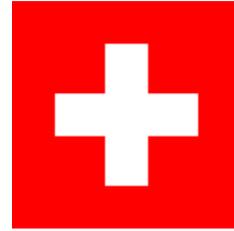




Médecine Interne Gériatrie



Demenz: Rolle der Angehörigen und der Pflege und Betreuung zu Hause

philippe.chassagne@chuv.ch

Once upon a time ...



Frau 81-jährig, ehemalige Buchhalterin, verheiratet.

Anamnese : HTA, Diabetes Typ 2, Arthrose, Arrhythmie, Übergewicht, seit 18 Monaten leichte Alzheimererkrankung.

Medikamente : Amlodipine, Lisinopril, Atorvastatine, Metformine, Sulfamides

Beschwerde : morgentliches Unwohlsein.

Wenn Sie an Hypoglykämie denken	Und finden: IAVQ 2/4	Diese information führt zur Hypothese: -2 -1 0 +1 +2
---------------------------------------	-------------------------	---

- 2 : fast unmöglich
- 1 : wenig wahrscheinlich
- 0 : weder noch
- +1 : möglich
- +2 : nahezu sicher

Date : _____

Nom du patient : _____

Cachet du médecin

I.A.D.L. DÉPISTAGE

CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE

Cotation

1. Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...

2. Je compose un petit nombre de numéros bien connus.

3. Je réponds au téléphone, mais n'appelle pas.

4. Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

CODAGE

0. autonome
1. dépendant

MOYEN DE TRANSPORT

Cotation

1. Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).

2. Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus.

3. Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e).

4. Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).

5. Je ne me déplace pas du tout.

CODAGE

0. autonome
1. dépendant

RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS

Cotation

1. Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.

2. Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.

3. Je suis incapable de les prendre de moi-même.

CODAGE

0. autonome
1. dépendant

CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET

Cotation

1. Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...).

2. Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).

3. Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

CODAGE

0. autonome
1. dépendant

Frau 81-jährig, ehemalige Buchhalterin, verheiratet.

Anamnese : HTA, Diabetes Typ 2, Arthrose, Arrhythmie, Übergewicht, seit 18 Monaten leichte Alzheimererkrankung.

Medikamente : Amlodipine, Lisinopril, Atorvastatine, Metformine, Sulfamides

Beschwerde : morgentliches Unwohlsein.

Wenn Sie an Hypoglykämie denken	Und finden: Wochenspender für die Medikamente	Diese information führt zur Hypothese:
		-2 -1 0 +1 +2

-2 : fast unmöglich

-1 : weniger wahrscheinlich

0 : weder noch

+1 : möglich

+2 : nahezu sicher

Frau, 84-jährig, ehemalige Buchhalterin, verheiratet.

Anamnese: HTA, Diabetes Typ 2, Arthrose, Arrhythmie, Übergewicht. Seit 5 Jahren mittelschwere Alzheimererkrankung. Aggressiv gegen Ehemann, anterograde Amnesie, Anosognosie, Autonomieverlust (Medikamente, Alltagsmanagement), dysexekutives Syndrome (Kochen, Einkaufen).

Sie befürchten einen Erschöpfungszustand des pflegenden Angehörigen (Ehemann) und schlagen ihm vor:

- Realisierung eines Mini-Zarit
- Abklärung einer Depression
- Abklärung einer Unterernährung
- Klärung ob die Diagnose verstanden ist
- Aufbau eines Unterstützungsnetzes mit Sohn

Er... ist er erschöpft?



- Er ist erschöpft und dies ist auch erkenntlich und messbar dank einem Instrument...

GRILLE MINI – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Patient (Nom - Prénom):

N° SS :

Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):

*Revel Da Rocha V
L'année gérontologique 2002*

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent

0 ½ 1

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il : | | | |
| • des difficultés dans votre vie familiale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Interprétation :

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7

Fardeau absent
ou léger

Fardeau léger
à modéré

Fardeau modéré
à sévère

Fardeau
sévère

Frau, 84-jährig, ehemalige Buchhalterin, verheiratet.

Anamnese: HTA, Diabetes Typ 2, Arthrose, Arrhythmie, Übergewicht. Seit 5 Jahren mittelschwere Alzheimererkrankung. Aggressiv gegen Ehemann, anterograde Amnesie, Anosognosie, Autonomieverlust (Medikamente, Alltagsmanagement), dysexekutives Syndrome (Kochen, Einkaufen).

