5.7 Allgemeine Unterstützung**

Die untersuchten Studien in der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) zeigten einerseits für die Intervention Beratung einen mittelmässigen Effekt auf Belastung, andererseits konnten allgemeine Unterstützungsformen (z.B. Angehörigengruppen, telefonische Unterstützung, Netzwerkangebote) einzig das subjektive Wohlbefinden der Angehörigen signifikant verbessern. Es erstaunt, dass eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens keine Auswirkungen auf Stress oder Belastung der Angehörigen hat. In dieselbe Richtung gehen die Resultate der neun Studien der systematischen Review von Selwood et al. (2006), welche keine Wirksamkeit für unterstützende Therapien auf Depression, Angst oder Belastung von Angehörigen zeigten.

## **5.8 Kritische Würdigung der Literaturarbeit**

Für die vorliegende Arbeit wurden die pflegerelevanten Datenbanken Medline, Cinahl und Cochrane Library benutzt. In der Datenbank Medline wurde mit Schlagwörtern gesucht, da die Suche mit MeSH-Terms eine viel kleinere Trefferquote ergab. Dieselben Begriffe waren bei CINAHL und Cochrane Library zum Teil erfolglos, so dass die Suchbegriffe angepasst werden mussten. Aus Zeit- und Kapazitätsgründen war es nicht möglich, noch weitere wissenschaftlich fundierte Quellen zu eruieren. Es ist deshalb möglich, dass relevante Studien nicht in die Analyse einbezogen wurden. Studien, die sich ausschliesslich mit einem einzigen Faktor wie Angst oder Depression auseinandersetzten, wurden ausgeschlossen. Bei der Bearbeitung der Studien für die vorliegende Literaturarbeit wurde jedoch ersichtlich, dass einzelne Forscher Depression als Teil der Belastung identifizierten. Die ausgeschlossenen Studien hätten weitere Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern können. Die Datenauswahl beschränkt sich auf Studien von 2004-2007 aufgrund der systematischen Review von Selwood et al. (2006), die eine Übersicht von 62 Studien bis 2003 gibt und der Meta-Analyse von Pinquart und Sörensen (2006) mit 127 Studien von 1982-2005. Mit dieser Einschränkung wurden möglicherweise ältere relevante Studien ausgeschlossen.

Durch die Beschränkung auf englische und deutsche Literatur kann ein Sprachbias nicht ausgeschlossen werden. Da Englisch nicht die Muttersprache der Autorin ist, wurde die Zusammenfassung der englischen Studien mit Hilfe eines Englischlehrers nochmals überarbeitet und diskutiert. Da es sich bei den Studien um ein fachspezifisches Thema handelt, kann nicht absolut ausgeschlossen werden, dass Aussagen nicht korrekt interpretiert worden sind. Eine aktuelle Studie von 2006 konnte aus finanziellen und zeitlichen Gründen innert nützlicher Frist nicht in die Analyse miteinbezogen werden, was auf einen weiteren Publikationsbias schliessen lässt.

Trotz dieser Einschränkungen gibt die vorliegende Arbeit einen Überblick über die aktuellen Schwerpunkte von Interventionen und deren Auswirkungen auf die Belastung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen.

## **6 Schlussfolgerungen**

Durch die demographische Entwicklung wird die steigende Anzahl demenzkranker Menschen auch in Zukunft das Gesundheitswesen beschäftigen. Auch die pflegenden Angehörigen werden im Zug dieser Entwicklung zunehmend zu einer vulnerablen Gruppe. Einen demenzkranken Menschen über Jahrzehnte zu begleiten und zu betreuen, bedeutet für die pflegenden Angehörigen eine grosse Belastung. Dies kann sowohl Auswirkungen auf das Immunsystem haben (Rensning, 2006), als auch zu psychosomatischen Beschwerden und geringerer Lebenszufriedenheit führen (Klusmann et al., 1981, zit. in Wettstein, 2005; Pinguart & Sörensen, 2003, zit. in Pinguart & Sörensen, 2006). Es erstaunt deshalb nicht, dass viele aktuelle Forscher sich mit dem Thema der Entlastung von pflegenden Angehörigen beschäftigen.

Zukünftige Forschungen müssen darauf zielen, die einzelnen Faktoren der Belastung zu erfahren, gewichten und entsprechende valide und reliable Messinstrumente zu entwickeln. In der vorliegenden Literaturreview stellte der Umstand der unterschiedlichen Messkriterien von Belastung bei den Studien ein grosses Problem dar. Während bei einem Forscher Stress und Depression im Vordergrund stehen, untersucht ein anderer die Gesundheit der Angehörigen, emotionale Unterstützung oder Angst. So unter-

schiedlich die Messkriterien, so unterschiedliche Instrumente wurden angewandt. Die Vergleichbarkeit der Interventionen wird dadurch erschwert.

Obwohl Demenz eine über Jahrzehnte progrediente Krankheit ist, wurden die Auswirkungen der Interventionen nur kurz- und mittelfristig erforscht. Es fehlen langfristige Resultate. Pinquart und Sörensen (2006) zeigten auf, dass längere Interventionen einen besseren Effekt auf Belastung, Depression und Wissen von Angehörigen haben. Künftig müssen die Interventionen über einen längeren als nur einjährigen Zeitraum angeboten werden. Weiter ist der Erfolg von Interventionen abhängig von deren Intensität, Qualität und von der Begleitung der Angehörigen. Gerade bei Interventionen, die den Angehörigen viel Eigenverantwortung bei der Durchführung abverlangen, muss eine konsequente Begleitung gewährleistet sein (Simpson et al., 2006). Damit Interventionen wiederholt werden können, braucht es zwingend eine Manualisierung. In der vorliegenden Studie war dies nur bei der Intervention von Haberstroh et al. (2006) der Fall.

Weiter müssen in Zukunft Kombinationen von verschiedenen Erfolg versprechenden Interventionen erforscht werden. Entsprechend Ausbildungsstandard, ethnischer Zugehörigkeit, Alter und Entwicklungsstand der Angehörigen müssen verschiedene Angebote gemacht werden können. Die Belastung der Angehörigen wird durch das Krankheitsbild Demenz geprägt. Eine Entlastung könnten demnach auch Interventionen beim Demenzkranken selber sein. In der vorliegenden Arbeit wurde diesem Aspekt keine Beachtung geschenkt.

Wichtig ist eine frühzeitige Erfassung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, da einige Interventionen für Demenzkranke in einem frühen Stadium Erfolg versprechender sein könnten (Simpson et al., 2006) und die Intervention präventiv auf Belastung wirken kann. Dies bedeutet, dass eine möglichst frühzeitige Diagnose und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Pflegefachleuten, sozialmedizinischen Organisationen und entsprechenden Dienstleistungsstellen stattfinden muss. Ein gut funktionierendes niederschwelliges Netzwerk würde den Zugang zu den Dienstleistungen erleichtern und die Angehörigen von Anfang an auch präventiv unterstützen. Pflegefachleuten kommt hier eine wichtige Aufgabe zu.

Pflege eines Demenzkranken ist nur ein Bereich, der die Gesundheit von pflegenden Angehörigen beeinflussen kann. Angehörige sehen sich vielfach auch mit Verhaltensproblemen des Demenzkranken wie Aggressivität, Unruhe, Unkooperation und Antriebslosigkeit konfrontiert oder müssen die eigene Trauer über die Progression der Krankheit verarbeiten (Dicker et al., 2006; Haberstroh et al. 2006). Hier kann die Pflege in Zukunft eine zentrale Rolle spielen, indem sie die Bedürfnisse der Angehörigen wahrnimmt und nach geeigneten Interventionen sucht. Unbestritten ist die Bedeutung der individuellen Anpassung der Intervention an die Angehörigen. Bei Gruppenunterricht kann sich Distress negativ auf die Gruppendynamik auswirken oder es kann zu gegenläufigen Effektausprägungen kommen, was wiederum zu schlechteren Ergebnissen führt (Haneselt et al., 2004; Hepburn et al., 2005;). Da häufig auch weitere Familienangehörige an der Pflege beteiligt sind, ist ein Einbezug dieser in die individuelle Therapie erforderlich (Selwood et al., 2006). Angehörige schätzten in den Studien jeweils auch die Konzentration auf ihre persönlichen Anliegen (Dicker et al., 2006).

Für die Pflegenden zeigt diese Literaturreview auf, dass Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz eine grosse Bedeutung haben. Pflegende sind aufgefordert, sich durch persönliches Engagement in interdisziplinären Teams, Kenntnis der spezifischen Problematik und Wahrnehmung der Bedürfnisse von Angehörigen demenzkranker Menschen für diese ein zu setzen. Durch evidenzbasiertes Wissen und die Mithilfe bei künftigen Forschungen können effektive Interventionen angeboten werden.

