

Downloadmaterialien

- Beurteilung der Deliergefährdung: Confusion Assessment Method (CAM)
- Infoblatt Neuroleptika bei Delir
- Globale pflegerische Einschätzung des Suizidrisikos
- Dekubitusprophylaxe: Risikoeinschätzung nach Braden
- Grundregeln für einen gesunden Schlaf
- Fragen zur Belastung von pflegenden Angehörigen
- Ist die Einrichtung für Demenzkranke geeignet?

Weitere wichtige Assessmentinstrumente finden sich auf der Seite des Kompetenznetzwerks Geriatrie (www.kcgeriatrie.de) unter dem Stichwort Info-Service, z.B. diese im Buch genannten:

- Timed »Up & Go«-Test
- Erhebungsbogen der sozialen Situation nach Nikolaus
- Uhrentest
- Mini-Mental Status-Test (MMST)

Neben den Instrumenten gibt es auch Hintergrundinformationen und Interpretationshilfen.

Confusion Assessment Method

| Kriterien | ja | nein |
|--|----|------|
| Akuter Beginn | | |
| Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die Veränderung des geistigen Zustands akut aufgetreten ist? | | |
| Störungen der Aufmerksamkeit | | |
| Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben (Zahlensubtrahieren, Rückwärtsbuchstabieren) oder den Fragen zu folgen, kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? | | |
| Ist der Patient leicht ablenkbar oder zerstreut? | | |
| Ist die Aufmerksamkeit des Patienten auf etwas Bestimmtes (Irrelevantes) eingeeengt? | | |
| Fluktuiert die Aufmerksamkeit, zeigt der Patient eine Konzentrationsschwäche? | | |
| Desorganisiertheit des Denkens | | |
| Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? | | |
| Kommt es zu Gedankenkreisen, Grübeln, Sinnieren, also Perseverationen des Denkens? | | |
| Reißen Gedankengänge plötzlich ab? | | |
| Ist das Denken beschleunigt, gibt es eine Vielzahl von Einfällen, die ablenken (häufiger Wechsel oder Verlust des Denkziels, Weitschweifigkeit)? | | |
| Sind die Gedanken vage, unklar, unlogisch oder unverständlich? | | |
| Quantitative Bewusstseinsveränderung | | |
| Hypervigilanz, Benommenheit oder Müdigkeit, Somnolenz, Sopor, Koma? | | |
| Desorientierung | | |
| Desorientierung zur Zeit, Ort oder Person? | | |
| Gedächtnisstörung | | |
| Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses? | | |

| Kriterien | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wahrnehmungsstörung | | |
| (Befragung und Beobachtung des Patienten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychomotorische Auffälligkeiten | | |
| Wirkt der Patient verlangsamt hinsichtlich Reaktionszeiten oder Redefluss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirkt der Patient hyperaktiv (Beschleunigung des Redeflusses, nesteln, motorische Unruhe, Schreckhaftigkeit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommt es während des Interviews zu auffälligem Wechsel zwischen Hypo- und Hyperaktivität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geänderter Schlaf-Wach-Rhythmus (Kurvendokumentation, Pflegebefragung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eine Kombination mit MMST ist sinnvoll, aber nicht zwingend erforderlich, bei Mehrfach-Untersuchung empfiehlt sich eine Parallelversion.

© Deutsche Operationalisierung der CAM in Anlehnung an Inouye 1990:
Dr. Christine Thomas und Dr. Ute Hestermann