Sie befürchten einen Erschöpfungszustand des pflegenden Angehörigen (Ehemann) und schlagen ihr vor:

- A. Realisierung eines NPI r
- B. Abklärung betreffend einer Verwirrung
- C. Abklärung betreffend einer Unterernährung
- D. Anfrage betreffen Eintritt in CAT
- E. Verschreiben eines sedativen Neuroleptikas

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60



Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Elderly Adults at Time of Hospitalization: A Cross-Sectional Analysis

*Kalpana N. Shankar, MD, MSc, MSHP,^{a,b} Karen B. Hirschman, PhD, MSW,^{c,d,e}
Alexandra L. Hanlon, PhD,^{c,d} and Mary D. Naylor, PhD, FAAN, RN^{c,d,e,f}*

J Am Geriatr Soc 62:276–284, 2014.

Vorgehen

- Inklusion: Alter > 65 Jahre + **kognitive Probleme** + pflegende Bezugsperson + Rückkehr nach Hause geplant
- Status:
 - Krankheit : Klärung der Demenzdiagnose, kognitive Probleme (MMSe, Clock Drawing Test), Verwirrung (CAM), TPC (NPI)
 - Bezugsperson: Belastung ++ (« Caregiver Burden Inventory »), angepasstes Management der Symptome

n = 495 « Paare »
Patient-Bezugsperson

Patient	n (%)
Demenz	88 (17.8)
Verwirrung	115 (23.2)
MMSe (median)	23
ADL (median)	6
NPI (durchschnittlich)	5.2 ± 5.9 (0/30)

**multivariable Analyse (Variable :
 Belastung der Bezugsperson)**

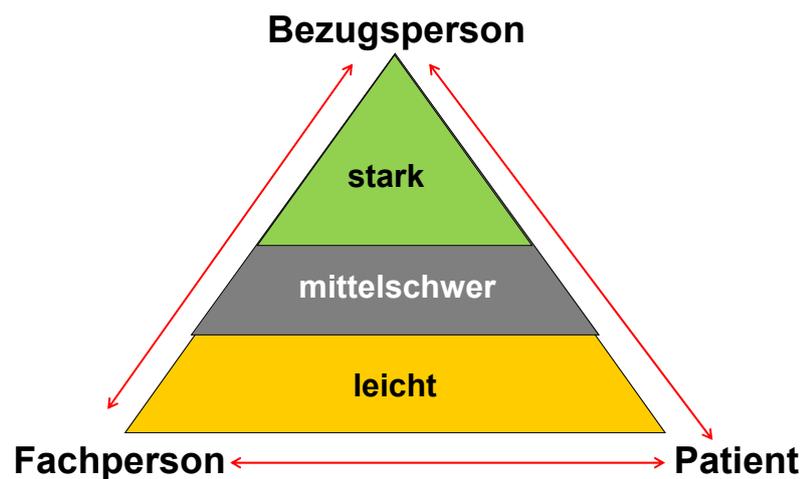
Bezugsperson	Koeffizient β
- Hohes Alter + 5 Jahre	- 0.12
- Ehepartner/in	+ 4.5
- Kind	+ 2.5
- geringe finanzielle Ressourcen	+ 4.71
- Bildungsniveau	- 0.23
- erkennbare Depression	+ 9.2
Patient	
- TPC (+ 1 pt NPI)	+ 0.15
- Verwirrung	4.97
- Abhängigkeit (+ 1 Pkt ADL)	- 1.07



Demenz-Syndrome

- Besonderheiten
 - Epidemiologie
 - Gründe, Phenotypen
 - Entwicklung, Verlauf
- Versorgungsmodelle und ihre Vorteile

Demenz-Syndrom: Stadien



The Economic Burden Of Alzheimer's Disease Care

by Dorothy P. Rice, Patrick J. Fox, Wendy Max, Pamela A. Webber,
David A. Lindeman, Walter W. Hauck, and Ernestine Segura

Health Affairs 1993

Epidemiologie: Gesundheitskosten

- Studie in den USA, jährliche formale und informelle Kosten (1993): 45 000 US \$ für eine erkrankte Person. Diese Kosten sind vergleichbar, unabhängig ob die Person in einer Institution oder zu Hause lebt. Die Rate informelle Kosten/formale Kosten beträgt $\frac{3}{4}$ für Personen die zu Hause leben.