## 7 Literaturverzeichnis

Alzheimer, Schweizerische Alzheimervereinigung (2007). [www.alz.ch](http://www.alz.ch) (06.02.2007)

Behrens, J. und Langer, G. (2004): *Evidence based Nursing*. Huber: Bern.

Brand, M. & Markowitsch, J. (2005). Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen. In M. Martin & H. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. (S. 11-58). Huber: Bern

Bundesamt für Statistik (2007) "*Themen 14-Gesundheit, Panorama Februar 2007*". [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) (09.07.07)

Dialogzentrum Demenz. Universität Witten/ Herdecke (2007), *Newsletter DZD Dezember 2006*. [www.dialogzentrum-demenz.de](http://www.dialogzentrum-demenz.de) (07.01.2007)

Dicker, S., Chawla, S. & Preston, N. (2006). Hearing and healing the hurts of dementia, Part I. Evaluation of a carer training project for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) by home-based carers. *Alzheimer's Care Quarterly*, 7 (2), 115-121

Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 77-84

German Center for Evidence-Based Nursing. <http://www.ebn-zentrum.de> (11.07.2007)

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Perels, F. und Pantel, J. (2006). Kommunikations-TAnDem. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (5), 358-364. Steinkopff: Darmstadt

Haneselt, R., Danielzik, A. & Waack, K. (2004). Zur Evaluation von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige von Demenzkranken. Ergebnisse des GENA-Projektes in Mecklenburg-Vorpommern (GENA-Projekt: Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 37 (5), 402-10

- Held, C. & Ugolini, B. (2005). Stationäre Versorgung demenzbetroffener Menschen – Unterstützung der Angehörigen und Pflegenden. In M. Martin & H. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. 181-219. Huber: Bern
- Hepburn, K.W., Lewis, M., Narayan, S., Center, B., Tornatore, J., Bremer, KL. & Kirk, LN. (2005). Partners in caregiving: A psychoeducation program affecting dementia family caregivers' distress and caregiving outlook. *Clinical-Gerontologist*. 29 (1), 53-69
- Hofmann, M. & Hock, C. (2005). Pharmakologische Behandlung der Demenz. In M. Martin & H. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. 155-179. Huber: Bern
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003) *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Huber: Bern
- Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern
- Lee, H. & Cameron, M. (2004). Respite care for people with dementia and their carers. *The Cochrane Collaboration*
- Lind, S. (2003). *Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte*. Huber: Bern
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 18 (4), 577-95.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Huber: Bern
- Rensing, L. (2006). Molekulare Wirkmechanismen und Folgen für die Gesundheit: Krank durch Stress. *Biologie. In unserer Zeit*. 36 (5), 284-292.

- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. & Livingston, G. (2006). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*. Doi:10.1016/j.jad.2006.10.025. Elsevier
- Simpson, R., Wakefield, P., Spiers, N., Jagger, C. & Lindesay, J. (2006). Carer-held records for dementia: a controlled trial. *Int Psychogeriatr*. 18 (2), 259-68
- Wettstein, A. (2005). Umgang mit Demenzkranken und Angehörigen. In M. Martin & H. Schelling (Hrsg.), *Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige*. 101-150. Huber: Bern

## **8 Anhangsverzeichnis**

**Anhang A Suchstrategien**

**Anhang B Beurteilungsbögen nach Behrens und Langer, 2004**

**Anhang C Hierarchy of Evidence, Evans, 2003**

**Anhang D Zusammenfassungen der analysierten Studien**

## Suchstrategien

Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Reduktion 1 anhand Kri- terien	Reduktion 2 Doppelfunde	Studien
<b>Medline</b>	(carer OR family care* OR informal carers) AND De- mentia AND Inter- vention	Publiziert in den letzten 3 Jahren	55	8		8
<b>Medline</b>	Dementia AND (caregiver OR carer) AND burden AND intervention	Publiziert in den letzten 3 Jahren	34	7	6	1
<b>Cinahl</b>	[(Dementia) AND (Caregiver burden) AND (Intervention)] AND family care	2004-2007	152	3	1	2
<b>Cochrane</b>	[(Dementia) AND (Caregivers) AND (Burden)] AND In- tervention	2004-2007	25	4	1	3
<b>Dialogzen- ter Demenz</b>						1
<b>Total</b>			277	23	8	15

## Beurteilung einer Interventionsstudie nach Behrens und Langer, 2004

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

<b>Glaubwürdigkeit</b>	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfalldaten begründet, z.B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up &gt; 80%?</i>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	
<b>Aussagekraft</b>	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>Relative Risiko-Reduktion, absolute Risiko-Reduktion? Number Needed To Treat? Median, Mittelwert?</i>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i>
<b>Anwendbarkeit</b>	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i>
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):</i>	
1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	

## Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse nach Behrens und Langer, 2004

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

<b>Glaubwürdigkeit</b>	
1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i>
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<i>Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?</i>
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?</i>
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Followup?</i>
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<i>Quellen angegeben?</i>
6. Stimmt die Bewertung der Studien überein?	<i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung ( )?</i>
7. Waren die Studien ähnlich?	<i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätstest (2)?</i>
<b>Aussagekraft</b>	
8. Was sind die Ergebnisse?	<i>Odds ratio? Relatives Risiko? MittelwertDifferenz?</i>
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i>
<b>Anwendbarkeit</b>	
10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse? NumberNeededToTreat?</i>
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung):</i>	
1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	

### Hierarchy of evidence, Evans, 2003

	<b>Effectiveness</b>	<b>Appropriateness</b>	<b>Feasibility</b>
<b>Excellent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematic review</li> <li>• Multi-centre studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematic review</li> <li>• Multi-centre studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematic review</li> <li>• Multi-centre studies</li> </ul>
<b>Good</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> <li>• Observational studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> <li>• Observational studies</li> <li>• Interpretive studies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> <li>• Observational studies</li> <li>• Interpretive studies</li> </ul>
<b>Fair</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uncontrolled trials with dramatic results</li> <li>• Before and after studies</li> <li>• Non-randomized controlled trials</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptive studies</li> <li>• Focus groups</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptive studies</li> <li>• Action research</li> <li>• Before and after studies</li> <li>• Focus groups</li> </ul>
<b>Poor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptive studies</li> <li>• Case studies</li> <li>• Expert opinion</li> <li>• Studies of poor methodological quality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expert opinion</li> <li>• Case studies</li> <li>• Studies of poor methodological quality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expert opinion</li> <li>• Case studies</li> <li>• Studies of poor methodological quality</li> </ul>

## Hearing and healing the hurts of dementia, Part I. Evaluation of a carer training project for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) by home-based carers

Dicker, S., Chawla, S. & Preston, N. (2006); Alzheimer's Care Quarterly, 7(2); 115-121