Mittagessen

Um welche Zeit wurde das Mittagessen eingenommen? _____

Wurde für das Mittagessen im Alltag speziell aufgedeckt? _____

Gab es Getränke zum Mittagessen? _____

Gab es Suppenteller und anschließend flache Teller? _____

Wie wurde das Mittagessen gestaltet? _____

Gab es zu bestimmten Wochentagen ein besonderes Mittagessen? _____

Was wurde an Sonntagen hauptsächlich zum Mittagessen gekocht? _____

Gab es nach dem Mittagessen Kaffee? _____

Abendessen

Wann wurde das Abendessen eingenommen? _____

Gab es warmes Essen oder eher kaltes Abendessen? _____

Welche Abendessen wurden während der Woche angeboten? _____

Gab es besondere Abendessen am Wochenende? _____

Besondere Anlässe

Wurde an Sonn- und Feiertagen speziell aufgedeckt? _____

Welche Traditionen wurden zu welchen Mahlzeiten gepflegt? _____

Was wurde Ostern gegessen? _____

Was wurde traditionell am Heiligen Abend gegessen? _____

Gab es an Weihnachten »das Familiengericht«? _____

Welche traditionellen Gerichte wurden an Silvester gegessen? _____

Gibt es diese Gerichte nun bei den Kindern des demenziell Erkrankten auch? _____

Diese Essbiografie basiert auf dem Buch von Markus Biedermann (2003),
Essen als Basale Stimulation, und wurde von Jochen Wagner und Christian Kolb
für das Alzheimerforum bearbeitet.

Infoblatt Neuroleptika bei Delir

| Substanz | Zielsymptomatik, Indikationsgebiet | Dosierung* Startdosis (übliche Tagesdosen) Besonderheiten | Anmerkungen |
|---|---|---|--|
| Haloperidol | <ul style="list-style-type: none"> psychotische Symptomatik psychomotorische Unruhe | 0,5–1 (2–6) mg auch intravenös oder intramuskulär möglich | Kontraindikationen: <ul style="list-style-type: none"> Morbus Parkinson Demenz mit Lewy-Körperchen andere extrapyramidale Störungen Sturzgefahr |
| Niederpotente Antipsychotika (Butyrophenontyp)** | <ul style="list-style-type: none"> psychomotorische Unruhe Schlafstörungen | <ul style="list-style-type: none"> Melperon: 25–50 (75–150) mg Pipamperon: 0 (120) mg | <ul style="list-style-type: none"> vegetative und extrapyramidale Nebenwirkungen eher gering, aber zu beachten Sturzgefahr Melperon senkt die Krampfschwelle nicht! |
| Benzodiazepine*** | <ul style="list-style-type: none"> Benzodiazepin-entzugsdelir Alkoholentzugsdelir ergänzend zu hochpotenten, atypischen Antipsychotika | <ul style="list-style-type: none"> Ersatz der gewohnten Substanz oder Lorazepam: 0,25–0,5 (0,5–2) mg Oxazepam: 5–10 (10–30) mg nur beim Alkoholentzugsdelir: Diazepam: 5 (20–40) mg | Vorsicht bei respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe-Syndrom, paradoxe Effekte mit Delir-Induktion, Sturzgefahr |

* Die genannten Dosierungen sind Anhaltswerte, die unter Berücksichtigung der individuellen Bedingungen ggf. modifiziert werden müssen.

** Obsolet sind andere niederpotente Neuroleptika wie Levomepromazin oder Promethazin, da sie stark anticholinerg wirken, und insbesondere Thioridazin, weil es massive QTc-Verlängerungen verursachen kann.

*** Clomethiazol sollte nur mit großer Vorsicht eingesetzt werden, wenn andere Optionen nicht zur Verfügung stehen. Es hat einen Wirkungsmechanismus wie Benzodiazepine, ist aber noch stärker suchterzeugend, atemdepressiv und weist im Vergleich zu Benzodiazepinen mehr ernste Nebenwirkungen auf.

© Lutz M. Drach, Walter Hewer, Christine Thomas (2010): Delir im Alter. Der Hausarzt, 11 (8): 2–7.