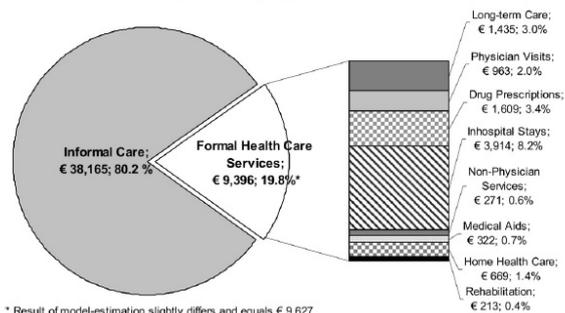
Personen mit Demenz die zu Hause leben, 383 Patienten (≥ 65 Jahre). Deutschland

Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage

Larissa Schwarzkopf^{1,*}, Petra Menn, PhD¹, Simone Kunz, PhD¹, Rolf Holle, PhD¹, Jörg Lauterberg, PhD², Peter Marx³, Hilmar Mehlig⁴, Sonja Wunder, PhD⁵, Reiner Leidl, PhD¹, Carolin Donath, PhD⁶, Elmar Graessel, PhD⁶

¹Helmholtz Zentrum München/Institute of Health Economics and Health Care Management, Neuherberg, Germany; ²Federal Association of the AOK, Berlin, Germany; ³Pfizer Deutschland GmbH, Berlin, Germany; ⁴Eisai GmbH, Frankfurt, Germany; ⁵AOK Bavaria – Health Insurer, Nuremberg, Germany; ⁶University Hospital Erlangen/Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Erlangen, Germany

Yearly cost per community living patient from societal perspective - adjusted for age, gender and cluster-effects



* Result of model-estimation slightly differs and equals € 9,627

Fig. 1 – Costs components (in Euros) of dementia care from societal perspective adjusted for age, gender, and cluster-effects according to the generalized linear mixed model with gamma distribution.

VALUE IN HEALTH 14 (2011) 827–835

Annals of Internal Medicine

ARTICLE

Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer Disease

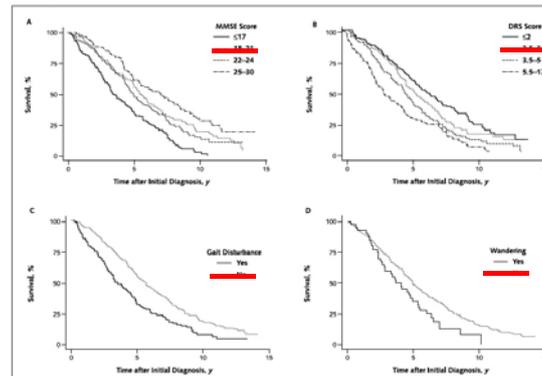
Eric B. Larson, MD, MPH; Marie-Florence Shadlen, MD; Li Wang, MS; Wayne C. McCormick, MD, MPH; James D. Bowen, MD; Linda Terl, PhD; and Walter A. Kukull, PhD

Ann Intern Med 2004

Alzheimer: Lebensjahre nach Diagnose

- Lebensjahre median nach der Diagnose (Jahre):
4.2 Männer, 5.7 Frauen (tiefer als in den USA)

Figure. Kaplan-Meier survival estimates.



A. By Mini-Mental State Examination (MMSE) score category. B. By Dementia Rating Scale (DRS) category. C. By presence or absence of gait disturbance. D. By presence or absence of wandering.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study

Claudia L. Satizabal, Ph.D., Alexa S. Beiser, Ph.D., Vincent Chouraki, M.D., Ph.D.,
Geneviève Chêne, M.D., Ph.D., Carole Dufouil, Ph.D., and Sudha Seshadri, M.D.