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Art der Intervention	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Interventionsstudie Trainingsprogramm Vorher-Nachher- Vergleich</p> <p><u>Ziel</u> Stressreduktion der Angehörigen von Demenzen durch ein angepasstes Training, damit die Angehörigen die Verhaltensweisen und psychischen Symptome des Demenzen managen können</p> <p><u>Evidenz</u> genügend</p>	<p>50 Paare (Angehöriger-Dementer) aus dem Einzugsgebiet von Fremantle, Westaustralien im Jahr 2001</p> <p>56% waren Angehörige von Demenzen, die Kunden waren des Fremantle Gesundheitsdienstes für Senioren; 44% wurden rekrutiert über Allgemeinärzte, demenzspezifische Entlastungspflege, Tagesheim und Abteilungen der Geriatrie.</p> <p>37 beendeten das Training. Ausfälle sind dokumentiert.</p> <p>Bei der Auswertung 6 bzw. 12 Mte nach dem Training lebten noch 20 bzw. 11 Teilnehmer zu Hause. Ausfälle sind dokumentiert.</p>	<p>Modulares Trainingspaket basierend auf zwei theoretischen Modellen mit einem 350-seitigen Manual; Angehörige erhalten 9 Trainingsbüchlein und 52 Arbeitsblätter in altersgerechter Form wie grosse Schrift, farbige Hinweise usw.</p> <p>Zusätzliche Unterstützung des multidisziplinären Teams des Seniorprogramms und der Projekt-Beratungsgruppe (Angehörige und Dienstleistungen der Gemeinde)</p> <p>Angeboten wurden Module, angepasst an die Angehörigen als Einzelunterricht. Vor jedem Training befasste sich die Trainerin mit den momentanen Anliegen des Angehörigen. Dann besprachen sie das Modul des vorherigen Trainings und die Trainerin beantwortete Fragen. Ein kurzes richtig/falsch Quiz deckte die Lücken des Angehörigen auf und daran wurde dann gearbeitet. Zum Schluss erhielt der Angehörige die Arbeitsblätter für das Modul und das Trainingsbüchlein für das nächste Modul.</p> <p><u>9 Module</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verstehen von Demenz</li> <li>-BSPB</li> <li>-Managing BPSP-allg. Strategien</li> <li>-Managing BPSP-spezifische Strategien</li> <li>-Managing BPSP-Aktivitäten</li> <li>-Managing BPSP-Medikamente</li> <li>-Selbstwahrnehmung und Selbsthilfe für Angehörige</li> <li>-Finanzielle und gesetzliche Themen</li> <li>-Weitere Angebote für Angehörige</li> </ul> <p>Training wird zuhause durchgeführt; flexibel und auf die Bedürfnisse des Angehörigen angepasst; 4-10 Sitzungen wöchentlich oder alle 2 Wochen etwa 30-60 Minuten.</p>	<p><u>Datenerhebung</u> Halbstrukturiertes Interview inkl. Stressskala (5-item) zu Beginn und direkt nach Abschluss des Trainings, 6 und 12 Mte später und Fragebogen zur Gesundheit (General Health Questionnaire) der Angehörigen; Grad der dysfunktionalen Verhaltensweisen des Demenzen (Dysfunctional Behavior Rating Inventory)</p> <p>Das Training wurde von einer diplomierten Gerontologiepflegeschwester mit postgrader pädagogischer Ausbildung gegeben</p> <p>Qualitative Datenerhebung zur Methodik des Trainings mit anonymem Fragebogen.</p>	<p>In allen 9 Modulen erreichten die Teilnehmer (TN) eine signifikante Verbesserung (<math>p &lt; 0.001</math>); Selbsteinschätzung der Angehörigen anhand eines Fragebogens über das Wissen und BPSD, die Handhabung der BPSD des Demenzen, Fähigkeiten des Pflegens und Vertrauen sowie Stressreduktion zeigte eine signifikante Steigerung (<math>p &lt; 0.001</math>). Mit Ausnahme der Stressreduktion blieb das Niveau auch bei der Messung 6 Mte nach Trainingsende stabil.</p> <p>12 Mte nach Trainingsende war die selbst-eingeschätzte Kompetenz immer noch auf einem signifikant höheren Niveau als beim Pretest, Stress hingegen hat beinahe wieder die Ausgangswerte erreicht.</p> <p>Angehörigen schätzten die individuelle Instruktion zuhause, geduldige und emotionale Unterstützung, gute Erklärungen und unmittelbares Feedback.</p> <p><u>Analyse</u> t-Tests, paarweise, Pre- und Posttest</p>	<p>Durch die ungenügende Zuweisung von TN von Allgemeinpraktikern, konnte die Wirksamkeit des Trainings als Strategie im Frühstadium nicht belegt werden.</p> <p>Mehr als die Hälfte der Angehörigen wurden ermittelt durch einen akuten psychogeriatrischen Dienst; diese Kohortengruppe hatte signifikant tiefere Werte (<math>p &lt; 0.007</math>) in Stress und Coping vor dem Training.</p> <p>Allgemein war das Training nützlich für eine kompetente Umgangsweise mit BPSD.</p> <p>Stress konnte mit dem Training zwar unmittelbar aber nicht langfristig reduziert werden; viele verschiedene Einflussfaktoren lösen Stress aus, nicht nur BPSD (z.B. Trauer über die Progression der Krankheit, zunehmende physische Belastung der Pflege usw.). Den Krankheitsverlauf zu beeinflussen könnte den Stress der Angehörigen besser reduzieren. Nach der Intervention wurden die Daten alle 6 Wochen telefonisch erfasst. Das Fehlen des persönl. Kontakts kann Stress nicht reduzieren.</p> <p>Angehörige schätzten die Konzentration auf ihre persönl. Anliegen.</p> <p>Die Autoren geben Empfehlungen ab für die Durchführung des Programms und wie Stress von Angehörigen reduziert werden kann.</p> <p><u>Schwäche</u> Keine Kontrollgruppe</p> <p>Zu kleine Stichprobe. Zur selben Zeit wurden zwei andere Studien mit Angehörigen von Demenzen durchgeführt.</p> <p><u>Ethik</u> informed consent</p>

## Kommunikations-TAnDem. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations Trainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten

Haberstroh, J., Neumeier, K., Schmitz, B., Perels, F. &amp; Pantel, J. (2006), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(5), 358-64

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Art der Intervention	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Interventionsstudie</p> <p>Kontrollierte Trainingsstudie mit Wartekontrollgruppe; nicht randomisiert, Zuteilung erfolgte aufgrund der Präferenzen der Trainingstermine</p> <p><u>Zweck</u> Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit des Demenzen ist eine grosse Belastung für die Angehörigen.</p> <p>Angebot für pflegende Angehörige soll entwickelt und evaluiert werden</p> <p><u>Fragestellungen:</u> Führt die Teilnahme am TanDem-Training bei Angehörigen zu: 1. vermehrtem Wissen zum Thema Kommunikation mit Demenzpatienten? 2. verbesserter Kommunikationskompetenz gegenüber Demenzen? 3. einer Reduktion der subjektiven Belastung? 4. einer Steigerung der LQ der Demenzen?</p> <p><u>Evidenz</u> genügend</p>	<p>Die meisten Teilnehmer der Experimentgruppe waren vorher schon in Kontakt mit der Gedächtnissprechstunde der Uniklinik. Informationen erfolgten über die Sprechstunde, regionale Presse und Internetseiten;</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Primäre Betreuungspersonen von Demenzpatienten mit fachärztlich diagnostizierter Alzheimer oder vaskulärer Demenz, die ihre demenzkranken Angehörigen zu Hause betreuen.</p> <p>22 pflegende Angehörige; 9 Experimentgruppe, 13 Wartekontrollgruppe</p> <p><u>Teilnehmerstruktur</u> 10 Männer und 12 Frauen; Alter der Angehörigen: 68.2 (±10.1); Alter der Demenzen 76.4 (±9); Demenzschwere nach Mini Mental State-Test: bei den meisten mittelgradig.</p> <p>Experiment- und Kontrollgruppe zeigten keinen signifikanten Unterschied in den demographischen Angaben.</p>	<p>Kommunikationstraining für pflegende Angehörige von Demenzpatienten nach dem Kommunikationsmodell von Rüttinger und Sauer (2000); pflegende Angehörige erlernen Strategien für die Kommunikation mit Demenzen. Sie lernen, wie sie Informationen weitergeben können und mit welchen Methoden sie dem Demenzen Hilfe bieten, damit er seine Informationen darbieten kann.</p> <p>Die Trainings fanden Samstags von 15.00-17.30 Uhr während 5 Wochen statt.</p> <p>Die Teilnehmer tauschten sich an jeder Sitzung über Ereignisse der letzten Woche und Erfahrungen mit den erlernten Strategien aus. Anschliessend werden Strategien entwickelt, um gezielt die Stärken des Demenzen zu fördern und die Schwächen zu umgehen. Trainer ergänzt dabei das Expertenwissen der Angehörigen. Für die folgende Woche setzen sich die Teilnehmer individuelle Ziele.</p>	<p><u>Datenerhebung</u> Demenzschwere mit Mini Mental State-Test und psychopathologische Symptome (Neuropsychiatric Inventory) als Basisdaten vor dem Trainingsbeginn</p> <p>Interventionsanalyse: Zeit vor der zweiten Trainingseinheit wurde als Baseline-Phase festgelegt, um die konkrete Vermittlung von Strategien auf die Kommunikationskompetenz zu überprüfen</p> <p><u>Messkriterien und Instrumente</u> <u>Längsschnittdaten:</u> LQ der Demenzen (Quality of Life in Alzheimer's Disease) und Belastung der pflegenden Angehörigen (Häusliche-Pflege-Skala); Wissen über Kommunikation bei Demenz (selbst entwickelter Fragebogen) <u>Prozessuale Daten:</u> Führen eines Tagebuch aus selbst entwickelten und aus anderen Studien übernommenen Items;</p> <p>Zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Messzeitpunkt und Gruppe;</p>	<p>Teilnehmer schätzten den Erfolg des Trainings subjektiv als positiv ein.</p> <p>Signifikanter Effekt des Trainings bzgl. Wissen (p=0.01) und LQ des Demenzen (p=0.01), nicht jedoch für die Belastung pflegender Angehörigen</p> <p>Eine signifikante Zunahme der Kommunikationskompetenz im Verlaufe des Trainings (p=0.001); Stimmung der Angehörigen blieb unverändert. In Zeitreihenanalysen konnte gezeigt werde, dass die Stimmung der Teilnehmer an Trainingstagen besser war als an den anderen Tagen (p&lt;0.05).</p>	<p>Eine Steigerung des Wissens über die Kommunikation mit Demenzen und eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit von pflegenden Angehörigen führt zur Erhöhung der LQ der Demenzen und einer direkt wahrgenommen Entlastung der Angehörigen (Querschnittsmessung am Trainingsende).</p> <p>Das Messkriterium „Stimmung der pflegenden Angehörigen“ wurde beeinflusst durch die Trainingssituation selbst und ihre sozialen Aspekte und nicht durch den Trainingsinhalt.</p> <p>Manualisierung des Trainingsprogrammes</p> <p><u>Schwäche:</u> Zu kleine Stichprobe</p> <p>Die positive Wirkung der Intervention auf die Kommunikationskompetenz erfolgte unmittelbar nach der ersten Sitzung; keine Variation mehr im Verlaufe des Trainings; Nach Abschluss des Trainings keine Messungen mehr.</p> <p>Die benutzte Skala der Häuslichen-Pflege-Skala beschreibt einen Zustand der Pflegesituation, der erst bei mittlerer bis fortgeschrittener Demenz zutrifft. Da Teilnehmer sich in vielen Aussagen nicht wiedererkannten, wurden die betreffenden Items nicht beantwortet (Missing Values, 4.3%).</p> <p><u>Zukünftige Forschungen:</u> Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, welches die spezielle Belastungssituation pflegender Angehöriger von Demenzpatienten im frühen oder mittleren Stadium erfasst; Evaluation und Verbesserung des Erhebungsinstrumentes für die Kommunikationskompetenz der Angehörigen.</p> <p>Neben der Kommunikationsfähigkeit sehen sich Angehörige vor allem auch mit Verhaltensproblemen wie Aggressivität, Unruhe, Unkooperativität und Antriebslosigkeit belastet.</p> <p><u>Ethik</u> nicht beschrieben</p>