Globale pflegerische Einschätzung des Suizidrisikos

NGASR-Skala

| Risikofaktoren | Punkte |
|---|--------|
| Vorhandensein, Einfluss von Hoffnungslosigkeit | 3 |
| Kürzlich eingetretene mit Stress verbundene Lebensereignisse | 1 |
| Deutliche Hinweise auf Stimmenhören, Verfolgungsideen | 1 |
| Deutliche Hinweise auf Depression, Verlust von Interesse oder Verlust von Freude | 3 |
| Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug | 1 |
| Äußerung von Suizidabsichten | 1 |
| Deutliche Hinweise auf einen Plan zur Suizidausführung | 3 |
| Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid | 1 |
| Kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung | 3 |
| Vorliegen einer psychotischen Störung | 1 |
| Witwe, Witwer | 1 |
| Frühere Suizidversuche | 3 |
| Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse | 1 |
| Vorliegen von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch | 1 |
| Bestehen einer terminalen Krankheit | 1 |
| Mehrere psychiatrische Klinikaufenthalte in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung | 1 |
| SUMME | |

Bewertung

4 Punkte oder weniger: niedriges Risiko

5 – 8 Punkte: mäßiges Risiko

9 – 11 Punkte: hohes Risiko

12 und mehr Punkte: sehr hohes Risiko

Subjektive pflegerische Einschätzung des Suizidrisikos

Wie groß ist nach Ihrer subjektiven, gefühlsmäßigen, intuitiven Einschätzung das Suizidrisiko?

Bitte markieren:

Punkte

| | | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| kleines Risiko 1 | mäßiges Risiko 2 | hohes Risiko 3 | sehr hohes Risiko 4 | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|---------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|

Dekubitusprophylaxe: Risikoeinschätzung nach Braden

| Punktwert (Risikofaktor) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|--|
| Sensorische Wahrnehmung | Vollständig ausgefallen: | Deutlich eingeschränkt: | Geringfügig eingeschränkt: | Nicht eingeschränkt: |
| Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize, z. B. Druck, wahrzunehmen und adäquat zu reagieren | keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) aufgrund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung oder Missempfindungen, Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen | verminderte (nervale) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung oder Missempfindungen, Schmerzen werden über den größten Körperanteil nicht wahrgenommen | Reaktion auf Ansprechen; Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden oder sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt; Missempfindungen, Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen | Reaktion auf Ansprechen Missempfindungen, Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden |
| Feuchtigkeit | Ständig feucht: | Häufig feucht: | Manchmal feucht: | Selten feucht: |
| Umfang bzw. Maß an Nässe auf der Haut | die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegen festgestellt | die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht; die Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden | die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden | die Haut ist normalerweise trocken; Wäschewechsel nur routinemäßig |

| (Risikofaktor) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|--|--|
| Aktivität Umfang bzw. Maß an körperlicher Aktivität | Bettlägerig: das Bett kann nicht verlassen werden | Sitzt überwiegend, ist kaum gehfähig: Gehfähigkeit ist stark eingeschränkt oder nicht vorhanden kann sich selbst nicht aufrecht halten und / oder braucht Unterstützung beim Hinsetzen bzw. Transfer vom Bett in Sessel oder Rollstuhl und umgekehrt | Eingeschränktes Gehen: geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken, teils mit, teils ohne Hilfe verbringt die meiste Zeit im Bett, Lehnstuhl oder Rollstuhl | Regelmäßiges Gehen: verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab |
| Mobilität Fähigkeit, die Körperposition zu halten und zu verändern | Vollständige Immobilität: selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt | Stark eingeschränkt: eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig | Geringfügig eingeschränkt: geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt | Nicht eingeschränkt: Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt |
| Ernährung Nahrungsaufnahme | Schlechte Ernährung: isst die Portionen nie auf isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch, Milchprodukte) oder weniger täglich trinkt zu wenig trinkt keine Nahrungsergänzungskost oder nimmt oral keine Kost zu sich oder nur klare Flüssigkeiten* bzw. intravenöse Substitution mehr als fünf Tage | Wahrscheinlich unzureichende Ernährung: isst selten eine ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen oder erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkost bzw. Sondenernährung | Ausreichende Ernährung: isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung, wenn angeboten, an oder wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe | Gute Ernährung: isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit braucht keine Nahrungsergänzungskost |

| Punktwert (Risikofaktor) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|--|---|--|----------|
| Reibungs- und Scherbelastung | <p>Problem:</p> <p>mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich</p> <p>anheben (z.B. auch Richtung Kopfende) ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen</p> <p>rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden</p> <p>Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung</p> | <p>Potenzielles Problem:</p> <p>bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe</p> <p>die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben)</p> <p>verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett, Sessel, Rollstuhl oder Lehnstuhl</p> <p>rutscht nur selten nach unten</p> | <p>Kein feststellbares Problem:</p> <p>bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe im Bett und auf dem Stuhl</p> <p>Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben</p> <p>behält optimale Position im Bett oder auf dem Stuhl aus eigener Kraft bei</p> | |