N ENGL J MED 374:6 NEJM.ORG FEBRUARY 11, 2016

Heutiger Wissensstand:

- Demenz: Hauptursache für Autonomieverlust und Abhängigkeit
- Kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung (+ ein Trimester jedes Jahr)
- Publikationen: Verringerung der Inzidenz (neue Fälle nach Zeiteinheit und Ort)

Vorgehen

- Studie Framingham initiiert in 1948, periodische Beobachtung, 32 aufeinanderfolgende Schnitte
- Seit 1979 : systematische Überwachung der Kognition der Personen ≥ 65 Jahre
- **Ziel: Analyse und Vergleich der Inzidenz der Demenz-Syndrome pro Dekade**

Resultate (1)

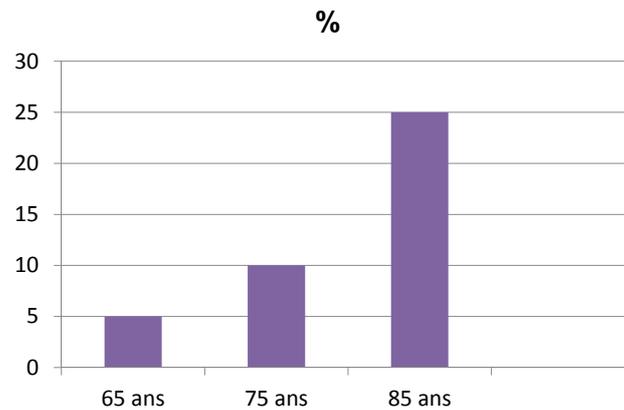
Table 2. Temporal Trends in the Incidence of Dementia.*

Subtype	No. of Cases	Total No. of Observation Periods	5-Yr Cumulative Hazard Rate (95% CI)†				5-Yr Hazard Ratio (95% CI)‡				P Value for Trend
			Epoch 1	Epoch 2	Epoch 3	Epoch 4	Epoch 2	Epoch 3	Epoch 4	Trend§	
Overall dementia	371	9015	3.6 (2.9–4.4)	2.8 (2.2–3.5)	2.2 (1.8–2.8)	2.0 (1.5–2.6)	0.78 (0.59–1.04)	0.62 (0.47–0.83)	0.56 (0.41–0.77)	0.80 (0.72–0.90)	<0.001
Alzheimer's disease	264	9015	2.0 (1.5–2.6)	2.0 (1.5–2.6)	1.7 (1.3–2.3)	1.4 (1.0–1.9)	1.00 (0.70–1.43)	0.88 (0.62–1.25)	0.70 (0.48–1.03)	0.88 (0.77–1.00)	0.052
Vascular dementia	84	9014	0.8 (0.6–1.3)	0.8 (0.5–1.2)	0.4 (0.2–0.7)	0.4 (0.2–0.7)	0.89 (0.51–1.56)	0.46 (0.25–0.86)	0.45 (0.23–0.87)	0.71 (0.56–0.90)	0.004

Resultate (2)

- Seit 1979: Abnahme der neuen Fälle (Alzheimer) um 22%, aber keine feststellbar betreffend vaskulärer Demenzerkrankungen
- Dieser Rückgang ist höher bei Personen mit einem guten Bildungsniveau.
- erklärende Faktoren: Kontrolle des kardio-vaskulären Risikos: HTA, FA, AVC, HCT...
- aber....

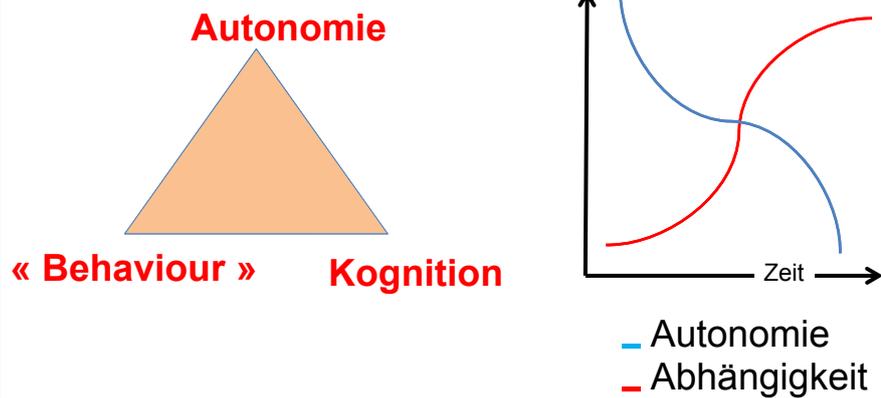
Prevalenz und gesellschaftliche Auswirkung von Alzheimer +++