## Zur Evaluation von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige von Demenzzkranken. Ergebnisse des GENA-Projektes in Mecklenburg-Vorpommern (GENA-Projekt: Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern)

Haneselt, R., Danielzik, A. & Waack, K. (2004), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37(5), 402-10

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Art der Intervention	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Interventionsstudie Vorher-Nachher-Vergleiche</p> <p><u>Hypothesen:</u> kombinierte Interventionen weisen grössere Effektstärken auf als rein kognitiv-übend-psychoedukative Ansätze;</p> <p>Effiziente Veränderungen im Pflegegeschehen hängen zusammen mit den Persönlichkeitsmerkmalen der pflegenden Angehörigen</p> <p><u>Ziel</u> Messen der Veränderung der Gesamtbelastung pflegender Angehörigen mit diversen Subkategorien</p> <p><u>Evidenz</u> genügend</p>	<p>Mai 2000 – April 2003; 10 breit gefächerte Pilotstandorte im Land Mecklenburg-Vorpommern, D</p> <p>43 Angehörige aus 7 Gesprächsgruppen des GENA-Projektes; Pre- und Posttestdaten von 29 Teilnehmern analysiert; Ausfälle dokumentiert</p> <p><u>Stichprobencharakteristik:</u> 39 Frauen, 4 Männer; Alter 58,4; 41.9% beanspruchten professionelle Pflege; Gesamtbelastung entspricht der mittelgradigen Belastung (nach Häuslicher Pflegeskala, HPS).</p> <p>Vergleichsmaßstab der Stichprobencharakteristika nach Grässel et al (2002); in der Stichprobe fand sich ein geringerer Anteil der &gt;70jährigen und der pflegenden Ehepartner als im Vergleich nach Grässel.</p>	<p>Von Pflegekräften angeleitete Gesprächsgruppen für Angehörige von dementiell erkrankten Menschen; 14-tägiger Rhythmus über ein Jahr verteilt, total 22 Mal; Inhalt: fünf thematische Bausteine, die sich zunächst am Bedarf der Angehörigen orientierten. 1. Infovermittlung; 2. Psychoimagination; 3. Psychoedukation; 4. Partielle Trauerarbeit; 5. Arbeit an der Persönlichkeit und an der Beziehung zum Gepflegten.</p>	<p><u>Datenerhebung</u> Zu Beginn und am Ende der Intervention Datensammlung mit dem Norderstedter Erhebungsbogen zu: Belastung, gesundheitl. Situation, soz. Unterstützung, Gesundheit des Dementen und seine Pflegebedürftigkeit und Merkmalskomplex „filiale Reife“ (Operationalisierung mit Likert-Skalen)</p> <p><u>Instrumente</u> Likert-Skalen messen für das Erleben der Pflegesituation zentrale Dimensionen wie emotionale Autonomie, Fähigkeit zu einem fürsorgl.-autoritären Betreuungsstil, Schuldgefühle usw.</p> <p>Häusliche Pflegeskala (HPS) nach Grässel (2001) zur Messung der Pflegebelastung als Referenzmöglichkeit</p> <p>Typenbildung nach hierarchischer Clusteranalyse; Resultat: zwei Persönlichkeitstypen; Filial eher unreife (18) und filial eher reife (6) Angehörige. Ausfälle dokumentiert.</p>	<p>Gesamtstichprobe zeigte für die Bereiche „Belastung“, „gesundheitliche Situation“, „filiale Reife“ und „Unterstützung in/bei der Pflege“ nur eine signifikante Veränderung im letzten Punkt, indem vermehrt professionelle Hilfe beansprucht wurde (kein p-Wert angegeben).</p> <p>Filiale Reife: Kaum Veränderungen in den Messkriterien;</p> <p>Differenzierung der Gruppenresultate nach den Persönlichkeitsmerkmalen: Filial eher Reife versus filial eher Unreife. Filial eher Reife gaben zu Beginn der Intervention weniger Gesamtbelastung über die Pflegesituation an als filial eher Unreife.</p> <p>Gegenläufige Entwicklungsrichtungen: filial Reifere verschlechtern sich bzgl. der Zielvariablen, während filial Unreife von der Intervention eher profitieren. Signifikante Verbesserung vor allem in den Dimensionen „Schuldgefühle“ (p=0.00), „Gesamtbelastung“ (0.01) und „Verschlechterung der sozioökonomischen Situation“ (0.02) für die filial Unreiferen, während sich filial Reifere in diesen Dimensionen verschlechterten.</p>	<p>Belastungsveränderungen unerwartet geringfügig.</p> <p>Berücksichtigung der Persönlichkeitsmerkmale hatte keinen Einfluss auf eine signifikante Reduktion des subjektiven Belastungsempfindens</p> <p><u>Gründe für das Ausbleiben von signifikanten Globaleffekten könnten sein:</u> - unzureichende Umsetzung von Konzeptbestandteilen; - zu kurze Interventionsphase - gegenläufige Effektausprägungen bei Untergruppen der TN</p> <p><u>Schwächen</u> Likert-Skalen sind nicht validiert</p> <p>Keine Vergleichswerte einer Normierung der Filiale-Reife-Skalen an der Normalpopulation</p> <p><u>Zukünftige Forschungen:</u> Hinweise erarbeiten für differenzielle Angebotsindikationen</p> <p><u>Ethik</u> nicht beschrieben</p>

## Partners in caregiving: A psychoeducation program affecting dementia family caregivers' distress and caregiving outlook

Hepburn, K.W., Lewis, M., Narayan, S., Center, B., Tornatore, J., Bremer, K.L. &amp; Kirk, L.N. (2005), Clinical-Gerontologist; 29(1), 53-69