Auswertung:

- ≤9 Punkte: absolutes Dekubitusrisiko
- 10 bis 12 Punkte: deutlich erhöhtes Dekubitusrisiko
- 13 bis 14 Punkte: mittelgradiges Dekubitusrisiko
- 15 bis 18 Punkte: Dekubitusrisiko

Aus: Heinhold, H.; Häupler, U. (2011): Professionelle Dekubitusprophylaxe: Sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis. Landsberg: Mensch und Medien.

* Laut Braden wird in den USA unter »klare Flüssigkeiten« jede Flüssigkeit verstanden, durch die man hindurchsehen kann, also auch Boullion oder Apfelsaft. (Persönliche Mitteilung vom 15.09.2009: »In the U.S., clear liquids means bullion – or apple juice – or any liquid you can see through. Even when it contains some nutrition, it is not sufficient.«)

Grundregeln für einen gesunden Schlaf

Legen Sie sich nur dann schlafen, wenn Sie wirklich schläfrig sind und sich bereit für den Schlaf fühlen.

Stehen Sie jeden Morgen um die gleiche Zeit auf – unabhängig davon, wie viel Schlaf Sie in der Nacht erhalten haben oder wie ausgeruht Sie sich fühlen.

Falls Sie morgens vor Ihrer üblichen Aufstehenszeit erwachen und nicht mehr einschlafen können, verlassen Sie das Bett, und stehen Sie auf.

Machen Sie tagsüber kein Nickerchen, wenn Sie unter Schlafstörungen leiden (ein kurzer Mittagsschlaf von maximal 20 Minuten ist erlaubt).

Trainieren Sie Entspannungsübungen, treiben Sie regelmäßig (Ausdauer-)Sport.

Trinken Sie abends nicht zu viel Flüssigkeit, damit Sie nachts nicht mehrfach auf die Toilette gehen müssen. (Dennoch sollten Sie im Normalfall über den Tag verteilt mindestens 2 Liter trinken!)

Trinken Sie spätestens zwei Stunden vor dem Schlafengehen keinen Alkohol mehr.

Trinken Sie spätestens sechs Stunden vor dem Schlafengehen keine koffeinhaltigen Getränke mehr (Kaffee, schwarzer Tee, Cola). Falls Sie rauchen, versuchen Sie, dies einige Stunden vor dem Schlafengehen zu unterlassen.

Strengen Sie unmittelbar vor dem Schlafengehen Ihren Körper nicht mehr in besonderem Ausmaß an; auch aufregende Diskussionen oder Fernsehprogramme kurz vor dem Schlafengehen sollten Sie vermeiden. Leichte körperliche Bewegung (Abendspaziergang) kann als Einschlafhilfe dienen.

Schaffen Sie sich eine Schlafumgebung, die Ihren Schlaf fördert (angenehme Temperatur, Luftfeuchtigkeit, möglichst dunkel und ruhig).

Richten Sie ein regelmäßiges Zu-Bett-Geh-Ritual ein (warmes Bad, Musik hören, ein Glas warme Milch, Kräutertee etc.), das die Nähe der baldigen Bettzeit ankündigt.

Sind Sie es gewohnt, so nehmen Sie vor dem Schlafengehen einen kleinen Snack zu sich, um späterem Hunger vorzubeugen. Vermeiden Sie jedoch üppige Mahlzeiten am späten Abend.

Im Schlafzimmer sollte keine sichtbare Uhr aufgestellt sein.