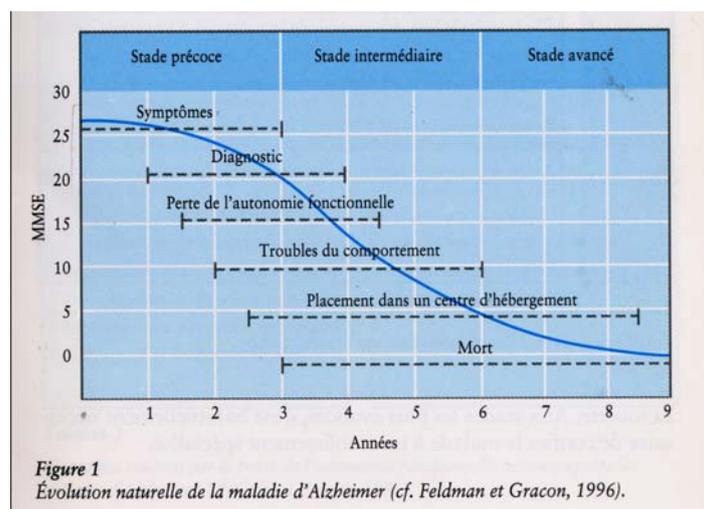
Demenz-Syndrome: Ursachen, Phentypen

- Alzheimer: häufigste Erkrankung, chronisch, Beginn und Verlauf fortschreitend
- vaskuläre Demenz: vaskuläre Polypathologien (AVC), Verlauf in Stufen
- Andere: "Dementia with Lewy bodies", (DLB) oder frühzeitige Schlaf- und Gleichgewichtsprobleme, Frontallappen-Demenzen (Verhalten +++)

Demenz-Syndrome: Entwicklung der Symptome



Alzheimererkrankung braucht eine zeitlich variable Betreuung



Faktoren nach Stadien von Alzheimer

	leicht	mittel	stark
Ankündigung/ Stress	++	-	-
Sicherheit (Medikamente)	+	++	+++
Rechtlicher Schutz	-	+	++
Autonomie	++	+	+++
Abhängigkeit	-	+	+++
Verhalten	-	+	+++
Befindlichkeit	++	++	+

Die Betreuung ist multi-dimensionell und immer multi-professionell

beibehalten	managen
Autonomie (Urteilkraft)	Befindlichkeit (Depression)
Gesundheit (Komorbiditäten)	Verhalten
Lebensqualität	Verwirrung
Leben zu Hause	Eintritt in Institution
Ernährung	Ankündigung der Diagnose
Kommunikation	Ernährung
Bezugsperson(en)

4 wichtige Regeln

- multi-dimensionelle und periodische Evaluation des Betroffenen
- Koordination der involvierten Akteure zu Hause (Interprofessionalität und Synergien)
- Evaluation zusammen mit der Bezugsperson
- Ist das Leben zu Hause (noch) möglich?



Demenz-Syndrome

- Besonderheiten
 - Epidemiologie
 - Ursache, Phentypen
 - Entwicklung, Verlauf
- Versorgungsmodelle und ihre Vorteile




Effectiveness of a specific care plan in patients with Alzheimer's disease: cluster randomised trial (PLASA study)

Fati Nourhashemi, geriatrician,^{1,2,3} Sandrine Andrieu, epidemiologist,^{1,2,3,4} Sophie Gillette-Guyonnet, research worker,^{1,2,3} Bruno Giraudeau, statistician,^{5,6,7} Christelle Cantet, statistician,^{2,3} Nicola Coley, research worker,^{2,3} Bruno Vellas, geriatrician^{1,2,3} on behalf of the PLASA Group

Cite this as: *BMJ* 2010;340:c2466
doi:10.1136/bmj.c2466

Vorgehen

- Umfassendes Versorgungsmodell (« Comprehensive Specific Care »)
- Outcome : funktionaler Verlust (ATL)
- Gemeindebevölkerung, Versuch in 50 Zentren, 1'137 Patienten mit Alzheimer (Ø Alter: 80 J., MMSe: 19), 2 randomisierte Gruppen (Intervention gegen übliche Versorgung), Dauer 24 Monate
- Intervention: Schulung der Bezugsperson, Förderung von Ansätzen der Ernährung, Bewegung, Beziehung, Emotionen, Nebenwirkungen von Medikamenten, personelle Ressourcen.

Resultate

Results At two years the assessment was completed by 58.4% (n=335) of patients in the intervention group and 61.6% (n=343) in the control group. The rate of functional decline at two years did not differ between the groups.