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Methode	Art der Intervention	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Interventionsstudie mit 2 Interventionsgruppen; 1 Wartekontrollgruppe</p> <p><u>Ziele</u> Psychoedukation, die ausgerichtet ist auf die Pflegefähigkeit; die Intervention soll Fähigkeiten, Wissen und Haltung/ Verständnis der pflegenden Angehörigen entwickeln und verstärken und so die Auswirkungen von Stress vermindern</p> <p>1. Entwicklung eines umfassenden Messinstruments um Distress von Angehörigen zu messen 2. Testen der Auswirkungen der Intervention auf Entlastung oder Vermeidung von Distress bei Angehörigen über einen längeren Zeitraum bis zu einem Jahr</p> <p><u>Evidenz gut</u></p>	<p>Teilnehmer wurden über 2 Jahre lang aus verschiedenen Settings (Arztpraxen, Seniorzentren, Alzheimer-Vereinigung) rekrutiert; Teilnehmer pflegten zu Hause einen dementen Verwandten; die Teilnehmer wohnten mit dem Dementen zusammen oder in der Nähe; die Teilnehmer mussten bestätigen, dass der Demente für das Jahr der Studie nicht in ein Heim eingewiesen werden muss;</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Schwere psychiatrische Komorbidität des Dementen oder schwere gesundheitl. Probleme des Angehörigen während der Studie</p> <p>233 Paare gaben das Einverständnis. 215 Paare (Angehöriger und Dementer) nahmen schliesslich teil. Ausfälle sind dokumentiert.</p> <p>Randomisierte Zuteilung (block design) 2 Interventionsgruppen (79 und 72 Paare) und 1 Kontrollgruppe (64 Paare); ähnliche Zuteilung – Kontrolle durch Chi-Quadrat-Test</p>	<p><u>Datenerhebung</u> 3 Datensammlungen: vor der Randomisierung (baseline), nach 6 und nach 12 Monaten; - bei Angehörigen: zu Beginn und nach 1 Jahr ein persönliches offenes Interview; schriftlicher Fragebogen - bei Dementen: Einschätzung nach Mini Mental State Exam (MMSE); Versuch eines persönl. Interviews; Fragebogen per Mail nach 6 Monaten und ein Telefoninterview mit den Angehörigen.</p> <p><u>Datenanalyse:</u> es wurden <u>etablierte und validierte Skalen</u> benutzt je nach Messkriterium: physische und psychische Fähigkeiten des Dementen; Gedächtnis- und Verhaltensprobleme; Wahrnehmung der Angehörigen betr. Beziehungsverlust; eingeschränkte Rollengestaltung; Selbstverlust; Pflegekompetenzen; Sinnfindung; Handhabung der Pflege. Skalen für Belastung, Depression, Gefühle, Angst. BACS-Skala (Beliefs About Caregiving Scale) und Decisional Conflict Scale. Diese hohe Anzahl Skalen dient der Entwicklung eines Messinstruments für Distress.</p> <p>Jede der beiden unterschiedlichen Interventionen sollte mit der Kontrollgruppe verglichen werden. In einer Voruntersuchung der zwei Interventionen konnte kein effektiver Unterschied gemessen werden, so dass die Daten beider Interventionen als eine Intervention zusammengefasst wurden.</p> <p><u>Analyse:</u> ANCOVA; Kovariate: Einschätzung der ATLS des Dementen Effektstärke nach Cohen</p>	<p><u>2 Interventionsgruppen</u> PIC-Programm: Partners in Caregiving program; Ziel: Meistern der alltäglichen praktischen Pflegefähigkeit und Entwickeln einer überzeugten Haltung für die Pflege.</p> <p>a) Basis-Programm: Entwickeln von Strategien für die tägl. Pflege b) Entscheidungsfindungsrastrer: Angehörige setzten sich mit den Werten und Vorlieben auseinander und konnten anhand eines Rasters die verfügbaren Möglichkeiten für die alltäglichen Pflegeentscheide einschätzen</p> <p>6-Wochen-Programm von je 2 Stunden Unterricht pro Woche</p> <p><u>Wartekontrollgruppe</u> Kontakt mit Studienpersonal nur für Datensammlungen</p>	<p><u>Messinstrument für Distress von Angehörigen</u> 12 Skalen wurden für den Faktor Distress isoliert: Belastung, Depression, Beziehungsverlust, eingeschränkte Rollengestaltung, Selbstverlust, Pflegekompetenz, Sinnfindung, Handhabung der Pflege, Unterscheidung von positiven und negativen Gefühlen, Angst. Alle Skalen wurden so gewichtet und skaliert, dass ein höherer Wert mehr Distress bedeutet. Nach 6 Mte war die Korrelation für Stabilität des Messinstruments 0.75; nach 12 Mte 0.72. Das neue Instrument scheint in versch. Richtungen valide zu sein und wird durch den theoretischen Rahmen unterstützt. Distress als Begriff wird weiter gefasst durch bisher unbeachtete Dimensionen.</p> <p><u>Ergebnisse innerhalb der Gruppen</u> <u>Kontrollgruppe:</u> nach 6 und 12 Monaten stieg der Distress signifikant an (0.003; 0.025); signifikanter Anstieg auch bei Belastung (0.024; 0.006) und dem Gefühl der eingeschränkten Rollengestaltung (0.011; 0.31); nach 6 Mte signifikanter Anstieg (0.001) auf der BACS-Skala = Bedürfnis, mehr Kontrolle über den Demenzkranken auszuüben; <u>Interventionsgruppe:</u> Distress stieg an nach 6 und 12 Mte, aber nicht signifikant; auch Belastung und eingeschränkte Rollengestaltung; eine beinahe signifikante Änderung in der BACS-Skala = Intervention ermöglicht Vermeidung von bedrückenden Effekten der Pflege und ändert die eigene Haltung und das Verständnis gegenüber dem Dementen; weniger Bedürfnis nach ständiger Kontrolle; Bei beiden Gruppen signifikanter Kompetenzanstieg nach 6 Mte (0.000; 0.009); nach 12 Mte signifikant bei der Interventionsgruppe (0.000) nicht signifikant bei Kontrollgruppe; <u>Gruppenvergleiche</u> Interventionsgruppe signifikant weniger Distress nach 6 Mte (0.035); Bedürfnis nach weniger Kontrolle des Dementen war signifikant besser (0.016). Mittlere Effektstärke für Intervention und beinahe mittel für Distress. Resultat entspricht dem Forschungskonzept; kein signifikanter Unterschied bei Belastung. Resultate nach einem Jahr gingen in dieselbe Richtung; Effektstärke reduzierte sich; Kompetenz bei Interventionsgruppe signifikant besser (p=0.038)</p>	<p>Die Teilnehmer der Psychoedukation zeigten nach 6 Mte weniger Distress und eine verbesserte innere Einstellung zur Pflege. Kompetenz nach einem Jahr veränderte sich nicht. Da Demenz eine progressive Erkrankung ist, bedeutet bereits der Erhalt (und nicht nur eine Verbesserung) von Wohlbefinden der Angehörigen ein Erfolg. Die Analyse innerhalb der Gruppen bestätigte, dass sich Distress negativ auf die Gruppendynamik auswirkt und das ist eine Schwierigkeit bei Gemeinschaftskursen. Die Studie zeigte, dass Gruppen, die Unterricht/Training erhalten besser mit der Pflegerolle umgehen als Gruppen ohne Training.</p> <p>Ein interdisziplinäres Team ermöglichte die Entwicklung der Fähigkeiten der Angehörigen</p> <p><u>Schwäche</u> Stichprobe: guter Ausbildungsstand; vorwiegend weisse Bevölkerung; Übertragbarkeit auf andere Settings muss überprüft werden.</p> <p><u>Zukünftige Forschungen:</u> - würde Psychoedukation in einem klinischen Rahmen bessere Resultate bringen? - Umformung auf andere ethnischen und kulturellen Gruppen - Testen und Weiterentwickeln des Distress-Messinstruments (ist in Arbeit)</p> <p><u>Ethik:</u> informed consent der Angehörigen; Demente stimmten wenn möglich selber zu oder wurden von den Angehörigen vertreten.</p>