Benutzen Sie Ihr Schlafzimmer und Ihr Bett ausschließlich für Aktivitäten, die mit dem Schlafen zu tun haben. Im Bett sollte nicht gearbeitet oder ferngesehen werden.

Das Bett ist nicht zum Nachdenken oder Grübeln da!

Wenn Sie zu Bett gehen, schalten Sie das Licht mit der Absicht aus einzuschlafen.

Wenn Sie feststellen, dass Sie nicht innerhalb einer kurzen Zeit einschlafen können, stehen Sie auf und begeben sich in einen anderen Raum (falls dies möglich ist) in eine ruhige Position. Bleiben Sie so lange auf, bis Sie sich müde fühlen, und kehren Sie erst dann zum Schlafen ins Schlafzimmer zurück. In den nächtlichen Wachphasen keine Haushaltspflichten erledigen. Gedanken, die Ihnen durch den Kopf gehen, kurz notieren und das Erledigen auf den Folgetag verschieben.

Falls Sie immer noch nicht eingeschlafen sind, wiederholen Sie den vorherigen Schritt.

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die im Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. Kreuzen Sie bei jeder Aussage, die Spalte an, die für Sie am ehesten zutrifft.

| | stimmt genau | stimmt überwiegend | stimmt ein wenig | stimmt nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich fühle mich morgens ausgeschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich oft körperlich erschöpft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus »meiner Situation auszubrechen«. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich vermisse es, über die Pflege mit anderen sprechen zu können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich von der zu pflegenden Person manchmal ausgenützt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann auch außerhalb der Pflegesituation abschalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es fällt mir leicht, der zu pflegenden Person bei den notwendigen Dingen zu helfen, z.B. beim Waschen und Essen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als »ich selbst«. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend anerkannt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe das Gefühl, das mir die Pflege aufgedrängt wurde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Wünsche der zu pflegenden Person sind meiner Meinung nach angemessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe das Gefühl, die Pflege »im Griff« zu haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann mich immer noch von Herzen freuen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen der Pflege musste ich Pläne für meine Zukunft aufgeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es macht mir nichts aus, wenn Außenstehende die Situation der zu pflegenden Person mitbekommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich »hin und her gerissen« zwischen den Anforderungen meiner Umgebung, z.B. meiner Familie, und den Anforderungen durch die Pflege. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich empfinde den Kontakt zu der zu pflegenden Person als gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe das Gefühl, ich sollte mal wieder ausspannen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | stimmt genau | stimmt überwiegend | stimmt ein wenig | stimmt nicht |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wegen der Pflege leiden meine Beziehungen zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Schicksal der zu pflegenden Person macht mich traurig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neben der Pflege kann ich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Fragen stammen aus der Häuslichen Pflege-Skala (HPS) von Elmar Gräbel.

© Elmar Gräbel (2001): Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless-Verlag.
In der Veröffentlichung ist auch ein Auswertungsraster zu finden.

Ist die Einrichtung für Demenzkranke geeignet?

Die Qualität einer Pflegeeinrichtung für demenzkranke Menschen lässt sich unter anderem an folgenden Kriterien feststellen:

- Welcher Ton herrscht im Umgang mit Demenzkranken in der Einrichtung?
Werden sie oft zurechtgewiesen? Wird ihnen oft gesagt, was sie tun oder lassen sollen? Werden sie aufgrund ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit weniger beachtet oder bewusst übergangen? Oder ist im Gegenteil wahrnehmbar, dass ihnen Beachtung entgegengebracht wird? Und wird trotz ihrer Einschränkungen und fehlender Kooperationsbereitschaft einfühlsam und verständnisvoll auf sie eingegangen? Versuchen die Mitarbeiter, sie herzlich und liebevoll in die Gemeinschaft einzubeziehen?
- Ist es erlaubt und vielleicht sogar erwünscht, dass die neuen Bewohner persönliche Möbel und Dinge aus ihrer vertrauten Umgebung mit in die Einrichtung bringen, damit sie sich wohler und vertrauter fühlen?
- Wird ihnen Toleranz in Bezug auf ihr verändertes Verhalten entgegengebracht? Lässt man sie z.B. Gegenstände in der Einrichtung umherräumen und wird flexibel auf ihre gewohnten Aufsteh- und Schlafenszeiten eingegangen? Ist man bemüht, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, und animiert sie, sich bei Aktivitäten zu beteiligen, ohne sie zu überfordern? Wird gelassen und tolerant damit umgegangen, wenn sie etwas nicht wollen, wie z.B. die tägliche Körperpflege, sich ankleiden lassen oder sich rasieren oder kämmen?
- Wirkt die Atmosphäre in der Einrichtung insgesamt »heimelig«, anregend oder familiär? Oder wirkt das Heim eher trist und krankenhaussähnlich? Wirkt alles steril und übermäßig ordentlich oder gibt es im Wohnbereich vielerlei kleine und große Dinge (z.B. Bücher, Nippes, Zeitschriften, ggf. Stofftiere oder Puppen, wenn deren Nutzung in ein Fachkonzept eingebunden ist, Bilder sowie Gebrauchsgegenstände wie etwa einen Besen), den man benutzen kann usw.?
- Zeigen auch die Mitbewohner Toleranz im Umgang mit Demenzkranken oder handelt es sich sogar um einen Wohnbereich ausschließlich für Demenzkranke, wo es andere Mitbewohner weniger stört, wenn z.B. Dinge aus ihrem Zimmer mitgenommen oder verräumt werden oder wenn jemand zehnmal in einer halben Stunde dieselbe Frage stellt?

Praktische Tipps zur Einschätzung einer Einrichtung:

- Nicht nur mit der Heimleitung sprechen, sondern sich selbst einen Eindruck von dem Wohnbereich (der Pflegestation) machen und wenn möglich dem Zimmer, in das der Angehörige aufgenommen werden kann (verschiedene Pflegebereiche können in derselben Einrichtung unterschiedlich geführt sein).
- Gibt es regelmäßige Fortbildungen zum Umgang mit Demenzkranken für Mitarbeiter? Gibt es speziell qualifizierte Mitarbeiter mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung?
- Welcher Pflegeschlüssel besteht in dem Heim bzw. wie ist die Besetzung der Mitarbeiter konkret im Verlauf des Tages auf der Station? Für welche Anzahl von Bewohnern sind tagsüber wie viele Mitarbeiter zuständig?

- Welches Pflegekonzept wird umgesetzt?
- Welche zusätzlichen Beschäftigungsangebote und Veranstaltungen gibt es? Und welche davon sind für Demenzkranke geeignet?
- Arbeiten ehrenamtlich Tätige in dem Wohnbereich mit und werden sie begleitet und in Bezug auf den Umgang mit Demenzkranken geschult? Welche ärztliche (und evtl. fachärztliche) Betreuung besteht? Sind die Ärzte als erfahren in der Behandlung Demenzkranker bekannt? (Evtl. Angehörigengruppe befragen.) Sind die Mahlzeiten in Darreichungsform und Art und Weise für Demenzkranke geeignet? (Weich gekocht, nicht zu trocken, immer wieder auch Süßspeisen, gesüßte Getränke. Gegebenenfalls auch so genanntes »Fingerfood«, das sind Speisen, die auch gut mit den Händen gegessen werden können.)
- Wie kooperiert die Einrichtung (und die Wohnbereichsleitung sowie einzelne Mitarbeiter) mit Angehörigen? Gibt es regelmäßige Austauschtreffen, lassen sich die Mitarbeiter leicht ansprechen, nehmen sie Anregungen und Wünsche der Angehörigen ernst, sind sie kritikfähig und zur Diskussion bereit, wird die Mitarbeit Angehöriger geschätzt und unterstützt?

Quelle: SCHWARZ, G: (2006): Wann ist der richtige Zeitpunkt für einen Demenzkranken Menschen zum Umzug ins Pflegeheim. http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Angebote_fuer/Alzheimer_Beratung/Umzug_ins_Pflegeheim.pdf (31.4.2015)