Anderes multi-dimensionales Projekt

Olsen et al. *BMC Geriatrics* (2016) 16:137
DOI 10.1186/s12877-016-0312-4

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study

Voraussetzung

- Querschnittstudie
- Verschiedene Messungen: Lebensqualität (QoL) , Kognition, körperliche Fähigkeiten, soziale Kontakte, Medikamente
- Vergleich von zwei Personengruppen : zu Hause / im Heim
- Fokus : QoL nach Lebensort

Resultate

Table 2 Quality of life, medication, use of walking aids, social contact, and ActiGraph data stratified on CDR, mean (SD)

	Mild dementia			Moderate dementia			Severe dementia		
	NH	Home-dwelling	p-value*	NH**	Home-dwelling	p-value	NH	Home-dwelling	p-value
Quality of life	18.86 (6.41)	14.89 (3.74)	0.022	21.94 (6.22)	16.66 (4.37)	<0.001	26.95 (6.94)	18.67 (5.82)	0.009
Walking aids (%)	57.1	47.9	.265	70.6	25.5	<0.001	70.3	33.3	0.004
Social contact weekly (%)	42.9	97.9	<0.001	81.8	90.4	0.004	74.3	80.0	0.058
Sleep patterns									
Sleep during night-time (%)	76.68 (16.54)	79.43 (11.52)	0.579	76.77 (15.51)	79.22 (12.84)	0.453	75.95 (14.68)	86.86 (3.76)	0.111
Total sleep time in minutes	322.04 (69.45)	333.61 (48.37)	0.579	322.41 (65.16)	333.07 (53.96)	0.438	318.99 (61.64)	364.81 (15.77)	0.111
WASO*** (minutes)	92.84 (68.17)	75.71 (37.94)	0.323	89.75 (59.95)	75.02 (48.94)	0.242	93.84 (57.87)	53.47 (16.90)	0.135
Wake > 5 min	4.61 (2.78)	4.31 (1.74)	0.694	4.88 (2.61)	4.16 (2.50)	0.229	4.49 (3.04)	3.20 (1.83)	0.363
Activity pattern									
Sedentary (%)	41.44 (21.17)	43.01 (14.27)	0.800	47.63 (16.67)	43.71 (15.14)	0.281	58.06 (20.76)	48.2 (15.52)	0.317
Light (%)	52.55 (17.95)	50.26 (10.8)	0.634	49.74 (14.21)	50.12 (12.17)	0.900	40.62 (19.58)	49.15 (14.35)	0.357
Moderate (%)	6.01 (7.8)	6.73 (6.8)	0.797	2.63 (4.72)	6.17 (5.36)	0.003	1.32 (2.08)	2.65 (2.05)	0.191
Light exposure (lux av. counts)	93.49 (102.91)	142.55 (211.55)	0.551	39.12 (44.39)	171.84 (275.17)	0.010	37.28 (36.63)	300.15 (328.12)	<0.001
Psychotropic medication	1.17 (0.98)	0.54 (0.61)	0.042	1.17 (1.09)	0.32 (0.60)	<0.001	1.06 (0.88)	0.40 (0.89)	0.126

Notes: *p < 0.05 (level of significance); ** nursing home, *** wake after sleep onset

Wer profitiert von diesen interventionellen Programmen: Patienten, Umfeld?



Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease

Mary S. Mittelman, DrPH; William E. Haley, PhD; Olivio J. Clay, MA; and David L. Roth, PhD

NEUROLOGY 2006;67:1592-1599

Voraussetzungen

- Bei einer Demenzerkrankung ist das Risiko eines Heimeintritts 5x höher¹
- Pflegende Angehörige sind meist nahe Verwandte, oft Ehepartnerinnen
- Die Alternative (zum Heim) ist das Zuhause bleiben, dies ist ohne formelle und informelle Bezugspersonen unmöglich.
- Auswirkung auf pflegende Angehörige: Verzweiflung, Depression, Belastung.
- Entlastungsprogramme für pflegende Angehörige sind unterschiedlich und wenig wirkungsvoll²

¹ Schultz R Jama 2004;292:961-67
² Brodaty H JAGS 2003;51:657-64

Methoden

- Studie RCT, 406 Binome (Patient und pflegende Bezugsperson), Dauer 9,5 Jahre
- Verschiedene Gespräche mit Bezugsperson und in Selbsthilfegruppen, telefonische Begleitung und Unterstützung
- Messungen :
 - Zeitpunkt des Heimeintritts: Vergleich begleitete Gruppe mit Kontrollgruppe (übliche Pflege und Betreuung)
 - Häufigkeit und Stärke der Depression bei Bezugsperson