## Respite care for people with dementia and their carers

Lee, H. &amp; Cameron, M. (2004) The Cochrane Collaboration

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Systematische Review 3 RCTs</p> <p><u>Ziel</u> Positive und negative Auswirkungen von Entlastungspflege auf Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen beurteilen</p> <p><u>Evidenz</u> excellent</p>	<p>Letzte elektronische Suche im Specialized Register of the Cochrane Dementia und Cognitive Improvement Group am 11.04.2005;</p> <p>RCTs ohne Confounder, mit Entlastungspflege als Intervention für Demente und ihre Angehörigen.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnehmer mussten mit dem Dementen zu Hause leben; Demenz diagnostiziert nach Standardkriterien;</li> <li>- Alle Interventionen von Entlastungspflege, beschrieben als Dienstleistung um den Angehörigen eine Erholungspause zu bieten; zu Hause oder in einer Institution mind. 50 % der Pflegezeit</li> <li>- Kontrollgruppe</li> <li>- Messkriterien: Anzahl Heimeinweisungen; Ergebnisse für Demente; Ergebnisse für Angehörige wie Belastung, psychischer Stress, psychische und physische Gesundheit, ökonomischer Einfluss, Lebensqualität</li> </ul> <p>Von 18 Studien entsprachen 3 den Kriterien. Ausschlüsse sind dokumentiert.</p> <p><u>Angebot der Entlastungspflege in den drei Studien</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 60 Stunden in 2 Wochen (Fachkräfte kamen nach Hause; höchstens 6 Std/Tg; nach Gutdünken der Angehörigen); Kontrollgruppe keine Entlastungspflege</li> <li>2) drei Angebote für Experimentgruppe: Entlastungspflege zu Hause; Tagesbetreuung oder Betreuung in der Institution; Angehörige konnten alle Formen je nach Bedürfnis kombinieren; Bezahlung nach Einkommen; Dauer 1 Jahr; Kontrollgruppe keine Entlastungspflege, konnte aber andere verfügbaren Dienstleistungen in Anspruch nehmen.</li> <li>3) Freiwillige gehen einmal pro Woche mit dem Dementen 2.5 Std spazieren; 6 Wochen; Wartekontrollgruppe</li> </ol>	<p>Die drei RCTs vergleichen die Resultate einer Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe. Ansonsten waren die Studien unterschiedlich und schwierig zu vergleichen.</p> <p>Forscher holten bei Unklarheiten zusätzliche Informationen bei den Autoren der RCTs ein.</p> <p>Die Qualität jeder Methode in den Studien wurde beurteilt nach Randomisation, Verblindung, Stichprobe, Kontrollgruppe, Resultate und statistischer Analyse.</p> <p><u>Datenanalyse</u> Damit die Daten analysiert werden konnten, wurde statistische Voraussetzungen gefordert: statistische Zusammenfassungen (n, Durchschnitt und Standardabweichung) für jede Skala und jedes Messkriterium als Veränderung von den Basisdaten (baseline) von jeder Gruppe. Basisdaten wurden &lt; 2 Mte vor Randomisation gesammelt.</p> <p><u>Instrumente:</u> Validierte Hamiltonskala für Depression und Angst; Validierter BSI-Index (Brief symptom Inventory – Global Severity Index) zur Einschätzung von psychologischem Stress</p>	<p>Es konnten nur die Daten von zwei Studien analysiert werden; Daten der dritten Studie waren nicht in der geforderten statistischen Form dargestellt. Ein Pooling war wegen der unterschiedlichen Interventionen und Ergebnisse nicht möglich.</p> <p>Analysiert wurden 6 Ergebnisse; alle ohne signifikanten Interventionseffekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrauensaufbau</li> <li>- Emotionale Unterstützung</li> <li>- Belastung der Angehörigen</li> <li>- Depression</li> <li>- Angst</li> <li>- Psychologischer Stress</li> </ul>	<p><u>Schwäche</u> Entlastungspflege ist ein sehr weiter und nicht klar definierter Begriff; er beinhaltet verschiedene Dienste von Pflege (professionell oder informell) mit unterschiedlicher Dauer (stunden- oder tageweise).</p> <p>Verblindung war bei keiner der drei RCTs beschrieben</p> <p>Die Autoren sprechen von einem möglichen Fehler Typ 2; es gab grosse Unterschiede bei der Dauer, Intensität und Qualität der Interventionen; ob Entlastungspflege gratis ist oder bezahlt werden muss, hat einen Einfluss auf die Inanspruchnahme.</p> <p>Bei zwei Studien war die Stichprobe zu klein; Unterschiedliche Beziehung zum Dementen (in einer Studie Ehepartner; in 2 Studien nicht beschrieben); Kontrollgruppen nutzten zum Teil Dienste, die Entlastungspflege entspricht; 1 Wartekontrollgruppe</p> <p>Es können keine Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden.</p> <p><u>Zukünftige Forschungen:</u> Studien und Übersichtsarbeiten sollen sich auf einen einzelnen Typ der Entlastungspflege beschränken</p> <p>Es fehlen Ergebnisse von Dementen</p> <p>Es muss den Gründen nachgegangen werden, warum Angehörige Entlastungspflege nicht nutzen wollen (Angst der Angehörigen, dass Dementer nicht gut genug gepflegt wird? Mehr Schaden als Nutzen für den Dementen?)</p> <p><u>Ethik</u> nicht beschrieben</p>

## Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?

Pinquart, M. &amp; Sorensen, S. (2006), Int Psychogeriatr. 18(4), 577-95

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Meta-Analyse; Update mit 127 Studien</p> <p><u>Fragen - Messkriterien</u></p> <p>1. Effekt der Interventionen auf: - Belastung von Angehörigen - Depressionen - Indikator für positiv subjektives Wohlbefinden - Fähigkeiten/Wissen der Angehörigen - Symptome der Demenzen - Risiko für Heimeinweisung</p> <p>2. Vergleich der Wirksamkeit von verschiedenen Interventionen: - Ausbildung von Angehörigen - allgemeine Unterstützung - Entlastungspflege</p> <p>3. Analyse des Einflusses des Studiendesigns auf die Wirksamkeit der Intervention; Gruppenintervention versus individuelle Intervention</p> <p><u>Evidenz</u> excellent</p>	<p>Suche in Datenbanken: Psycinfo, Medline, Ageline, Psyndex; 1982-2005</p> <p><u>Einschlusskriterien für Studien</u> - Pflegeempfänger ist dement - Experiment- und Kontrollgruppe - Eine der folgenden Komponenten musste ausgewertet werden: Belastung der Angehörigen, Depression, subjektives Wohlbefinden SWB (z.B. Glück, Zufriedenheit), Wissen und/oder Coping des Angehörigen, Symptome des Demenzen, Heimeinweisung - Statistik kann in Effektstärke umgerechnet werden - Englisch, Deutsch oder eine Sprache, die vom Autor übersetzt werden konnte</p> <p>Von 178 Studien entsprachen 127 den Kriterien</p> <p><u>Charakteristik der Studien:</u> Angehörige von Pat mit Alzheimer (29 Studien), präseniler Demenz (1), Demenz allgemein (97); in 125 Studien unterstützten Angehörige den Demenzen zu Hause; Anzahl Interventionssitzungen 1-180 (median=9); Nachuntersuchungen bei 32 Interventionen nach durchschnittlich 11 Monaten. Gruppenintervention: 56%; 33% Individuell; 11% kombiniert. Experimentgruppe: N=4-4151 (m=23); Kontrollgruppe: N=4-3944 (m=22) Durchschnittsalter der Angehörigen 63.4 (S.D.=4.0) und der Pflegeempfänger 77.6 (S.D.=2.4); 2/3 der Angehörigen sind Frauen; 80% leben mit dem Demenzen; 60% verheiratet, 39% erwachsene Kinder; 64% Pflegeempfänger sind Frauen; 17% Schwarze Durchschnittliche Pflege: 3.6 Jahre (S.D.=0.8) von 83 h/Woche (S.D.=20).</p>	<p><u>Datenanalyse</u> Vergleich von verschiedenen Interventionsformen; jede Intervention ist von mindestens 5 oder mehr kontrollierten Studien überprüft worden</p> <p><u>Einteilung der Interventionen</u> in fünf Kategorien gemäss Hauptkomponente: - Ausbildung/Information (58 Studien) - Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) (10) - Beratung/Fall-Management (7) - Allg. Unterstützung (10) - Entlastungspflege (17) - Training für den Demenzen (8) - Multikomponente Interventionen (14 strukturiert; 6 unstrukturiert) - Sonstige Interventionen (8)</p> <p><u>Einfluss des Studiendesigns</u> - Gruppe versus Individuum - Dauer der Intervention - Publikationsjahr - Alter der Angehörigen - Geschlecht der Angehörigen - Beziehung zw. Angehörigem und Demenzen</p> <p>- Qualität der Studie Die Qualität der Studien wurde unabhängig von zwei Beurteilern nach fünf Kriterien kodiert (Peacock &amp; Forbes 2003; Thompson &amp; Spielsbury 2004) <u>Statistische Integration der einzelnen Resultate</u> nach Modell Lipsey &amp; Wilson, 2001. Die einzelnen Schritte sind beschrieben.</p> <p><u>Interpretation</u> der prakt. Bedeutung der Resultate nach Binomial Effect Size Display (BESD; Rosenthal, 1991) und Effektstärke nach Kriterien von Cohen, 1992.</p> <p><u>Risiko einer Heimeinweisung:</u> im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurde die Chance berechnet, innerhalb einer bestimmten Zeit in ein Heim eingewiesen zu werden oder nicht (Lipsey &amp; Wilson, 2001).</p>	<p><u>Wirksamkeit der Angehörigen-Interventionen:</u> <u>Statistische Signifikanz:</u> <u>Unmittelbar:</u> auf Belastung, Depression, SWB, Wissen/Fähigkeit der Angehörigen, Symptome des Demenzen (p=0.001) <u>Mittelfristig:</u> auf Belastung (p=0.01), Depression und Wissen/Fähigkeiten (p=0.001); wenig Verbesserung der Symptome der Demenzen; Kein Effekt auf Risiko einer Heimeinweisung <u>Effektstärke Unmittelbar:</u> klein bei Wissen/Fähigkeit, Depression, SWB, sehr klein bei Belastung und Symptome des Demenzen</p> <p>- <u>Ausbildung/Information:</u> Signifikanz auf alle untersuchten Punkte ausser Heimeinweisung; aber nur Ausbildung mit aktiver Beteiligung der Angehörigen wirkt signifikant auf Belastung (p=0.01), Depression (0.001), SWB (0.05), Wissen (0.001), Symptome des Demenzen (0.05). - <u>CBT:</u> verbessert gut Belastung (0.01) und mittelmässig Depression (0.01); zu wenig Studien für SWB und Wissen - <u>Beratung:</u> mittelmässig bei Belastung (0.001) - <u>Allg. Unterstützung:</u> verbessert SWB (0.001) - <u>Training für Demente:</u> wenig Effekt auf Symptome der Demenzen (0.05) - <u>Entlastungspflege:</u> kleiner Effekt bei Belastung (0.001), Depression (0.01), SWB (0.05) - <u>Multikomponente Interventionen:</u> keine sign. Effekte auf die Messpunkte aber sign. (0.05) verzögerte Heimeinweisung (nur bei strukturierten Interventionen) <u>Einfluss des Studiendesigns auf:</u> <u>Vermindertes Risiko der Heimeinweisung:</u> längere Interventionen, Stichprobe mehr Frauen, Verheiratete; nur bei strukturierten, Kombination versch. Interventionen (weil einige Interventionen Angehörige auf Heimeinweisung vorbereiten; zu kurze Interventionen; unaufhaltbare Progression der Alzheimer-Krankheit) <u>Verbesserung der Depression:</u> längere Interventionen, Stichprobe mehr Frauen <u>Verbesserung von Wissen:</u> Stichprobe mehr Frauen; höheres Alter <u>Verbesserung SBW:</u> nicht zutreffend bei Frauen <u>Verbesserung der Belastung:</u> besser in neueren Studien, aber höhere Studienqualität=weniger Verbesserung der Belastung im Vergleich mit früheren Studien</p>	<p>1. Interventionen für Angehörige von Demenzen haben durchschnittlich einen kleinen aber wichtigen Effekt auf die Reduktion von Belastung und Depression, verbessern Wissen/Fähigkeiten, SWB und einige reduzieren das Risiko einer Heimeinweisung. Die Qualität der Interventionen muss noch verbessert werden; gefordert werden Interventionen mit einer aktiven Teilnahme der Angehörigen unter Einbezug theoretischer Grundlagen; Intervention muss vorgängig auf das gewünschte Ergebnis angepasst werden</p> <p>2. mehr Langzeit-Messungen von positiven Aspekten und Pflegepunkten wie SWB oder Gewinn der Pflegerolle, da diese den Stress dämpfen;</p> <p>3. Erforschung individueller Unterschiede der Angehörigen</p> <p>4. Forschungen sind nötig über die Ursachen der Interventionseffekte; welche Kombination von versch. Interventionen den grössten Effekt bringt Langzeitwirkung</p> <p>Bessere Effekte bei längeren Interventionen (11 Mte) für Belastung, Depression und Wissen; aber nicht für SWB (wenig Studien) und Symptome des Demenzen</p> <p><u>Schwäche</u> Praktische und klin. Signifikanz: Zufriedenheit der Angehörigen wurde nicht analysiert; aber nach BESD zeigten 56-58% der Experimentgruppe überdurchschnittliches SWB und Verbesserung der Depression (Kontrollgruppe 42-44%); Verbesserungen sind nötig; Nicht bei allen Interventionen kurz- und langfristige Effekte vorhanden; Methoden passen nicht für alle Messpunkte; Ungleichheit der Resultate hängt vom Niveau der Preteste ab.</p> <p>Überschätzte Effekte bei nicht-randomisierten Studien, hohem Ausfall bei Kontrollgruppe, Anwendung einer statistischen Korrektur; Publikationsjahr hat nur bedingt Einfluss</p> <p><u>Ethik:</u> nicht beschrieben</p>

## Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia

Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. &amp; Livingston, G. (2006), J Affect Disord.

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Systematische Review <u>Ziele</u> Aufzeigen, welche der vielen psychologischen Interventionen hilfreich sind für pflegende Angehörige von Demenzen</p> <p>Kategorisieren von Interventionen; Qualitätsbeurteilung von Studien; bewerten aller Studien die auf die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen Dementer Einfluss nehmen; Vergleich der Effektivität der verschiedenen Interventionskategorien anhand von Empfehlungen</p> <p>Evidenz-basierte Empfehlungen abgeben für kurz- und langzeitige Wirkungen der verschiedenen psychologischen Interventionen</p> <p><u>Evidenz</u> excellent</p>	<p>Suche in Datenbanken, Cochrane Library und Handsuche in 4 Zeitschriften bis Juli 2003 Expertenbefragung für zusätzliche Artikel auch nach Juli 2003</p> <p>Studien, die den Effekt von psychologischen Interventionen bei pflegenden Angehörigen Dementer nach vordefinierten Kriterien überprüften; Primärstudien mit einer quantitativen Analyse</p> <p><u>Ausschlusskriterien</u> - pflegende Angehörige Nicht-Dementer - Interventionen mit Medikamenten oder Therapien, welche nicht explizit auf einem psychologischen Modell basierten, z.B. Aromatherapie</p> <p>Von 244 Studien entsprachen 62 den Einschlusskriterien</p>	<p><u>Datenanalyse</u> - "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)"-Richtlinien zur Beurteilung der Qualität jeder Studie: level of evidence (LOE) 1-5; unabhängige Beurteilung durch zwei Bewerter</p> <p>Einteilung der Interventionen in 6 Kategorien aufgrund des Schwerpunkts der Intervention; Kategorieinteilung wurde übernommen von früheren Reviews: - Ausbildung - Demenzspezifische Therapie (DST); Therapie für Demente aber Messung des Effektes bei Angehörigen - Coping-Strategien (CS) für Angehörige aufgeteilt in Gruppenintervention (gCS) und individuelle Intervention (iCS) - Verhaltenstechniken (BMT) aufgeteilt in Gruppen- (gBMT) und individuelle Intervention (iBMT); Intervention unterteilt in &lt;6 Sitzungen und ≥6 Sitzungen - unterstützende Therapien</p> <p>Jede Interventionskategorie wurde mit einer Empfehlung bewertet von A-D nach den Kriterien CEBM; Aussage über die Sicherheit der Resultate, ob eine Intervention wirksam ist oder nicht; unabhängige Empfehlung von zwei Bewertern</p>	<p><u>Ausbildung</u> - 16 Studien; nur 3 Studien zeigten kein negatives Resultat; Empfehlung B, dass Ausbildung keine effektive Intervention ist gegen Depression, Belastung oder Distress von Angehörigen <u>Demenzspezifische Therapie für Patienten (DST)</u> - 5 Studien; Empfehlung D, da Evidenz der Studien uneinheitlich ist; diese Therapie hilft den Angehörigen nicht <u>Coping-Strategien in Gruppen (gCS)</u> - 9 Studien; Empfehlung B für gCS gegen Depression; kurz- und langfristiger (&gt;als 3 Mte nach Intervention) signifikanter Effekt; Empfehlung C für gCS gegen Belastung da Evidenz der Studien uneinheitlich ist <u>Coping-Strategien, individuell (iCS)</u> - 7 Studien; Empfehlung B für iCS gegen Depression: kurzfristige und langfristige (3 Monate nach Intervention) Reduktion von Belastung und Depression; Empfehlung C für iCS gegen Belastung: nicht genug Studien vorhanden <u>Verhaltenstechniken in Gruppen (gBMT)</u> - 11 Studien; Empfehlung B für gBMT gegen Depression, Belastung und Distress; diese Intervention ist weder kurzfristig noch langfristig effektiv <u>Verhaltenstechniken individuell (iBMT), &lt; als 6 Sitzungen</u> - 5 Studien; Empfehlung B für iBMT: kein Effekt auf Depression, Distress oder Belastung weder kurzfristig noch nach 6 Mte; Evidenz für Effektivität nach 12 Mte ist nicht beweiskräftig, deshalb Empfehlung D <u>iBMT mehr als 6 Sitzungen</u> - 11 Studien; Empfehlung C, dass iBMT nicht wirksam ist, die Belastung von Angehörigen zu reduzieren <u>Unterstützende Therapie</u> - 9 Studien; Empfehlung B für eine unterstützende Therapie von mehr als sechs Sitzungen, dass es keine wirksame Intervention gegen Depression, Angst und Belastung ist Studien, die den Effekt von mehreren psychologischen Interventionen berechneten, wurden in mehr als einer Interventionskategorie analysiert.</p>	<p>- Beste Evidenz für iBMT bei ≥ 6 Sitzungen. Kurz- und langfristige Wirksamkeit gegen Depression von Angehörigen ist bewiesen - Gute kurz- und langfristige Evidenz für iCS und gCS gegen Depression und Belastung; - Keine Evidenz für gBMT - Resultate stimmen mit früheren systematischen Reviews überein - Gruppeninterventionen sind weniger wirksam als individuelle Interventionen Ausbildung/Wissen alleine ist unwirksam – trotzdem sollen Ärzte Wissen vermitteln, aber nicht allgemein sondern auf die Bedürfnisse des Angehörigen und die individuellen Probleme im Zusammenhang mit dem Demenzen - Unterstützende Therapien sind unwirksam gegen Depression, Angst und Belastung; Individuelle Behandlung ist billiger als Institutionalisierung; die Interventionen können individuell angepasst werden und sind einfach durchführbar. Evidenz ist vorhanden, dass ≥ 6 Sitzungen für iBMT oder iCG und gCG die psychische Gesundheit der pflegenden Angehörigen verbessert. <u>Schwächen</u> - Schwierig war, die Interventionen zu klassifizieren und in Kategorien einzuteilen. Manche Studien hatten Merkmale von verschiedenen Kategorien. Die Qualität der Interventionen konnte nur anhand der Anzahl Sitzungen eingeschätzt werden. Künftige Forschungen sollten die Intervention dichter beschreiben oder ein Manual abgeben, damit die Behandlung effektiv wiederholt werden kann. - Nur 10 Studien mit LOE 1; Studien mit guter Qualität fehlen - Einfluss von Medikamenten wurde nicht berücksichtigt - Andere Resultate wie subjektives Wohlbefinden und verbessertes Wissen wurden nicht gemessen <u>Ethik</u>: nicht beschrieben</p>

## Carer-held records for dementia: a controlled trial

Simpson, R., Wakefield, P., Spiers, N., Jagger, C. &amp; Lindsay, J. (2006); Int Psychogeriatr. 18(2); 259-68

Design/ Ziel/ Evidenzgrad	Setting/ Stichprobe	Art der Intervention	Methode	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen/ Stärken/ Schwächen/ Ethik
<p><u>Design</u> Interventionsstudie Kontrollierte Parallelgruppen</p> <p><u>Ziel</u> Ziel ist zu messen, ob das Instrument „Aufzeichnungen für Angehörige von Demenzen“ einen messbaren Nutzen zeigt auf das Wissen über Demenz, Stress, Belastung, Gesundheit und Grad der Selbstkontrolle bei den Angehörigen</p> <p><u>Evidenz</u> genügend</p>	<p>Neuüberweisungen seit Oktober 1996 an zwei psychosoziale Dienste bzw. Teams.</p> <p>Interventionsgruppe: Teilnehmer (TN) des Teams 1</p> <p>Kontrollgruppe: TN des Teams 2</p> <p>Keine Randomisation möglich, da im selben Team eine unterschiedliche Behandlung zu viele Fehlerquellen beinhaltet.</p> <p>In beiden Gruppen waren das Gesundheitsversorgungssystem, das Administrationsverfahren und die Philosophie dieselben; Charakter der TN waren ähnlich</p> <p><u>Stichprobe</u> <u>Baseline:</u> 84 Paare (Patient/Angehöriger); 38 Interventionsgruppe; 46 Kontrollgruppe. <u>Nach 1 Jahr:</u> 21 Intervention und 30 Kontrollgruppe mit vollständigen Daten wurden analysiert ; Ausfälle dokumentiert (<math>X^2=0.5</math>)</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> - Regelmässiger Kontakt mit einem Angehörigen, der ein Familienmitglied regelmässig bei notwendigen ATLs unterstützt; zusammenleben nicht notwendig; - Familienmitglied hat eine diagnostizierte Demenz; - Zuhause lebend bei Beginn des Projekts; - Muttersprache Englisch</p>	<p><u>Interventionsgruppe</u> TN wurden vom Team über Philosophie und Benutzung der Aufzeichnungen angeleitet. Die Unterlagen bestanden aus einem Ordner mit drei Abteilungen: eine für Eintragungen von der Familie bzgl. Angehöriger/Patient, der zweite für die Fachpersonen und freiwilligen Helfer, und ein separates Tagebuch für den Angehörigen. Die Aufzeichnungen blieben zuhause beim Angehörigen. Er wurde zusammen mit den Fachpersonen in die Pflegeplanung einbezogen.</p> <p>Ein Forscher besuchte Angehörigen und Demenzen zuhause um das Einverständnis einzuholen und die Messkriterien für die Baseline zu vervollständigen; Angehörige erhielten die Themen für die Aufzeichnungen, Information und Ratschläge; Nach der Intervention Kontakt mit Angehörigen nur zur Datensammlung nach 6 und 12 Mte.</p> <p><u>Kontrollgruppe:</u> Keine Aufzeichnungen</p>	<p><u>Datenerhebung</u> Baseline, 6 und 12 Mte</p> <p><u>Messkriterien und Instrumente</u> - Wissen: Dementia Knowledge Questionnaire (Graham et al., 1997) - Stress und Belastung der Angehörigen: Caregiver Strain Index (CSI) (Robinson, 1983); 4 Teilbereiche der Carer Stress Scale (CSS) (Pearlin et al., 1990) - Gesundheit der Angehörigen: General Health Questionnaire, 28-item (Goldberg&amp;Hillier, 1972); General Health Survey, 36-item (Ware&amp;Sherbourne, 1992) - Grad der Selbstkontrolle (intern, extern, zufällig): Locus of Control Scale (Lau&amp;Ware, 1981; Rotter, 1966); - Schweregrad der Demenz: Crichton Behavioral Scale (Robinson, 1961); Global Deterioration Scale (Reisberg, 1982)</p> <p><u>Analyse:</u> ANOVA Baseline-Daten als Kovariate einbezogen;</p>	<p><u>Belastung:</u> signifikanter Unterschied (<math>p=0.03</math>) für die Interventionsgruppe nach 12 Mte</p> <p><u>Grad der Selbstkontrolle:</u> Einfluss externer Faktoren: Interventionsgruppe hatte signifikant weniger das Gefühl einer externen Steuerung als die Kontrollgruppe (<math>p=0.01</math>).</p> <p>Zufällige Faktoren: bei der Kontrollgruppe stiegen die Werte zwischen 6 und 12 Mte an, während sich bei der Interventionsgruppe der Wert in dieser Zeit reduzierte (<math>p=0.05</math>).</p> <p>Einfluss interner Faktoren: Die Interventionsgruppe zeigte zwischen dem 6. und 12. Mte einen signifikant höheren Wert der Selbstkontrolle in der Pflege an (<math>p=0.04</math>); der Wert der Kontrollgruppe reduzierte sich.</p> <p>Nach 6 und 12 Mte keine Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. physische und psychische Gesundheit der Angehörigen, Kenntnis über Demenz oder Stress.</p>	<p>Dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen im Wissen von Demenz gab, ist darauf zurück zu führen, dass Angehörige, wenn sie ein Jahr lang Kontakt mit Spezialisten haben, so oder so ihr Wissen erweitern, unabhängig von einem weiteren Instrument wie z.B. CHR.</p> <p>Mit den eingesetzten Instrumenten konnte kein Einfluss der Intervention auf die Gesundheit der Angehörigen festgestellt werden. Pflege ist nur ein Bereich, der Gesundheit beeinflussen kann.</p> <p>Stressmessung mit den zwei Skalen CSI und CSS ergaben unterschiedliche Resultate. Antwortmodus hatte Einfluss auf Resultat.</p> <p>Die Angehörigen benutzten die Aufzeichnungen in sehr unterschiedlichem Ausmass; die Fachleute waren unterschiedlich engagiert.</p> <p>Das Instrument eignet sich besser als Prävention in einem frühen Stadium; die Demenzen in dieser Studie hatten einen Durchschnittswert von 5 auf der 7stufigen Reisbergskala (GDS).</p> <p><u>Schwäche</u> Poweranalyse: 70 TN pro Gruppe nicht erreicht; Keine Randomisierung. Möglichkeit von Fehler Typ II</p> <p><u>Zukünftige Forschungen:</u> Effekt der Intervention bei einem frühen Demenzstadium untersuchen; Zusammenhang beurteilen von Stressreduktion der Angehörigen auf deren Lebensqualität. Es muss erforscht werden, ob ein besseres Gefühl der Selbstkontrolle Angehörige zum Handeln ermächtigt.</p> <p><u>Ethik:</u> Zustimmung der ethischen Kommission; informed consent der Teilnehmer.</p>