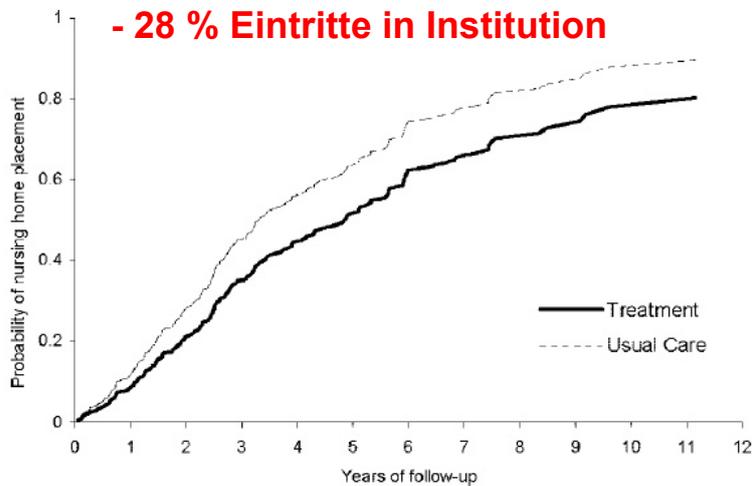


Figure 2. Probability of nursing home placement (1 – survival probability) as estimated from a Cox proportional hazards model. Curves are depicted for each intervention group at the mean value of the covariates.

Resultate

- Abnahme der Heimeintritte
- Verzögerung des Eintrittes um 557 Tage
- Zwei Drittel des Gewinns sind zurückzuführen auf:
 - Zufriedenheit der Bezugsperson, welche soziale Unterstützung erhalten hat
 - besseres Management der Verhaltensstörungen des Erkrankten
 - Behandlung des depressiven Zustandes der Bezugsperson



Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease

A Randomized Controlled Trial

Linda Teri, PhD *JAMA. 2003;290:2015-2022*

Arbeitshypothese

Hat die Implementierung eines Trainingsprogrammes (für den Patienten) und gleichzeitig eine Schulung (für die Bezugsperson) Einfluss auf:

- Abhängigkeit des Patienten
- Depression der Bezugsperson (Häufigkeit nach Litteratur: 17- 86 % ¹)
- Moment des Heimeintritts

¹ Teri J J Consult Clin Psychol 1992;60:379-391

Methode

- Studie RCT, 2 Jahre, n = 153 Alzheimerfälle, Alter (ø 78 Jahre) , 63 % Männer, 82 % verheiratet, MMSe = 17/30 (im ø), krank seit: 4 - 5 Jahre, 20 % Psychopharmaka
- Pflegende Bezugsperson (Binom): ø 70-jährig (24-91), 74 % Frauen, 79 % Ehepartnerinnen

Resultate

- M3: in der Interventionsgruppe der Erkrankten:
 - Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Mobilität (≥ 60 Min./ Woche) : 2,82 (OR)
 - Wahrscheinlichkeit einer längeren Bettlägerigkeit oder einer Reduzierung von Tagen ohne Mobilisierung : 3,10 (OR)
- M24: Mobilität bleibt besser (nachhaltiger Nutzen) in der Interventionsgruppe, keine Veränderung betreffend Anzahl von Heimeintritten



Take home messages

Optimale Versorgung einer an Demenz erkrankten Person (1)

- Informationsfluss
- Periodische Evaluation der Bedürfnisse bzw. der Symptome
- Unterstützung der Bezugsperson(en), welche selber ein gewisses Alter haben
- Pluridisziplinarität, Pluriprofessionalität
- Einschätzung des Erschöpfungszustandes und der Befindlichkeit der Bezugsperson(en)

Optimale Versorgung einer an Demenz erkrankten Person (2)

- Optimale Versorgung nach Stadien der Krankheit
- angepasste Programme nach Stadien der Krankheit
- Bewertung der Ergebnisse über eine längere Zeitdauer
- Institution soll weder Hindernis noch Lösung sein
- Pflegen und betreuen ohne Anspruch auf « **gesundmachen** », gleichzeitig die Gesundheit und das Befinden der involvierten Personen berücksichtigen.



**DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT
UND IHREN FREUNDLICHEN EMPFANG**